

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2021

Гришин В.В., Рагозин А.В., Ицелев А.А., Глазунова С.А.

## Финансирование Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи: как решить проблему дефицита?

Центр проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового Университета при Правительстве Российской Федерации, 125009, Москва, Россия

**Введение.** Ключевая проблема российского здравоохранения — дефицит финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ.

**Цель исследования:** поиск решений проблемы дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации.

**Материал и методы.** Используя ретроспективный анализ доступных данных, проведён анализ причин дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и поиск решений в опыте других стран.

**Результаты.** Анализ показал, что важные причины дефицита программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи — недостатки системы доходов обязательного медицинского страхования (ОМС): привязка взносов за работающее население к фонду оплаты труда; размытость определения неработающего населения и уплата взносов на его ОМС субъектами РФ; неучастие платежеспособного населения в софинансировании медицинской помощи; отсутствие экономической интеграции между оплатой лечения ОМС и системой охраны здоровья; отсутствие формализованных механизмов возмещения федеральным бюджетом расходов системы ОМС на оплату помощи в катастрофических ситуациях.

**Обсуждение.** Решение проблемы дефицита программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи авторы видят в модернизации системы доходов ОМС: замене уплачиваемых работодателями взносов ОМС дополнительной «медицинской» частью налога на добавленную стоимость; замене уплачиваемых субъектами РФ взносов ОМС на неработающее население целевым «медицинским» налогом с розничных продаж; создании системы дополнительных доходов по принципу «платит виновный в нанесении вреда здоровью»; признании расходов на медицинскую помощь населению в катастрофических ситуациях безусловным обязательством федерального бюджета.

**Заключение.** Системным решением проблемы дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ представляется модернизация системы доходов ОМС.

**Ключевые слова:** дефицит финансирования; программа государственных гарантий бесплатной медицинской помощи; медицинская помощь населению в катастрофических ситуациях; взносы на обязательное медицинское страхование; здравоохранение; налог на добавленную стоимость; налог с розничных продаж; принцип «виновная сторона возмещает вред здоровью»

**Для цитирования:** Гришин В.В., Рагозин А.В., Ицелев А.А., Глазунова С.А. Финансирование Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи: как решить проблему дефицита? *Здравоохранение Российской Федерации*. 2021; 65(6): 514-521. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-6-514-521>

**Для корреспонденции:** Рагозин Андрей Васильевич, канд. мед. наук, директор Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового Университета при Правительстве Российской Федерации, 125009, Москва. E-mail: [avragozin@fa.ru](mailto:avragozin@fa.ru)

**Участие авторов:** Гришин В.В. — концепция и дизайн исследования, написание текста; Рагозин А.В. — концепция и дизайн исследования, написание текста; Ицелев А.А. — статистическая обработка данных, редактирование; Глазунова С.А. — сбор и обработка материала, составление списка литературы, редактирование. Все соавторы — утверждение окончательного варианта статьи, ответственность за целостность всех частей статьи.

**Финансирование.** Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счёт бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета при Правительстве Российской Федерации.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 09.09.2021

Принята в печать 17.11.2021

Опубликована 30.12.2021

© AUTHORS, 2021

Vladimir V. Grishin, Andrey V. Ragozin, Aleksandr A. Itselev, Svetlana A. Glazunova

## Financing of the Program of state guarantees of free medical care: how to solve the deficit problem?

Center for problems of organization, financing and interterritorial relations in health care Institute of the Regional Economy and Interbudgetary Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, 125009, Russian Federation

**Introduction.** The critical problem of Russian health care is the deficit of funding for the program of state-guaranteed medical care for citizens of Russia.

**Purpose of the study.** To search for solutions to the problem of financing the deficit of the program of state guarantees of free medical care in the Russian Federation.

**Material and methods.** Retrospective data analysis was carried out to analyse the reasons for the deficit in the financing of the program of state guarantees of free medical care and search for solutions in the experience of other countries.

**Results.** The analysis showed that the reasons for the deficit of the program of state guarantees of free medical care are the shortcomings of the mandatory health insurance (MHI) income system: linking contributions for the working population to the wages fund; the vagueness of the definition of the non-working population and the payment of contributions for its MHI by the constituent entities of the Russian Federation; non-participation of the solvent population in the co-financing of medical care; deficit of economic integration between the payment of MHI treatment and the health care system; the absence of formalized mechanisms for reimbursing the expenses of the MHI system by the federal budget to pay for aid in catastrophic situations.

