

Article

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ПОТЕРЬ РОССИЙСКИМ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ ДОЛИ ВВП

Андрей Рагозин*
Владимир Гришин**
Светлана Глазунова***
Юлия Щеглова****

DOI 10.24833/2073-8420-2022-3-64-48-60



Введение. Многими развитыми странами социальная сфера, в том числе здравоохранение признана полноценной производственной отраслью экономики, созда-

ющей значительную долю добавленной стоимости в отраслевой структуре ВВП. В рамках исследования проведено сравнение созданной здравоохранением доли валовой добавленной стоимости в ВВП США, стран Евросоюза и России за 2018 год.

Материалы и методы. Использованы комплексный, статистический, сравнительный и ретроспективный анализы доступных данных.

* **Рагозин Андрей Васильевич**, кандидат медицинских наук, директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве РФ, Россия

e-mail: AVRagozin@fa.ru

ORCID ID: 0000-0003-4645-8765

Гришин Владимир Вадимович, доктор экономических наук, главный научный сотрудник

e-mail: VVGrishin@fa.ru

ORCID ID: 0000-0002-4356-8128

Глазунова Светлана Александровна, младший научный сотрудник

e-mail: SAGlazunova@fa.ru

ORCID ID: 0000-0002-0758-2440

Щеглова Юлия Валерьевна, лаборант-исследователь

e-mail: YVShcheglova@fa.ru

ORCID ID: 0000-0001-6965-9717

Результаты исследования. Полученные данные свидетельствуют, что созданная здравоохранением доля ВВП России многократно меньше аналогичного показателя США и стран Евросоюза, что ограничивает рост экономики России, служит причиной бедности значительной части медицинских работников и препятствует инвестициям в систему здравоохранения и её спросу на инновации.

Обсуждение и заключение. Первопричину проблем авторы видят в ошибке выбора системы доходов обязательного медицинского страхования, привязка которой к формальной занятости в условиях масштабной теневой экономики приводит к «проблеме безбилетника» (Free-Rider Problem) и выраженному платёжному дисбалансу между провайдерами и потребителями общедоступной медицинской помощи из-за её оплаты по заведомо убыточным (ниже фактической себестоимости) тарифам. Наиболее оптимальным решением авторы считают замену привязанных к зарплатам взносов ОМС универсальным целевым налогом на автоматизированные платёжные операции.

Введение

В рамках настоящего исследования проводилась сравнительная оценка национальных систем здравоохранения России и развитых стран в части их прямого влияния на общественное производство - создание оплаченной потребителями медицинской помощи валовой добавленной стоимости (основной объём которой составляют заработная плата медицинских работников, прибыль медицинских организаций и налоги), отражаемой на балансах медицинских организаций и системой национальных счетов в ВВП страны.

Исследование

Оценка и анализ влияния этого аспекта здравоохранения представляется важным не только для правильной организации финансирования этой отрасли, но и для управления ростом экономики страны в целом. Покажем это на примере СССР, где управление экономикой было построено на догматизированных К. Марксом идеях Адама Смита о «непроизводительном» (не создающем добавленной стоимости) характере труда при оказании «нематериальных» услуг вообще и при оказании медицинских услуг в частности [4]. В рамках этой политэкономии вся сфера оказания «нематериальных» услуг признавалась в СССР не производ-

ством, а «непроизводительным» сектором общественного потребления [6] - поэтому оказание услуг не учитывалось при расчете ВВП, а их оплата производилась без наценки по нормативной себестоимости, обычно - по нормативной смете необходимых для оказания услуг затрат. Тем самым по мере роста услуг в ВВП капиталистических стран экономическое и технологическое отставание СССР (по идеологическим причинам «обнулявшего» фактически созданный трудом миллионов работников сферы услуг ВВП) стало вопросом времени.

Как отразилась коммунистическая политэкономия сектора услуг на здравоохранении СССР? Оно точно так же было объявлено «непроизводительной» отраслью [6], отсюда хронический дефицит его т. н. «остаточного» финансирования, отставание зарплат врачей от доходов работников других отраслей [1,2] и технологическое отставание [17]. Не удивительно, что наиболее известная во всем мире и поставленная на импорт советская медицинская инновация - имплантация искусственных хрусталиков — стала достижением С. Федорова, который благодаря личным связям добился от советского правительства невиданной в СССР привилегии: оплаты услуг возглавляемого им МНТК по тарифам, формируемым добавлением к их фактической себестоимости наценки, тем самым признав производительный, а не «затратный» характер меди-

¹ Постановление Центрального Комитета КПСС и Совета Министров СССР от 24 апреля 1986 г. № 491 "Об организации межотраслевого научно-технического комплекса "Микрохирургия глаза". Гарант. URL: <https://base.garant.ru/6566053/#friends> (дата обращения 12.06.2022).

цинского труда¹.

После распада СССР оказание значительной части услуг (торговых, связи, бытовых, профессиональных, финансовых и т. д.) было признано в России производством: цена услуг начала формироваться методом добавления к их фактической себестоимости наценки. В результате на смену убогой советской торговли с очередями, торговлей «дефицитом» из-под прилавка и превращением работников торговли в элиту общества пришли современные супермаркеты, на смену советским сберкассам — высококапитализированный Сбербанк, а сектор услуг стал создавать около половины ВВП России² [18].

