

ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНЫ

HISTORY OF HEALTH CARE AND MEDICINE

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2025



Рагозин А.В., Гришин В.В., Дудник А.И.

Отто фон Бисмарк или Карл Маркс: финансирование медицинских гарантий населению взносами с зарплат или налогом с оборота?

ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации», 125167, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В статье исследуются обстоятельства, которые позволили Советскому Союзу быстро создать в 1920–1930 гг. первую в мире систему всеобщего охвата услугами здравоохранения (universal health coverage, UHC), опередив большинство развитых стран Организации сотрудничества и экономического развития (ОЭСР). При этом если страны ОЭСР создали свои системы UHC в условиях бурного экономического роста в период «золотого века капитализма» (1945–1975 гг.), то достижение UHC в СССР происходило в крайне неблагоприятных экономических условиях. Анализируя успех здравоохранения СССР, авторы делают вывод о важной роли отказа в его финансировании от налогообложения фонда оплаты труда (так называемой системы Бисмарка) в пользу инновационного советского налога с оборота предприятий, источник идей для которого авторы нашли в произведениях К. Маркса и В. Ратенау. Авторы видят перспективы использования советской налоговой инновации в XXI в.

Ключевые слова: всеобщий охват услугами здравоохранения; финансирование; налоги; страховые взносы; влияние на производство; Бисмарк; Маркс

Для цитирования: Рагозин А.В., Гришин В.В., Дудник А.И. Отто фон Бисмарк или Карл Маркс: финансирование медицинских гарантий населению взносами с зарплат или налогом с оборота? *Здравоохранение Российской Федерации*. 2025; 69(2): 175–181. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-2-175-181> <https://elibrary.ru/vkwvfr>

Для корреспонденции: Рагозин Андрей Васильевич, e-mail: avragoza@fa.ru

Участие авторов: Рагозин А.В. — концепция исследования, написание текста, составление списка литературы; Гришин В.В. — сбор и обработка материала; Дудник А.И. — 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 ФГБОУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации».

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

Поступила: 03.12.2024 / Принята к печати: 19.02.2025 / Опубликовано: 30.04.2025

Andrey V. Ragozin, Vladimir V. Grishin, Anna I. Dudnik

Otto von Bismarck or Karl Marx: financing medical guarantees for the population by contributions from salaries or by turnover tax?

Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, 125167, Russian Federation

ABSTRACT

The article examines the circumstances that allowed the Soviet Union rapid creating the world's first universal health coverage (UHC) system in the 1920s and 1930s, ahead of most developed OECD countries. At the same time, while OECD countries created their UHC systems in the context of rapid economic growth during the so-called “golden age of capitalism” (1945–1975), the achievement of UHC in the USSR occurred in extremely unfavourable economic conditions. Analyzing the success of healthcare in the USSR, the authors conclude the refusal to finance it from taxation of the wage fund (the so-called Bismarck system) to be in favour of the innovative Soviet tax on the turnover of enterprises, the authors found the source of ideas for which in the works of K. Marx and W. Rathenau, played an important role. The authors see prospects for using the Soviet tax innovation in the 21st century.

Keywords: Universal health coverage; financing; taxes; insurance premiums; impact on production; Bismarck; Marx

For citation: Ragozin A.V., Grishin V.V., Dudnik A.I. Otto von Bismarck or Karl Marx: financing medical guarantees for the population by contributions from salaries or by turnover tax? *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii / Health Care of the Russian Federation, Russian journal*. 2025; 69(2): 175–181. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2025-69-2-175-181> <https://elibrary.ru/vkwvfr> (in Russian)

For correspondence: Andrey V. Ragozin, e-mail: avragoza@fa.ru

Contribution of the authors: Ragozin A.V. — research concept, writing the text, compilation of the list of literature; Grishin V.V. — statistical data processing; Dudnik A.I. — editing. All authors are responsible for the integrity of all parts of the manuscript and approval of the manuscript final version.

Acknowledgment. The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under a state assignment for the Financial University.

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

Received: December 3, 2024 / Accepted: February 19, 2025 / Published: April 30, 2025

Введение

Первая в мире система всеобщего охвата услугами здравоохранения (universal health coverage, UHC) была создана в СССР, который на много десятилетий опередил большинство развитых стран Организации сотрудничества и экономического развития (ОЭСР) — при этом с минимальными личными платежами населения (табл. 1).

При этом есть существенная разница в условиях создания систем UHC в СССР и в развитых странах ОЭСР, большинство которых достигли UHC в период «славного тридцатилетия» — с момента окончания Второй мировой войны до середины 1970-х гг. В этот период, по данным ООН, среднегодовой темп прироста ВВП в развитых странах ОЭСР составлял около 5,0% ВВП — что было значительно выше относительно низких затрат на здравоохранение в эти годы¹.

¹ Golden age of capitalism. URL: <https://www.un.org/development/dpad/publication/policy-brief-52-the-marshall-plan-imf-and-first-un-development-decade-in-the-golden-age-of-capitalism-lessons-for-our-time/> (дата обращения: 10.10.2024).

Напротив, советская система UHC была создана в труднейший для России период 1920–1930 гг. Экономика страны — в руинах после Первой мировой войны, последующей гражданской войны и иностранных интервенций, деньги обесценены галопирующей инфляцией, массовая безработица, нищета и голод значительной части населения, международная изоляция, недоступность кредитов и внешней торговли из-за отказа СССР платить по царским долгам. Чтобы в этих условиях быстро создать систему UHC, которая гарантировала бесплатность и общедоступность медицинской помощи по всей территории огромной страны, были необходимы налоговые инновации, которые обеспечили интеграцию расходов на здравоохранение с подъёмом экономики.