**Discussion.** The authors see the solution to the problem of the deficit of the program of state guarantees of free medical care in the modernization of the MHI income system: replacement of the MHI contributions paid by employers with an additional “medical” part of the value-added tax; replacement of the MHI contributions paid by the constituent entities of the Russian Federation for the non-working population with a targeted “medical” tax on retail sales; creation of a system of additional income based on the principle “the guilty person pays for causing harm to health”; recognition of the cost of medical care to the population in catastrophic situations as an unconditional obligation of the federal budget.

**Conclusion.** A systemic solution to the problem of the financing deficit of the program of state guarantees of free medical care for the citizens of Russia seems to be the modernization of the MHI income system.

**Keywords:** *financing deficit; the program of state guarantees of free medical care; medical assistance to the population in catastrophic situations; mandatory medical insurance contributions; health care; value-added tax; retail sales tax; the principle “the guilty party shall reimburse health damage”*

**For citation:** Grishin V.V., Ragozin A.V., Itselev A.A., Glazunova S.A. Financing of the Program of state guarantees of free medical care: how to solve the deficit problem? *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii (Health Care of the Russian Federation, Russian journal)*. 2021; 65(6): 514-521. (In Russ.). <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2021-65-6-514-521>

**For correspondence:** *Andrey V. Ragozin*, MD, PhD, Head of the Center for problems of organization, financing and interterritorial relations in health care Institute of the regional economy and interbudgetary relations, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, 125009, Russian Federation. E-mail: [avragozin@fa.ru](mailto:avragozin@fa.ru)

### Information about the authors:

Grishin V.V., <https://orcid.org/0000-0002-4356-8128>  
Itselev A.A., <https://orcid.org/0000-0001-6355-1692>

Ragozin A.V., <https://orcid.org/0000-0003-4645-8765>  
Glazunova S.A., <https://orcid.org/0000-0002-0758-2440>

**Contribution of the authors:** *Grishin V.V.* — research concept and design, writing the text. *Ragozin A.V.* — research concept and design, writing the text. *Itselev A.A.* — statistical data processing, editing. *Glazunova S.A.* — collection and processing of material, a compilation of the list of literature, editing. *All authors* are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

**Acknowledgements.** The article is based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University under the Government of the Russian Federation.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

Received: September 09, 2021  
Accepted: November 17, 2021  
Published: December 30, 2021

## Введение

Ключевая проблема российского здравоохранения — дефицит финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации. Её покрытие сопоставимо с медицинскими государственными гарантиями развитых стран, но, по данным ВОЗ [1], государственные расходы России на здравоохранение — система обязательного медицинского страхования (ОМС) + бюджет — многократно ниже как в доле внутреннего валового продукта (ВВП), так и в абсолютном выражении (табл. 1).

Результат несбалансированности объёма гарантий и их финансирования — хронический дефицит системы ОМС. В этих условиях приходится сводить баланс Федерального фонда ОМС (ФФОМС), снижая транспортную и организационную доступность медицинской помощи («оптимизация» медицинских организаций) и оплачивая её по заведомо убыточным (ниже себестоимости) «неполным» тарифам ОМС, компенсируя их недостаточность навязываемыми населению платными услугами. В результате, если, по данным Всемирного Банка [3], доля прямых (частных) платежей домохозяйств за медицинскую помощь в развитых странах демонстрирует чёткий тренд на снижение, то в России они давно превысили треть национальных расходов на здравоохранение (табл. 2). Де-факто государственные гарантии медицинской помощи неуклонно вытесняются её платностью.

**Цель исследования** — поиск решений проблемы дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации.

## Материал и методы

Используя ретроспективный анализ доступных данных, проведён анализ причин дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и поиск решений в опыте других стран.