Была предпринята и попытка отказаться от советской политэкономии сектора услуг в общественном здравоохранении в рамках создания капиталистической, по своей сути, системы (социального) обязательного медицинского страхования (ОМС). Утвержденные письмом МЗ РФ от 26 ноября 1992 года № 19-15/5 «Методические рекомендации по расчету тарифов на медицинские услуги»³ предусматривали изменение экономического статуса медицинских организаций, которые должны были превратиться из бюджетных организаций (чьи расходы покрываются из бюджета по смете) в самостоятельно хозяйствующие субъекты — некоммерческие организации, которые будут зарабатывать деньги, продавая страховым медицинским организациям свои услуги, тарифы на которые должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений. Для этого было предусмотрено ценообразование методом добавления норматива прибыли (наценки) к фактической себестоимости медицинской услуги, формируемой с помощью системы учета затрат и в которую включаются все необходимые для её оказания расходы, в том числе амортизационные отчисления на восстановление основных средств и затраты на

капитальный ремонт зданий и сооружений.

Иначе говоря, при создании в Российской Федерации системы ОМС, как основного канала финансирования общедоступной медицинской помощи населению, был предусмотрен полный отказ от советской политэкономии «непроизводительного» здравоохранения с превращением его в рентабельную (создающую добавленную стоимость) привлекательную для инвестиций отрасль с достойными доходами медицинскими работниками.

Однако в последующие годы произошёл полный отказ от поставленных целей, который ныне формализован Приказом Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 21.02.2022) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". Этим приказом установлена «Методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию», которая предусматривает оплату медицинских услуг без наценки, по т.н. «неполному» тарифу, который не учитывает фактическую себестоимость, из которой исключен целый ряд критически важных расходов — например, амортизационные отчисления на восстановление основных средств и затраты на капитальный ремонт. Соответственно, для расчета тарифов ОМС используются нормативный, структурный и экспертный методы определения затрат, не опирающиеся на расчет фактической себестоимости медицинских услуг⁴. Закономерный результат фактического возврата к советской идее «непроизводительного» (не создающего добавленной стоимости) характера медицинского труда — «советские» болезни российского здравоохранения: хроническое недофинансирование [8], низкий уровень зарплат медработников [3,9], низкий платёжеспособный спрос на инновации⁵ — что должно отражаться на показателях созданной здравоохранением валовой

² Социально-экономическое положение России. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. - URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/osn-01-2022.pdf> (дата обращения 03.07.2022 г)

³ Методические рекомендации по расчету тарифов на медицинские услуги утверждены письмом Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 26 ноября 1992 года N 19-15/5. Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. [Электронный ресурс] URL: <https://docs.cntd.ru/document/9032064> (дата обращения 22.03.2022).

⁴ Ст.187 Приказа Минздрава России от 28.02.2019 N 108н (ред. от 21.02.2022) "Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования". URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_324740/ (дата обращения 30.06.2022).

⁵ Указ Президента РФ от 6 июня 2019 г. N 254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года". Гарант. [Электронный ресурс]. URL: <https://base.garant.ru/72264534/> (дата обращения 10.06.2022).

добавленной стоимости.

В рамках исследования было проведено сравнение валовой добавленной стоимости

(доли ВВП), созданной здравоохранением России, США и стран Евросоюза за 2018 год - Таблицы 1, 2.

Таблица 1. Валовая добавленная стоимость по отраслям в текущих ценах в долларах США за 2018 год, США и Российская Федерация⁶

Отрасли	США		Россия		Δ США-Россия, % ВВП
	млн. долл.	% ВВП	млн. долл.	% ВВП	
Всего	19 834 243,67	100	1 466 625,22	100	
Сектор обслуживания человеческого капитала, в т.ч.:	4 305 541,05	21,71	206 017,75	14,05	+7,66
- Образование	1 092 189,60	5,51	46 734,40	3,19	+2,32
- Здравоохранение	1 515 288,86	7,64	49 176,86	3,35	+4,29
- Соцобеспечение, госуправление и безопасность	1 698 062,59	8,56	110 106,49	7,51	+1,05
Научная, профессиональная и техническая деятельность	1 566 921,35	7,90	60 923,27	4,15	+3,75
Промышленность (обрабатывающие производства)	2 308 055,08	11,64	211 726,37	14,44	-2,80
Операции с недвижимостью	2 507 400,87	12,64	140 289,06	9,57	+3,08
Оптовая и розничная торговля, ремонт автомобилей и мотоциклов.	1 963 503,10	9,90	199 323,23	13,59	-3,69
Строительство	846 194,14	4,27	81 987,94	5,59	-1,32
Транспортировка и хранение	671 503,34	3,39	97 835,33	6,67	-3,29
Информация и связь	1 359 680,10	6,86	36 722,84	2,50	+4,35
Административная и вспомогательная деятельность	802 555,39	4,05	31 255,91	2,13	+1,92
Финансовая и страховая деятельность, кроме социального страхования	1 589 098,88	8,01	64 191,02	4,38	+3,64
Гостиницы и общепит	557 007,12	2,81	13 312,70	0,91	+1,90
Сельское, лесное и рыбное хозяйство	189 744,56	0,96	56 057,42	3,82	-2,87
Энергетика, обеспечение паром и газом, кондиционирование воздуха	282 434,54	1,42	39 065,12	2,66	-1,24
Прочие услуги	289 727,70	1,46	8 728,31	0,60	+0,87
Искусство, развлечения и отдых	212 631,01	1,07	14 317,68	0,98	+0,10
Добыча полезных ископаемых	315 277,56	1,59	197 330,78	13,45	-11,87
Водоснабжение, канализация, утилизация отходов и рекультивация	66 967,86	0,34	7 540,47	0,51	-0,18

Источник: составлено авторами.

Таблица 2. Валовая добавленная стоимость по отраслям в текущих ценах в долларах США за 2018 год, страны Евросоюза и Российская Федерация⁷

Отрасли	Страны Евросоюза (кроме Кипра, Мальты и Болгарии)		Россия		Δ Евросоюз-Россия, % ВВП
	млн. долл.	% ВВП	млн. долл.	% ВВП	
Всего	14 162 541,58	100	1 466 625,22	100	
Сектор обслуживания человеческого капитала, в т.ч.:	2 656 949,25	18,76	206 017,75	14,05	+4,71
- Образование	694 267,36	4,90	46 734,40	3,19	+1,72
- Здравоохранение	1 045 205,28	7,38	49 176,86	3,35	+4,03
- Соцобеспечение, госуправление и безопасность	917 476,61	6,48	110 106,49	7,51	-1,03

⁶ OECD. Stat. - URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=60568> (date of access 28.02.2022).

⁷ OECD. Stat. - URL: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=60568> (date of access 28.02.2022).

Отрасли	Страны Евросоюза (кроме Кипра, Мальты и Болгарии)		Россия		Δ Евросоюз-Россия, % ВВП
	млн. долл.	% ВВП	млн. долл.	% ВВП	
Научная, профессиональная и техническая деятельность	939 476,45	6,63	60 923,27	4,15	+2,48
Промышленность (обрабатывающие производства)	2 428 985,51	1517,15	211 726,37	14,44	+2,71
Операции с недвижимостью	1 534 653,66	10,84	140 289,06	9,57	+1,27
Оптовая и розничная торговля, ремонт автомобилей и мотоциклов.	1 619 012,24	11,43	199 323,23	13,59	-2,16
Строительство	763 334,41	5,39	81 987,94	5,59	-0,20
Транспортировка и хранение	707 266,51	4,99	97 835,33	6,67	-1,68
Информация и связь	687 000,05	4,85	36 722,84	2,50	+2,35
Административная и вспомогательная деятельность	659 450,40	4,66	31 255,91	2,13	+2,53
Финансовая и страховая деятельность, кроме социального страхования	638 302,66	4,51	64 191,02	4,38	+0,13
Гостиницы и общепит	413 594,21	2,92	13 312,70	0,91	+2,01
Сельское, лесное и рыбное хозяйство	258 222,09	1,82	56 057,42	3,82	-2,00
Энергетика, обеспечение паром и газом, кондиционирование воздуха	249 896,81	1,76	39 065,12	2,66	-0,90
Прочие услуги	234 810,73	1,66	8 728,31	0,60	+1,06
Искусство, развлечения и отдых	188 031,05	1,33	14 317,68	0,98	+0,35
Добыча полезных ископаемых	51 406,90	0,36	197 330,78	13,45	-13,09
Водоснабжение, канализация, утилизация отходов и рекультивация	132 148,64	0,93	7 540,47	0,51	+0,42

Источник: составлено авторами.

Приведенные в Таблицах 1, 2 данные показывают, что отражаемая системой национальных счетов созданная здравоохранением доля ВВП России в 2,28 раза меньше аналогичного показателя США и в 2,2 раза меньше в сравнении со странами Евросоюза. В ситуации, когда здравоохранение России, США и стран Евросоюза оказывает населению практически идентичные медицинские услуги, оказываемые по одинаковой технологии и с сопоставимой потребительской стоимостью (с сопоставимой клинической эффективностью), прямой вклад здравоохранения Российской Федерации в общественное производство – созданная им валовая добавленная стоимость, отраженная в ВВП – по сравнению с развитыми странами ниже примерно на 4% ВВП.

Налицо колоссальное различие прямого вклада здравоохранения в общественное производство между Россией и развитыми странами, которое отражается как на общем размере общественного богатства страны (ежегодно теряется до 4% ВВП, фактически созданного трудом медицинских работников), так и на финансово-экономическом состоянии отрасли: прежде всего это низкие доходы медицинских работников, обесценивание вложенного в здравоохранение

капитала и как следствие – «затратный» (непроизводительный) характер отрасли, её низкая инвестиционная привлекательность как для частных, так и государственных инвестиций.

Причина столь ощутимой разницы очевидна: это тарифы ОМС и бюджет на общедоступные медицинские услуги, которые сегодня в России формируются, во-первых, без учёта их фактической себестоимости – сомнительными с точки зрения экономической обоснованности методами нормативных затрат, структурным методом и методом экспертных оценок. Во-вторых, формирование этих цен сегодня не предусматривает добавление к себестоимости наценки – денежного выражения новой (добавленной) стоимости сохраненного и восстановленного здоровья населения, фактически созданной трудом миллионов медицинских работников и масштабным капиталом отрасли.