## Результаты

Ключевой причиной дефицита программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ представляются недостатки сложившейся в 1990-е гг. системы доходов ОМС:

- привязка уплачиваемых работодателями взносов на ОМС за работающее население к фонду оплаты труда (ФОТ);
- уплата взносов на ОМС за неработающее население субъектами РФ;
- отсутствие социальной солидарности: исключение платежеспособного населения в посильном софинансировании общедоступной медицинской помощи;
- отсутствие экономической интеграции между профилактической и лечебной медициной (между ОМС и системой охраны здоровья);
- отсутствие формализованных (не требующих процедур ассигнования) механизмов возмещения федеральным бюджетом системе ОМС неплановых безотлагательных расходов на оплату медицинской помощи

**Таблица 1.** ВВП и государственные расходы на здравоохранение

**Table 1.** Gross Domestic Product (GDP) and government spending on health care

Страна Country	ВВП на душу населения в текущих ценах, долл. GDP per capita at current prices, US dollars		Государственные расходы на здравоохранение Government spending for health care			
			на душу населения по ВВП, долл. per capita in GDP, US dollars		% ВВП % of GDP	
	год / year					
	2000	2018	2000	2018	2000	2018
США / USA	36 334	63 064	2017	5356	5,54	8,51
Япония / Japan	38 532	39 159	2204	3558	5,75	9,21
Южная Корея South Korea	12 256	33 422	238	1486	1,96	4,42
Австралия / Australia	21 679	57 354	1177	3747	5,47	6,41
Новая Зеландия New Zealand	13 641	43 306	785	3021	5,56	6,89
Канада / Canada	24 271	45 454	1463	3671	6,03	7,93
Израиль / Israel	21 101	41 704	955	2151	4,29	4,86
Великобритания / United Kingdom	28 156	63 064	1578	3392	5,60	7,86
Германия / Germany	23 635	47 787	1833	4251	7,73	8,88
Франция / France	22 364	41 526	1572	3441	6,97	8,26
Нидерланды / Netherlands	26 149	53 018	1400	3455	5,32	6,48
Италия / Italy	20 087	34 608	1107	2209	5,50	6,40
Испания / Spain	14 713	30 374	727	1926	4,92	6,32
Португалия / Portugal	11 497	23 551	1361	683	5,90	5,78
Ирландия / Ireland	26 246	79 297	1213	4056	4,58	5,12
Швеция / Sweden	29 624	54 589	1836	5090	6,19	9,27
Австрия / Austria	24 564	51 453	1683	3893	6,83	7,55
Норвегия / Norway	38 131	82 267	7030	2409	6,30	8,57
Дания / Denmark	30 743	61 598	2074	5215	6,74	8,45
Финляндия / Finland	24 285	50 013	1305	3547	5,37	7,10
Бельгия / Belgium	23 041	47 554	1379	3723	5,96	7,82
Российская Федерация Russian Federation	1771	11 287	57	362	2,98	3,16

Примечание. Составлено авторами на основании [1, 2].  
Note. Compiled by the authors based on [1, 2].

населению в катастрофических ситуациях (масштабные природные и техногенные катастрофы, войны, эпидемии).

**Привязка уплачиваемых работодателями взносов ОМС за работающее население к ФОТ.** Несмотря на широкое распространение в мире, этот подход требует высокой производительности труда, «прозрачности» экономики и ограниченной неформальной занятости — однако в России производительность труда многократно ниже, чем в развитых странах (табл. 1) и работает

**Таблица 2.** Доля прямых (частных) расходов домохозяйств на оплату медицинской помощи в текущих расходах на здравоохранение, %

**Table 2.** Share of “out-of-pocket” household expenditures on paying for medical care in current health care expenditures, %