Почему цели реформ здравоохранения 90-х годов оказались не выполнены? Почему эта отрасль осталась по-советски «непроизводительной», а Российская Федерация ежегодно теряет около 4% ВВП, фактически созданного трудом миллионов медицинских работников – но не отражаемого системой национальных счетов? Причина видится в ошибке выбора т. н. «бисмарков-

ской» (привязанной к заработной плате) системы доходов обязательного медицинского страхования (ОМС), эффективность которой объективно требует ограниченного размера теневого сектора экономики и умеренной неформальной занятости работающего населения. Используемая сегодня большинством развитых стран и Россией система социального налогообложения зарплат с целью финансирования пенсионных, медицинских и социальных гарантий населению – весьма старая система, которая была создана во второй половине 19 века в Германии по инициативе О. Бисмарка. Данную систему принято называть социальным страхованием – хотя её правильнее назвать обязательным взаимным страхованием наемных работников, оплаченным за счет их

же заработной платы. На самом деле системе Бисмарка трудно назвать социально солидарной: она перекладывает основной груз финансирования пенсионных, медицинских и других социальных гарантий всему населению на плечи формально занятых наемных работников, освобождая от этой обязанности тех, кто живёт на доходы от неформальной занятости, на доходы от ренты, капитала и криминальной деятельности – т.н. «эффект безбилетника» [7].

Отсюда высокая чувствительность «бисмарковской» системы к размеру теневого сектора экономики и уровню неформальной занятости и производительности труда. В рамках исследования было проведено сравнение этих показателей в России с данными развитых стран OECD – Таблица 3:

Таблица 3. Теневая экономика и неформальная занятость в России и развитых странах OECD

Страна	Средний размер оценки доли теневой экономики в ВВП, %, оценка методом MIMIC за период 1991-2015 гг. ⁸	Неформальная занятость, % занятого населения, 2018 г. ⁹
Россия	38,40¹⁰	35,9
Развитые страны OECD	16,90	10,34
Швеция	13,28	8,2
Словакия	15,33	16,7
Греция	27,06	32,8
Германия	11,97	10,2
Бельгия	20,57	13,5
Испания	24,52	27,3
Италия	24,95	19,0
Финляндия	13,49	6,3
Португалия	21,88	12,1
Латвия	22,23	13,2
Венгрия	25,23	12,2
Норвегия	14,07	7,4
Чехия	14,83	9,2
Австрия	8,93	10,0
Эстония	23,80	6,9
Япония	10,41	18,7
Франция	14,08	9,8
Исландия	14,20	4,9
Словения	24,09	5,0
Южная Корея	25,70	31,5
Великобритания	11,08	13,6
Литва	25,15	12,6
США	8,34	18,6
Люксембург	10,67	1,2
Нидерланды	10,77	9,4
Швейцария	7,24	10,4
Дания	15,19	11,2

⁸ Международная организация труда. - URL: <https://ilostat.ilo.org/data/> (дата обращения 11.01.2021).

⁹ Women and men in the informal economy: a statistical picture (third edition) / International Labour Office – Geneva: ILO, 2018

¹⁰ Medina L., Schneider F. Shadow Economies Around the World: What Did We Learn Over the Last 20 Years? International Monetary Fund, 2018

Страна	Средний размер оценки доли теневой экономики в ВВП, %, оценка методом MIMIC за период 1991-2015 гг. ⁸	Неформальная занятость, % занятого населения, 2018 г. ⁹
Израиль	22,01	нет данных
Ирландия	13,89	13,5
Австралия	12,06	нет данных
Польша	25,10	38,0
Канада	13,92	нет данных
Новая Зеландия	11,70	нет данных

Источники: составлено авторами.

Полученные данные позволяют утверждать, что по сравнению с развитыми странами OECD сегодня в России нет объективных условий для эффективного финансирования медицинских гарантий за счет «бисмарковского» социального налогообложения зарплат. Оценка доли теневой экономики России методом MIMIC (Multiple Indicators Multiple Cases) в 2 раза выше, чем в среднем

по развитым странам OECD: 38,4% ВВП против 16,90 % ВВП. Наконец, доля неформально занятого работающего населения более чем в 3 раза выше, чем в среднем по развитым странам OECD: 35,9% против 10,4%.

Интересно, что общественные расходы на здравоохранение в России отстают от показателей развитых стран и США примерно на такую же долю ВВП, на которую доля теневой экономики и неформальной занято-

Таблица 4. ВВП и общественные расходы на здравоохранение Российской Федерации и развитых стран

Страна	ВВП на душу населения в текущих ценах, доллары США ¹¹		Государственные расходы на здравоохранение, % ВВП ¹²	
	2000	2018	2000	2018
США	36 334	63 064	5,54	8,51
Япония	38 532	39 159	5,75	9,21
Юж. Корея	12 256	33 422	1,96	4,42
Австралия	21 679	57 354	5,47	6,41
Новая Зеландия	13 641	43 306	5,56	6,89
Канада	24 271	45 454	6,03	7,93
Израиль	21 101	41 704	4,29	4,86
Великобритания	28 156	63 064	5,60	7,86
Германия	23 635	47 787	7,73	8,88
Франция	22 364	41 526	6,97	8,26
Нидерланды	26 149	53 018	5,32	6,48
Италия	20 087	34 608	5,50	6,40
Испания	14 713	30 374	4,92	6,32
Португалия	11 497	23 551	5,90	5,78
Ирландия	26 246	79 297	4,58	5,12
Швеция	29 624	54 589	6,19	9,27
Австрия	24 564	51 453	6,83	7,55
Норвегия	38 131	82 267	6,30	8,57
Дания	30 743	61 598	6,74	8,45
Финляндия	24 285	50 013	5,37	7,10
Бельгия	23 041	47 554	5,96	7,82
Сред. значение	24 336	49 772	5,64	7,24
Россия	1 771	11 287	2,98	3,16

Источник: составлено авторами.

¹¹ The World Bank. World Development Indicators. - URL: <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>. (date of access 04.03.2022).

¹² World Health Organization. Health expenditures. - URL: https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/h2020_30-health-expenditures/. (date of access 04.03.2022).