Страна Country	Год / Year						
	2018	2017	2016	2015	2010	2005	2000
Российская Федерация Russian Federation	38,3	40,5	40,5	38,6	35,3	31,9	30,2
США / USA	10,8	11,0	11,2	11,2	12,3	13,9	15,5
Япония / Japan	12,7	12,7	12,9	12,9	14,6	15,7	15,9
Франция / France	9,2	9,5	9,6	9,7	10,2	7,4	7,3
Люксембург Luxembourg	10,5	10,7	10,8	10,8	10,2	12,9	14,3
Италия / Italy	23,5	23,8	23,3	23,5	20,5	21,6	26,5
Испания / Spain	22,2	22,1	22,0	22,3	20,3	21,8	24,3
Нидерланды Netherlands	10,8	11,0	11,3	11,3	9,1	9,9	11,0
Польша / Poland	20,8	23,1	23,1	23,3	23,9	28,0	31,3
Бельгия / Belgium	19,1	19,0	18,9	19,5	19,9	20,3	20,2
Швеция / Sweden	13,8	14,1	14,5	14,9	16,5	16,6	14,5
Чехия / Czech	14,2	14,8	15,0	14,8	15,3	11,1	10,2
Дания / Denmark	13,8	13,7	13,7	13,7	14,4	14,7	15,4
Австрия / Austria	18,4	19,1	19,2	19,1	18,6	19,2	17,8
Словакия / Slovakia	18,9	18,7	17,9	18,4	22,8	23,6	10,8
Ирландия / Ireland	12,1	12,6	12,7	13,2	13,8	13,6	12,1
Норвегия / Norway	14,3	14,5	14,3	14,1	15,0	16,7	17,9
Хорватия / Croatia	10,5	11,0	11,0	10,9	14,0	13,4	13,9
Исландия / Iceland	15,9	16,4	16,9	17,6	18,2	17,2	19,4
Финляндия / Finland	18,4	19,0	19,3	18,6	18,8	19,6	21,6
Великобритания United Kingdom	16,7	15,9	15,2	15,1	12,9	13,3	17,1
Словения / Slovenia	12,0	12,3	12,0	12,5	12,6	13,0	13,3
Германия / Germany	12,6	12,8	13,0	13,1	14,0	14,1	12,3
Канада / Canada	14,7	15,0	15,2	14,2	15,2	15,4	16,6
Австралия / Australia	17,7	17,9	18,3	18,9	19,7	19,6	21,0
Новая Зеландия New Zealand	12,9	13,6	13,6	13,4	12,0	14,1	15,4
Израиль / Israel	21,1	22,0	22,7	22,5	23,8	30,2	29,5

Примечание. Составлено авторами на основании [3].  
 Note. Compiled by the authors based on [3].

огромный теневой сектор с зарплатами «в конвертах». Так, по оценке Международного валютного фонда, в 1991–2015 гг. размер теневой экономики России составлял в среднем 38,42% (31,04–48,73%) ВВП [4]. Соответственно, из-за привязки взносов ОМС к ФОТ в условиях масштабной теневой экономики России система ОМС ежегодно теряет по работающему населению около 30% своих доходов.

При этом доля заработной платы в себестоимости продукции разных отраслей может отличаться много-

кратно, что ставит в привилегированное положение отрасли с небольшими затратами труда и лишает инвестиционной привлекательности трудозатратные производства. Поэтому привязка социальных взносов к ФОТ вынуждает переносить трудозатратные производства в другие страны и/или лоббировать льготы работодателям, в том числе использующим труд иностранцев, которые, в зависимости от страны происхождения, квалификации и характера трудовых отношений, имеют право на бесплатную плановую и/или неотложную медицинскую помощь в России.

Расчёты показывают, что из-за льгот по уплате работодателями взносов ОМС система ОМС ежегодно недополучает до 0,5 трлн руб. — около четверти доходов по работающему в рамках формальной занятости населению (табл. 3).

Важно отметить, что успешному лоббированию работодателями льгот не мешает тот факт, что взносы ОМС в России рекордно низки не только по сравнению с развитыми странами, но и с сопоставимыми по уровню производства странами Восточной Европы (табл. 4).

Таким образом, в условиях России привязка уплачиваемых работодателями взносов ОМС за работающее население к ФОТ заведомо не позволяет обеспечить эффективную собираемость взносов с налогооблагаемой базы (ФОТ) — уменьшая её как минимум вдвое, ограничивает рост экономики и способствует развитию её теневого сектора.

**Уплата взносов ОМС за неработающее население субъектами РФ.** С одной стороны, представляется размытой формулировка «неработающее население». Сегодня к неработающим относятся не только нетрудоспособные дети, инвалиды, старики и безработные, но и наёмные работники теневого сектора, незарегистрированные самозанятые и граждане, живущие на доходы от капитала и собственности, а также за счёт криминальных доходов.

С другой стороны, бюджеты многих субъектов РФ являются дефицитными и не справляются с нагрузкой по уплате страховых взносов на ОМС неработающего населения. По данным вице-премьера Т.А. Голиковой, имеет место «ситуация, когда платёж за неработающее население, консолидированный платежей в целом по России, уже стал превышать дотацию, которую отдаёт федеральный бюджет на выравнивание уровня бюджетной обеспеченности. А в некоторых регионах ситуация складывается таким образом, что платёж за неработающее население в бюджет фонда ОМС стал больше, чем дотация на выравнивание бюджетной обеспеченности. То есть фактически идёт переток через региональный бюджет в бюджет фонда ОМС» [9].

**Отсутствие принципа социальной солидарности, неучастие платёжеспособного населения в сильном софинансировании системы ОМС.** Сегодня ни одна развитая страна мира не в состоянии гарантировать общедоступность современной медицинской помощи без её сильного софинансирования платёжеспособным населением. В странах, использующих модель медико-социального страхования, работники платят страховые взносы солидарно с работодателями, а самозанятые и платёжеспособные

**Таблица 3.** Влияние льгот по уплате взносов ОМС на доходы ФФОМС**Table 3.** The impact of benefits on payment of CHI contributions on Federal Compulsory Medical Insurance Fund (FCMIF) income

Год Year	Фонд оплаты труда, млрд руб. Wages fund, billion rubles	5,1% фонда оплаты труда, млрд руб. Salary fund, billion rubles	Поступившие в бюджет ФФОМС взносы за работающее население, млрд руб. Contributions to the FCMIF budget for the working population, billion rubles	Межбюджетный трансферт ФФОМС на компенсацию выпадающих доходов по пониженным тарифам взносов ОМС, млрд руб. Interbudgetary transfer FCMIF to compensate for lost income at reduced rates of compulsory medical insurance contributions, billion rubles	Разница между фактическими и расчётными доходами ФФОМС, млрд руб. Difference between actual and estimated income of FCMIF billion rubles
2017	30 969,0	1579,4	1072,9	27,41	– 479,1
Федеральный закон № 357-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2017 год» (подписан 11.10.2018). Federal Law No. 357-FZ "On the execution of the budget of the federal fund of mandatory medical insurance for 2017" (signed on 11.10.2018)					
2018	33 585,9	1712,9	1181,8	32,22	– 498,8
Федеральный закон № 334-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2018 год» (подписан 16.10.2019). Federal Law No. 334-FZ "On the execution of the budget of the federal fund of mandatory medical insurance for 2018" (signed on 16.10.2019)					
2019	36 407,9	1856,8	1299,2	9,03	–548,6
Федеральный закон № 317-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2019 год» (подписан 15.10.2020). Federal Law No. 317-FZ "On the execution of the budget of the federal fund of mandatory medical insurance for 2019" (signed on 15.10.2020)					
2020	36 679,9	1870,7	1360,8	11,94	–498,0
Законопроект № 362-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2020 год» (подписан 25.10.2021). Federal Law No. 362-FZ "On the execution of the budget of the federal fund of mandatory medical insurance for 2020" (signed on 25.10.2021)					

Примечание. Составлено авторами на основании [5].

Note. Compiled by the authors based on [5].

**Таблица 4.** Тарифы на ОМС в России и странах Восточной Европы в 2019 г.**Table 4.** MHI rates in Russia and Eastern Europe in 2019

Страна Country	Номинальный ВВП в текущих ценах на душу населения, доллары США Nominal GDP at current prices per capita, US dollars	ВВП на душу населения по паритету покупательной способности, долл. США GDP per capita at purchasing power parity, US dollars	Платит работодатель, % Employer pays, %	Платит работник, % Employee pays, %	Итого, % Total, %
Россия / Russia	11 585	29 181,4	5,1	–	5,1
Литва / Lithuania	19 550	38 756,1	–	6,98	6,98
Венгрия / Hungary	16 729	33 949,6	–	7,0	7,0
Северная Македония North Macedonia	6022	17 583,4	7,5	–	7,5
Болгария / Bulgaria	9828	24 579,1	4,8	3,2	8,0
Польша / Poland	15 694	34 151,8	–	9,0	9,0
Румыния / Romania	12 913	32 358,3	10,0	–	10,0
Сербия / Serbia	7411	18 929,9	5,15	5,15	10,3
Черногория Montenegro	8910	23 344,0	2,3	8,5	10,8
Словения / Slovenia	25 940	41 193,8	6,36	6,56	12,92
Эстония / Estonia	23 717	38 819,3	13,0	–	13,0
Чехия / Czech	23 489	43 004,5	9,0	4,5	13,5
Словакия / Slovakia	19 266	32 545	10,0	4,0	14,0
Хорватия / Croatia	14 944	30 246	16,5	–	16,5

Примечание. Составлено авторами на основании [6–8].