сти выше в России - Таблица 4.

Масштабная «проблема безбилетника» вынуждает переложить обязанность оплаты ОМС неработающего населения (куда помимо стариков, детей, инвалидов и беременных женщин также относятся неформально занятые, а также живущие на доходы от капитала, ренты и криминальной деятельности) на бюджеты субъектов Федерации, которые не справляются с нагрузкой по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения [5]. По данным вице-премьера Т.А. Голиковой, имеет место «ситуация, когда платеж за неработающее население, консолидированный платеж в целом по России, уже стал превышать дотацию, которую

отдает федеральный бюджет на выравнивание уровня бюджетной обеспеченности. А в некоторых регионах ситуация складывается таким образом, что платеж за неработающее население в бюджет фонда ОМС стал больше, чем дотация на выравнивание бюджетной обеспеченности. То есть фактически идет переток через региональный бюджет в бюджет фонда ОМС»¹³. В результате средний размер взноса за ОМС неработающего гражданина России примерно в 2 раза меньше, чем взнос за ОМС работающего (Таблица 5) — еще одна причина выраженного платежного дисбаланса между провайдерами общедоступной медицинской помощи и её потребителями — Таблица 5:

Таблица 5. Средний размер взноса за ОМС работающих и неработающих граждан Российской Федерации за период 2017-2020 гг.

Год	Поступившие в бюджет ФФОМС взносы за работающее население, млрд. рублей	Численность работающих лиц, застрахованных по ОМС, млн. чел.	Средний размер страхового взноса ОМС в расчете на одного работающего гражданина, тыс. руб.	Поступившие в бюджет ФФОМС взносы за неработающее население, млрд. рублей	Численность неработающих лиц, застрахованных по ОМС, млн. чел.	Средний размер страхового взноса ОМС в расчете на одного неработающего гражданина, тыс. руб.	Разница между средним размером страхового взноса ОМС работающего и неработающего граждан, %
2017 ¹⁴	1 086,9	66,4 ¹⁵	16,4	618,7	84,8 ⁶	7,3	+ 124%
2018 ¹⁶	1 200,5	61,4 ¹⁷	19,6	661,6	85,0 ⁸	7,8	+ 151%
2019 ¹⁸	1 322,9	66,3 ⁸	19,9	720,1	80,0 ⁸	9,0	+ 121%
2020 ¹⁹	1 388,9	65,1 ²⁰	21,3	743,8	80,4 ¹¹	9,3	+ 129%

Источник: составлено авторами.

¹³ Голикова, Татьяна. Все знают, что платят, но не понимают, за что / Татьяна Голикова. - Текст: электронный // РБК: [сайт]. - URL: <https://www.rbc.ru/newspaper/2018/05/28> (дата обращения: 21.03.2022).

¹⁴ Федеральный Закон № 357-ФЗ «Об исполнении бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2017 год», подписан 11.10.2018. Консультант Плюс. [Электронный ресурс]. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_308714/ (дата обращения 14.03.2022).

¹⁵ Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2017 году. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. №4, 2018. - URL: http://oms-journal.ru/wp-content/uploads/2018/10/oms_2018-4_web.pdf (дата обращения 12.04.2022).

¹⁶ Федеральный Закон № 334-ФЗ «Об исполнении бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год», подписан 16.10.2019. Гарант. [Электронный ресурс]. - URL: <https://base.garant.ru/74757464/> (дата обращения 14.03.2022).

¹⁷ Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2019 году. — М.: Федеральный фонд ОМС, 2019 г. — 90 стр. - URL: <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/fund-activities/> (дата обращения 12.04.2022).

¹⁸ Федеральный Закон № 317-ФЗ «Об исполнении бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2019 год», подписан 15.10.2020. Консультант Плюс. [Электронный ресурс]. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_365116/ (дата обращения 11.03.2022).

¹⁹ Федеральный Закон № 362-ФЗ «Об исполнении бюджета федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2020 год», подписан 21.10.2021. Консультант Плюс. [Электронный ресурс]. - URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_399096/ (дата обращения 11.03.2022).

²⁰ Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2020 году. — М.: Федеральный фонд ОМС, 2021 г.-148 стр. - URL: <https://www.ffoms.gov.ru/system-oms/about-fund/fund-activities/> (дата обращения 12.04.2022).

Таким образом, налицо несоответствие используемой сегодня привязанной к зарплатам «бисмарковской» системы доходов ОМС масштабной теневой экономике и высокой неформальной занятости России, что приводит к выраженной «проблеме безбилетника» и платёжному дисбалансу между системой здравоохранения и потребителями его услуг. Из несолитарности доходов системы ОМС закономерно следует хронический дефицит её финансирования, заведомо убыточные для медицинских организаций тарифы на медицинские услуги ниже их фактической себестоимости и выраженный платёжный дисбаланс между экономикой и здравоохранением. Значительная часть платёжеспособных потребителей уклоняется от солидарной оплаты потребляемых ими общедоступных услуг здравоохранения: фактически созданная медицинским трудом новая (добавленная) стоимость сохраненного и восстановленного здоровья, населения, его трудоспособности и экономической активности оказывается не оплачена потребителями и, соответственно, не отражается системой национальных счетов в ВВП.