Note. Compiled by the authors based on [6–8].

**Таблица 5.** Опыт некоторых стран по целевому использованию «налогов на грехи» для финансирования здравоохранения [12]  
**Table 5.** Experience of some countries on targeted use "Taxes on sin" to finance health care [12]

Страна Country	Год введения целевого налога Year of introduction of the target tax	Налог	Ежегодные поступления, % от общих государственных расходов на здравоохранение Annual revenues, % of total government health spending		Общие государственные расходы на здравоохранение, % от ВВП Total government spending on health, % of GDP 2013
			от целевых табачных налогов from earmarked tobacco taxes 2014	от целевых налогов earmarked tax revenue 2013	
Филиппины Philippines	2012	Закон о «налогах на грехи» (алкоголь и табак) Sin Tax Law (alcohol and tobacco)	50,23 млрд филиппинских песо (1,13 млрд долл. США) 50.23 billion Philippine pesos (\$1.13 billion)	36,4	1,4
Панама Panama	2009	50% специального потребительского налога на сигареты и другие табачные изделия 50% special consumption tax on cigarettes and other tobacco products	27,8 млн долл. США USD 27.8 million	1,322	5,2
Румыния Romania	2005	Целевое использование налогов на табак и алкоголь Intended use of tobacco and alcohol taxes	1,1 млн румынских леев; 14,4% общего бюджета здравоохранения 1.1 million Romanian lei; 14.4% of the total health budget	0,004	4,2
Таиланд Thailand	2001	2% дополнительный налог на табак и алкоголь 2% additional tax on tobacco and alcohol	4064,74 млн тайских бат — 1,78% бюджета Министерства здравоохранения и 1,84% бюджета Национального фонда обеспечения безопасности здоровья THB 4.064.74 million — 1.78% of the Ministry of Health budget and 1.84% of the National Health Security Fund budget	0,932	3,7
Вьетнам Vietnam	—	Отчисления производителей и импортёров табачных изделий во Вьетнамский фонд по борьбе против табака: 1% от заводской цены с 01.05.2013; 1,5% с 01.05.2016; 2% с 01.05.2019 Contributions from tobacco manufacturers and importers to the Vietnam Fund for Tobacco Control: 1% of the factory price from May 1, 2013; 1.5% from May 1, 2016; 2% from May 1, 2019	299,171 млрд вьетнамских донгов (13,91 млн долл. США) — 0,5% национального бюджета здравоохранения VND 299.171 billion (US \$13.91 million) — 0.5% of the national health budget	0,335	2,5
Исландия Iceland	2001	0,9% валовой стоимости продажи табачных изделий Targeted tax 0.9% of the gross sales value of tobacco products	108,3 млн исландских крон ISK 108.3 million 0.083%	0,083	7,0

неработающие — солидарно с государством. В странах с бюджетной моделью граждане посильно помогают государству финансировать здравоохранение, уплачивая целевые медицинские подоходные налоги. Напротив, Россия унаследовала от СССР несолидарную модель, где ответственность за оплату общедоступной медицинской помощи несут работодатели и государство, а платёжеспособное население освобождено от взносов на ОМС.

Из длящихся около 100 лет социальных практик несолидарного финансирования здравоохранения формируются соответствующие культурные установки населения. Значительная часть граждан России привыкла видеть в гарантированной государством медицинской помощи безусловное общественное благо, не оплаченное из личного кошелька. Отсюда боязнь политиков поднимать непопулярный вопрос привлечения населения к посильному участию в финансировании медицинской помощи солидарно с работодателями и государством.

**Отсутствие экономической интеграции между профилактической и лечебной медициной — между ОМС и системой охраны здоровья.** Российская система здравоохранения унаследовала от советской системы Семашко отрицание экономической ответственности населения и организаций за сохранение здоровья. Поэтому как в СССР, так и сегодня российские работодатели не возмещают вынужденные дополнительные затраты ОМС на медицинскую помощь, связанные с вредными и опасными условиями труда, повышенной заболеваемостью населения по причине загрязнения окружающей среды, причинением вреда здоровью граждан ненадлежащим качеством товаров и услуг. Как и в СССР, российские граждане не возмещают вынужденные дополнительные затраты на медицинскую помощь по причине отказа в прохождении диспансеризации или профилактического осмотра, за попытки суицида, отказ от выполнения назначений врачей или режима противоэпидемических мероприятий, за вред здоровью других граждан, нанесённый противоправными и преступными действиями.

Как и в СССР, акцизы за табак и алкоголь — плата граждан за их вредную привычку к товарам, наносящим прямой вред здоровью не только потребителей, но и окружающих — не идут напрямую в бюджет здравоохранения на оплату лечения пострадавших от этих товаров. При этом целевой характер налогов на табачные изделия на цели здравоохранения сегодня предусмотрен в ряде стран — Аргентине, Австралии, Коста-Рике, Эквадоре, Египте, Эстонии, Финляндии, Исландии, Индии, Южной Корее, Филиппинах, Непале, Таиланде, Тайване, США, Великобритании, Ямайке, Панаме, Монголии, Катаре, Исландии и Болгарии [10–12]. Международный опыт показывает позитивные результаты введения целевых «налогов на грехи» для финансирования здравоохранения (табл. 5). Как и в СССР, затраты на лечение пострадавших в дорожно-транспортных происшествиях не возмещаются виновниками или их страховщиками. В результате общество лишено экономических (денежных) стимулов для охраны здоровья населения, а виновные в нанесении вреда своему и чужому здоро-

вью не возмещают возникшие по их вине дополнительные затраты системы ОМС.

Отсутствие формализованных механизмов возмещения федеральным бюджетом системе ОМС непрогнозируемых безотлагательных расходов на оплату медицинской помощи населению в катастрофических ситуациях: природные и техногенные катастрофы, войны, эпидемии. Необходимость такого инструмента показала пандемия COVID-19. В ситуации сохранения в чрезвычайной ситуации «обычного» метода финансирования медицинской помощи населению масштабный рост затрат системы ОМС на диагностику и лечение коронавирусной инфекции потребовал приостановки диспансеризации и профилактических медицинских осмотров, а также плановой медицинской помощи<sup>5</sup>, что не могло не отразиться на показателях смертности населения.

## Обсуждение

1. Замена уплачиваемых работодателями привязанных к ФОТ взносов на ОМС оборотным налогом для юридических лиц — например, дополнительной «медицинской» частью налога на добавленную стоимость (НДС). Например, так с 2003 г. финансируется национальная система медицинского страхования в Гане, где на здравоохранение уходит 2,5 процентных пункта из общей суммы 17,5% НДС — тем самым обеспечивая до 90% бюджета здравоохранения этой африканской страны. В свою очередь, в Чили 1% НДС идёт на финансирование набора гарантированных медицинских услуг. 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 [13]. Ряд авторов полагают, что НДС — вероятно, наиболее подходящий путь для финансирования здравоохранения в странах с низким и средним доходом [14].

Поэтому есть основания полагать, что использование этого подхода и в России упростит администрирование доходов ФФОМС, гарантирует высокий уровень его наполнения, снимет фискальную нагрузку на зарплаты (тем самым создав условия для развития в России производств с высоким уровнем квалифицированного высокооплачиваемого труда и повысив эффективность борьбы с бедностью) и позволит выровнять ощутимые различия в финансировании медицинской помощи в разных регионах.

2. Замена уплачиваемых субъектами РФ взносов на ОМС на неработающее население целевым медицинским налогом с розничных продаж. Поскольку этот налог на потребление де-факто платится всем населением — представляется, что только целевой налог с продаж позволит технологически просто и с минимальными затратами и социально-политическими рисками привлечь к финансированию здравоохранения работников теневого

<sup>5</sup> Письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации, ФФОМС от 25.03.2020 № 11-8/и/2-3524/4059/30/и «Об оказании медицинской помощи в случае заболевания, вызванного COVID-19».

сектора, незарегистрированных самозанятых и граждан, живущих на доходы от капитала и собственности, а также за счёт криминальных доходов. Тем самым финансирование здравоохранения станет не только солидарным, но и без преувеличения общенародным.