Поэтому причина вынужденного возврата здравоохранения России к «советской» непродуцированной модели — ошибка в выборе в 90-е годы «бисмарковской» модели как основного источника доходов системы ОМС. Эта архаичная (созданная ещё в 19 веке) несолитарная система превращает в «безбилетников» значительную часть платёжеспособного населения, которое пользуется общедоступной медициной — но не участвует в её солидарном финансировании: неформально занятых, криминальный мир, а также тех, кто живёт на доходы от ренты и капитала. Тем более эта система не в состоянии адекватно финансировать общедоступную медицинскую помощь в условиях масштабной теневой экономики и неформальной занятости в России. Представляется, что этот дисбаланс будет расти по мере глобализации экономики, развития информационных технологий и инноваций в финансах, интернет-торговли, криптовалют, глобальных фондовых бирж и офшорных убежищ, роста мобильности капитала, трансфертного ценообразования, изменений модели занятости и диверсификации доходов населения [13].

Тем самым успешное выполнение задач начатых в 90-е годы реформ здравоохранения — его превращения в рентабельную, привлекательную для инвестиций и инно-

ваций отрасль с достойным уровнем оплаты труда — требует замены системы доходов ОМС для обеспечения баланса между ресурсами здравоохранения и спросом населения на медицинскую помощь в условиях масштабной теневой экономики и растущей неформальной занятости на основе принципа социальной солидарности.

Какими могут быть решения? Заслуживает внимания опыт Австралии — страны, похожей на Россию не только размером и характером развития территорий, но также структурой экономики, в которой доминируют добывающие отрасли и сельское хозяйство. В этой стране финансирование здравоохранения преимущественно обеспечивается целевым медицинским подоходным налогом (т.н. «levy»), который уплачивается резидентами со всех видов личных доходов — не только от наемного труда, но и с дохода на капитал и с имущественной ренты, что обеспечивает более высокий уровень социальной солидарности и налогооблагаемую базу.

Однако австралийский подход требует высокой прозрачности экономики и относительно невысокого уровня неформальной занятости (Таблица 3) — чего пока нет в России. Поэтому более перспективным представляется использование целевого оборотного налога — налога с продаж или налога на добавленную стоимость (НДС), который хорошо собирается и в условиях масштабной неформальной занятости. Например, в Гане национальная система медицинского страхования финансируется в том числе за счет 2,5% из общей суммы 17,5% НДС [10]. В свою очередь, в Чили 1% НДС идет на финансирование набора гарантированных медицинских услуг (т.н. AUGE). Иран выделяет 1% НДС на программу развития здравоохранения, в Италии 38,5% собираемого НДС предназначается для национального фонда выравнивания, чтобы помочь бедным регионам обеспечить основной пакет медицинских услуг. Ряд авторов полагает, что НДС — вероятно, наиболее подходящий путь для финансирования здравоохранения в странах с низким и средним доходом [11,12,16].

Однако наиболее системным и соответствующим реалиям 21 века решением авторам представляется замена социального налогообложения производства (удерживаемых с зарплат взносов ОМС) целевым социальным налогообложением оборота, концепция которого разработана американским экономистом E.Feige в форме универ-

сального (обязательного для всех юридических и физических лиц) целевого налога на платежные операции (Automated Payment Transaction tax, налог АРТ), автоматически взимаемого с каждой безналичной транзакции [14,15]. Предполагается, что этот построенный на принципе социальной солидарности подход обеспечит максимально возможную налогооблагаемую базу (включив в неё теневую и офшорную экономику, рынок криптовалют и криминальный мир) и тем самым сделает ставку налога АРТ минимальной, его администрирование -малозатратным, а нагрузку на налогоплательщиков - пропорциональной их фактическим, а не декларируемым доходам, то есть справедливой.

Попробуем рассчитать примерную ставку налога АРТ для замены всей системы финансирования здравоохранения России (ОМС, федеральный бюджет, бюджеты министерств и ведомств, ДМС персонала предприятий, бюджеты субъектов Федерации, платные услуги) одним целевым «медицинским» налогом, обеспечивающим адекватный бюджет системы ОМС, соответствующий большинству развитых стран – сегодня это минимум 8% ВВП, что примерно в 2,5 раза больше, чем государственные расходы на здравоохранение в России сегодня (около 3,5% ВВП).

С учётом того, что в 2020 году только через системно значимую платёжную систему Банка России (ПС БР) было совершено безналичных платежей на сумму 1657,6 трлн. рублей²¹, для «среднеевропейского» бюджета здравоохранения России в размере 8% ВВП (в 2020 г. – 8,528 трлн руб.) было бы достаточно целевого «медицинского» налога АРТ (универсального взноса ОМС) со ставкой 0,51%. Иначе говоря, уплачивая 51 коп. с каждого безналичного платежа в 100 руб., все россияне и трудовые мигранты России получили бы современную общедоступную медицину мирового уровня и избавились от навязывания платных услуг в государственных клиниках, бизнес перестал бы платить 5,1% взносов ОМС с зарплат работников, субъекты Федерации сняли со своих дефицитных бюджетов обязательства по оплате ОМС неработающего населения, а из федерального бюджета исчезли бы затраты на

здравоохранение. Представляется, что такому подходу финансирования общедоступной медицинской помощи в перспективе нет реальных эффективных альтернатив.

Заключение

Здравоохранение в России создает крайне мало добавленной валовой стоимости по сравнению с развитыми странами - примерно на 4% ВВП меньше, чем в США и странах Евросоюза – по причине оплаты основного объема общедоступных медицинских услуг по тарифам ниже их себестоимости. Тем самым фактически созданная медицинским трудом добавленная (новая) стоимость сохраненного и восстановленного здоровья населения в лучшем случае не оплачивается потребителями и не отражается на балансах провайдеров медицинских услуг и в ВВП.

Первопричиной столь «непроизводительного» характера здравоохранения России представляется ошибка реформ 90-х годов, когда в качестве основного источника доходов создаваемой системы ОМС была выбрана «бисмарковская» модель социального налогообложения производства (труда). В условиях масштабной теневой экономики и значительной неформальной занятости России использование «бисмарковской» модели для финансирования универсальных (общедоступных всему населению) медицинских гарантий привело к масштабной «проблеме безбилетника»: значительная часть работающего и /или имеющего другие источники устойчивого дохода населения пользуется медицинскими гарантиями, но не участвует в их солидарном финансировании. При этом возмещения потери доходов ОМС от «проблемы безбилетника» за счет бюджетов субъектов Российской Федерации (на которые возложена обязанность уплаты взносов за ОМС неработающего населения, куда входят и т.н. «безбилетники») заведомо недостаточно.

Результат «проблемы безбилетника» - выраженный платёжный дисбаланс между провайдерами общедоступной медицинской помощи и её потребителями, который компенсируется убыточными (ниже себестоимости) тарифами на медицинские

²¹ Результаты наблюдения в национальной платёжной системе за 2020 год. Банк России, 2021. [Электронный ресурс]. - URL: http://www.cbr.ru/content/document/file/124727/results_2020.pdf. (дата обращения 25.03.2022).

услуги, тем самым «обнуляя» фактически созданную здравоохранением добавленную стоимость.

Для исправления ситуации необходима смена источников доходов ОМС, опирающаяся на принцип социальной солидарности. Наиболее перспективным и технологически

доступным решением авторам представляется замена существующей системы доходов ФФОМС универсальным (обязательным для всех юридических и физических лиц) целевым медицинским налогом на платёжные операции, автоматически взимаемым с каждой безналичной транзакции.

Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета при Правительстве Российской Федерации

Литература:

1. Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Чалова В. В. Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960—1980-х годах // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021. № 1 (29).
2. Кучеренко В.З., Кравченко Н.А., Рагозин А.В. Кризис здравоохранения-диалектика решений: от "бизнеса на болезнях" и "медицинского коммунизма" к рентабельной экономике общественного здоровья" // Экономика здравоохранения. 2010. № 3.
3. Сафонов А.Л., Долженкова Ю.В. Оплата труда в бюджетной сфере: состояние и тенденции развития // Социально-трудовые исследования. 2022. № 1.
4. Смит А. Исследование о природе и причинах богатства народов. М., 1997.
5. Соболева Е.А. О перераспределении полномочий по уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения // Beneficium. 2020. №4 (37).
6. Солодков М.В. Экономические проблемы непроизводственной сферы. // Экономические науки. 1974. № 10.
7. Робинсон, Аджемоглу. Почему одни страны богатые, а другие бедные. Происхождение власти, процветания и нищеты. М., 2015.
8. Улумбекова Г.Э. Анализ расходов бюджетов бюджетной системы Российской Федерации по разделу "Здравоохранение" на 2022 г. и на плановый период 2023-2024 гг. // Оргздрав. 2021. № 4.
9. Шохина Екатерина. Зарплаты бюджетников растут, но это никого не радует // Ведомости. URL: <https://www.vedomosti.ru>.
10. Benti S. Modern Ghana. Ghana's National Health Insurance Scheme (NHIS). World Bank. Washington. 2018. 71 p. DOI: [dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-1117-3](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1117-3).
11. Bird R., Gendron P-P. Is VAT the best way to impose a general consumption tax in developing countries? University of Toronto. Toronto. 2006.
12. Cashin C., Sparkes S., Bloom D. Earmarking for health: from theory to practice. World Health Organization. Geneva. 2017.
13. Feige, Edgar. Taxation in the Age of Digital Globalization// SSRN Electronic Journal. 2017. № 2. P. 48-51. DOI:10.2139/ssrn.3218467.
14. Feige, Edgar. 1 Taxation for the 21 ST Century: the automated payment transaction (APT) // Economic Policy. 2000. Vol. 15. P. 473-511. DOI:10.1111/1468-0327.00067.
15. Feige Edgar L. Rethinking Taxation: The Automated Payment Transaction (APT) Tax // Economic Policy. 2001.
16. Savedoff W. Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. World Health Organization. Geneva. 2004.
17. Tragakes, E. and Lessofo, S. In: Tragakes E., ed. Health care systems in transition: Russian Federation. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen. 2003.
18. Theglobeconomy. Share of service industry - Country classification. 2001. URL: <https://ru.theglobeconomy.com>.

DECLINE OF LOSSES IN THE SHARE OF GDP CREATED BY RUSSIAN HEALTHCARE

Introduction. Many developed countries have recognized the social sphere, including healthcare, as a full-fledged manufacturing sector of the economy, creating a significant share of value added in the sectoral structure of GDP. As part of the study, a comparison was made of the share of gross value added in the GDP of the United States, EU countries and Russia created by healthcare in 2018, as an example of the analysis of the impact of healthcare in different countries on gross value added, which is a significant indicator for assessing the correctness of the organization of healthcare financing.

Material and methods. Used a comprehensive, statistical, comparative and retrospective analysis of available data.

Research results. The data obtained indicate that the share of Russia's GDP created by healthcare is many times less than that of the United States and EU countries, which limits the growth of the Russian economy, causes poverty for a significant part of medical workers and hinders investment in the healthcare system and its demand for innovation.