3. Создание системы дополнительных доходов ОМС и экономических стимулов для охраны здоровья населения по принципу «платит виновный в нанесении вреда здоровью»:

- возмещение (регресс) вынужденных дополнительных затрат системы ОМС по причине вредных и опасных условий труда: дополнительные платежи в систему ОМС работодателей;
- возмещение (регресс) вынужденных дополнительных затрат системы ОМС, связанных с повышенной заболеваемостью населения по причине загрязнения окружающей среды: дополнительные платежи в систему ОМС предприятий, целевой сбор с владельцев старого автотранспорта, использующего двигатели внутреннего сгорания, и т.д.;
- возмещение (регресс) вынужденных дополнительных затрат системы ОМС юридическими лицами, виновными в причинении вреда здоровью граждан ненадлежащим качеством товаров и услуг;
- возмещение (регресс) вынужденных дополнительных затрат системы ОМС физическими лицами, виновными в причинении вреда здоровью граждан противоправными действиями;
- возмещение (регресс) гражданами вынужденных расходов здравоохранения в случае осознанного нанесения вреда собственному здоровью: отказ от диспансеризации, попытка суицида, отказ от выполнения назначений врачей или режима противоэпидемических мероприятий;
- целевой характер акцизов на алкоголь и табак, направляемых (полностью или частично) в бюджет ФФОМС.

4. Признание расходов на оплату медицинской помощи населению в катастрофических ситуациях (эпидемии, войны, природные и техногенные катастрофы) безусловным (не требующим процедур ассигнования) обязательством федерального бюджета.

### Заключение

С учётом масштаба теневого сектора экономики, неформальной занятости населения, низкой производительности труда и сложившихся культурных норм населения России системным решением проблемы дефицита финансирования программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи гражданам РФ представляется модернизация системы доходов ОМС.

### ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 2–4, 6–8, 10–14 см. References)

1. Всемирная организация здравоохранения. Расходы на здравоохранение. Доступно: [https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/h2020\\_30-health-expenditures](https://gateway.euro.who.int/ru/indicators/h2020_30-health-expenditures)
5. Росстат. Объем и структура денежных доходов населения Российской Федерации по источникам поступления (новая методология). Доступно: <https://rosstat.gov.ru/folder/13397>
9. РБК. Татьяна Голикова — РБК: «Все знают, что платят, но не понимают, за что». Доступно: <https://www.rbc.ru/politics/24/05/2018/5b06cbd39a7947403703c30a?story=5af980859a7947b069a0a9d3>

### REFERENCES

1. World Health Organization. Health expenditures. Available at: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020\\_30-health-expenditures](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/h2020_30-health-expenditures)
2. The World Bank. World Development Indicators. Available at: <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>
3. The World Bank. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure). Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS>
4. Medina L., Schneider M.F. Shadow economies around the world: What did we learn over the last 20 years? *IMF Working Papers*. 2018; 2018(017). <https://doi.org/10.5089/9781484338636.001>
5. Rosstat. The volume and structure of monetary incomes of the population of the Russian Federation by sources of income (new methodology). Available at: <https://rosstat.gov.ru/folder/13397>
6. The World Bank. GDP per capita (current US\$). Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD>
7. The World Bank. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCA.PP.CD>
8. Price Waterhouse Coopers. Worldwide Tax Summaries Online. Available at: <https://taxsummaries.pwc.com>
9. RBC. Tatiana Golikova — RBC: «Everyone knows what they pay, but they don't understand why». Available at: <https://www.rbc.ru/politics/24/05/2018/5b06cbd39a7947403703c30a?story=5af980859a7947b069a0a9d3> (in Russian)
10. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Tobacco taxation and innovative health-care financing; 2012. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206014>
11. Stenberg K., Elovainio R., Chisholm D., Fuhr D., Perucic A.-M., Rekke D., et al. *World Health Report. Background Paper, 13. Responding to the challenge of resource mobilization – mechanisms for raising additional domestic resources for health*. World Health Organization; 2010.
12. Earmarked tobacco taxes: lessons learnt from nine countries. Case Reports. World Health Organization; 2016. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206007/9789241510424\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206007/9789241510424_eng.pdf)
13. Cashin C., Sparkes S., Bloom D. Earmarking for health: from theory to practice. Health Financing Working Paper No. 5. WHO IRIS Reference: WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/17.5. World Health Organization; 2017.
14. Bird R., Gendron P.P. Is VAT the best way to impose a general consumption tax in developing countries? *B. Int. Taxation*. 2006; 60(7): 287–96.