Discussion and conclusion. The authors see the root cause of the problems in the mistake of choosing the mandatory health insurance income system, the linkage of which to formal employment in a large-scale shadow economy leads to the "free rider prob-

lem" (Free-Rider Problem) and a pronounced payment imbalance between providers and consumers of public health care due to its payment at deliberately unprofitable (below actual cost) tariffs. The most optimal solution is considered to be the replacement of salary-linked compulsory medical insurance contributions with a universal targeted tax for automated payment transactions.

Andrey V. Ragozin,
PhD in Medicine, Director, the Center of
Problems of Organization, Financing and
Interterritorial Relations in Healthcare of the
Institute of Regional Economics and Inter-
budget Relations, Financial University under
the Government of the Russian Federation

Vladimir V. Grishin,
Doctor of Economics, professor,
chief scientific associate

Svetlana A. Glazunova,
junior researcher

Yulia V. Shcheglova,
laboratory assistant

Ключевые слова:

финансирование здравоохранения, валовая добавленная стоимость, ВВП, себестоимость медицинских услуг, обязательное медицинское страхование, налог на автоматизированные платежные операции

Keywords:

health care financing, gross value added, GDP, cost of medical services, compulsory health insurance, tax on automated payment transactions

References:

1. Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Chalova V. V., 2021. Sostoyanie i vozmozhnosti sovetskogo zdravooohraneniya v 1960—1980-h godah. [State and possibilities of Soviet health care in the 1960-1980s]. *Problemy socialnoj gigieny, zdravooohraneniya i istorii mediciny*. [Problems of social hygiene, public health, and the history of medicine]. № 1 (29).
2. Kucherenko V.Z., Kravchenko N.A., Ragozin, 2010. A.V. Krizis zdravooohraneniya-dialektika reshenij: ot "biznesa na boleznyah" i "medicinskogo kommunizma" k rentabelnoj ekonomike obshchestvennogo zdorovya. [The Healthcare Crisis—Dialectics of Decisions: From "Business with Disease" and "Medical Communism" to a Profitable Public Health Economy"]. *Ekonomika zdravooohraneniya* [Healthcare Economics]. № 3.
3. Safonov A.L., Dolzhenkova Yu.V., 2022. Oplata truda v byudzhetnoj sfere: sostoyanie i tendencii razvitiya. [Remuneration of labor in the public sector: state and development trends]. *Sotsialno-trudovye issledovaniya*. [Social and labor research]. № 1.
4. Smith A., 1997. Research on the nature and causes of the wealth of nations. Moscow.
5. Soboleva E.A., 2020. O pereraspredelenii polnomochij po uplate strahovyh vnosov na obyazatelnoe medicinskoje strahovanie nerabotayushego naseleniya. [On the redistribution of powers to pay insurance premiums for compulsory medical insurance of the non-working population]. *Beneficium* [Beneficium]. № 4 (37).

6. Solodkov M.V., 1974. Ekonomicheskie problemy neproizvodstvennoj sfery. [Economic problems of the non-productive sphere]. *Ekonomicheskie nauki. [Economic Sciences]*. № 10.
7. Robinson, Acemoglu, 2015. Pochemu odni strany bogatye, a drugie bednye. Proishozhdenie vlasti, procvetaniya i nishety. [Why are some countries rich and others poor? The origin of power, prosperity, and poverty]. Moscow.
8. Ulumbekova G.E., 2021. Analiz rashodov byudzhetrov byudzhetnoj sistemy Rossijskoj Federacii po razdelu "Zdravoohranenie" na 2022 g. i na planovyy period 2023-2024 gg. [Analysis of expenditures of the budgets of the budgetary system of the Russian Federation under the section "Health care" for 2022 and for the planning period 2023-2024]. *Orgzdrav. [Orgzdrav]*. № 4.
9. Shokhina Ekaterina., 2021. Zarplaty byudzhetnikov rastut, no eto nikogo ne raduet. [Salaries of state employees are growing, but this does not please anyone]. *Vedomosti. [Vedomosti newspaper]*. URL: <https://www.vedomosti.ru>.
10. Benti S. 2018. Modern Ghana. Ghana's National Health Insurance Scheme (NHIS). World Bank. Washington. DOI: [dx.doi.org/10.1596/978-1-4648-1117-3](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1117-3).
11. Bird R., Gendron P-P., 2006. Is VAT the best way to impose a general consumption tax in developing countries? University of Toronto. Toronto.
12. Cashin C., Sparkes S., Bloom D., 2017. Earmarking for health: from theory to practice. World Health Organization. Geneva.
13. Feige Edgar., 2017. Taxation in the Age of Digital Globalization. *SSRN Electronic Journal*. № 2. P. 48-51. DOI:10.2139/ssrn.3218467.
14. Feige Edgar., 2000. 1 Taxation for the 21 ST Century: the automated payment transaction (APT). *Economic Policy*. Vol. 15. P. 473-511. DOI:10.1111/1468-0327.00067.
15. Feige Edgar, 2001. L. Rethinking Taxation: The Automated Payment Transaction (APT) Tax. *Economic Policy*. 16 p.
16. Savedoff W., 2004. Tax-Based Financing for Health Systems: Options and Experiences. World Health Organization. Geneva.
17. Tragakes, E. and Lessof, S. In: Tragakes E., ed., 2003. Health care systems in transition: Russian Federation. European Observatory on Health Care Systems. Copenhagen.
18. Theglobaleconomy. 2001. Share of service industry - Country classification. URL: <https://ru.theglobaleconomy.com>.