Как представляется авторам, важную роль в такой интеграции сыграл отказ СССР от финансирования здравоохранения взносами с зарплат — системой, предложенной в XIX в. канцлером Германии Отто фон Бисмарком и оставшейся в истории под его именем, с их заменой инновационным налогом с оборота предприятий, который стал основным источником дохода для здравоохранения и государственного бюджета СССР в целом.

Таблица 1. Поэтапное развитие UHC по странам
Table 1. Phased development of UHC systems by country

Страна Country	Год нормативной общедоступности медицинской помощи большинству или всем группам населения* The year of regulatory universal accessibility of medical care for the majority or all population groups*	1975 г., % охвата медицинскими гарантиями работающего населения** 1975, % of working population covered by medical guarantees**	1989 г., доля личных расходов населения в текущих расходах на здравоохранение, %*** 1989, share of personal expenditures of the population in current expenditures on health care***
СССР USSR	1936	100	3,9****
США USA	Нет данных No data	Нет данных No data	20,5
Ирландия Ireland	Нет данных No data	71	16,8
Нидерланды Netherlands	2006	74	11,2 (1998)
Новая Зеландия New Zealand	2000	Нет данных No data	11,4
Франция France	1999	94	11,7 (1990)
Бельгия Belgium	1994	96	20,7 (2003)
Швейцария Switzerland	1994	100	32,3 (1995)
Германия Germany	1988	72	11,4
Испания Spain	1986	Нет данных No data	19,5 (1991)
Австралия Australia	1984	Нет данных No data	16,1
Канада Canada	1984	Нет данных No data	15,1
Португалия Portugal	1979	Нет данных No data	25,7 (2000)
Италия Italy	1978	91	20,0
Дания Denmark	1973	Нет данных No data	14,8
Австрия Austria	1967	88	17,8 (2000)
Финляндия Finland	1963	Нет данных No data	17,3
Япония Japan	1961	Нет данных No data	14,5 (1995)
Норвегия Norway	1956	100	15,4 (1990)
Швеция Sweden	1955	100	14,5 (2000)
Великобритания United Kingdom	1946	100	11,4 (1990)

Примечание. * Приведён год принятия закона или иной нормы, утверждающей право всех граждан или основной части населения на общедоступность государственных медицинских гарантий на социальное медицинское страхование.
** Tanzi V., Schuknecht L. Public Spending in the 20th Century: A Global Perspective. Cambridge; 2000.
*** В случае отсутствия информации по 1989 г. приведены данные по первому году их доступности.
**** Рассчитано авторами по статистическому сборнику: Финансы и статистика. Охрана здоровья в СССР. М.; 1990.
Note. * Shows the year of adoption of a law or other norm approving the right of all citizens or the majority of the population to public access to state medical guarantees for social health insurance.
** Tanzi V., Schuknecht L. Public Spending in the 20th Century: A Global Perspective. Cambridge; 2000.
*** In the absence of information on 1989, data on the first year of their availability are provided.
**** Calculated by the authors based on the statistical collection: Finance and Statistics. Health protection in the USSR. Moscow; 1990.

Конфликт с экономикой как ключевой недостаток системы Отто фон Бисмарка: рост «налогового клина» в цене труда

Одно из требований к базе доходов всеобщего охвата услугами здравоохранения начинается с определения её базы доходов — её корреляция с интересами производства. В противном случае неизбежен конфликт экономики со здравоохранением: предприятия будут всеми доступными способами уклоняться от отчислений на медицину, обрекая её на недофинансирование. Именно этот недостаток представляется ключевым для конвенциональной сегодня системы финансирования медицинских гарантий за счёт предложенного Бисмарком «налогового клина» в цене труда: социальные отчисления с зарплат + налог на доходы физических лиц (НДФЛ). В странах со страховой моделью это взносы на обязательное медицинское страхование, а в странах с бюджетной моделью важную роль играет удерживаемый из зарплат НДФЛ.

Авторы обращают внимание на то, что они подразумевают под системой Бисмарка не только финансируемые взносами с зарплат страховые модели, но и так называемые бюджетные системы развитых стран, значительную роль в доходах которых играют удерживаемые из зарплат НДФЛ. Данный подход представляется с точки зрения рассматриваемых вопросов допустимым, поскольку в обоих случаях основным источником финансирования выступает «налоговый клин» в цене труда как сумма НДФЛ и социальных отчислений. С точки зрения экономики производства, важна общая величина обязательного к уплате «налогового клина», независимо от того, из чего состоит этот расход, никак не влияющий на производительность труда работников.

Во времена Бисмарка расходы на медицинское страхование были относительно малозначимыми для работодателей. Например, «Закон о медицинском страховании работников» 1883 г. ограничил размер страховых взносов 1,5% заработной платы². В свою очередь, во времена Бисмарка в XIX в. финансирование медицинской помощи за счёт «налогового клина» было вполне сбалансировано с экономикой. Обязательное медицинское страхование было частным благом наёмных работников, частью оплаты их труда, жёстко связанной с трудовыми отношениями. В этих условиях выплаченная в форме полиса медицинского страхования часть зарплаты — производительные затраты на стимулирование труда и лояльность работников. Поэтому сегодня такая система вполне сбалансирована с экономикой в Китае, США и развивающихся странах, где до сих пор нет универсальных медицинских гарантий.

Но времена изменились. Старение населения, развитие медицинских технологий и эпидемия неизлечимых хронических болезней привели к масштабному росту затрат на медицинскую помощь. В результате сегодня ставка взносов обязательного медицинского страхования, например, в Германии составляет 14,6% от зарплат [1]. При этом в «государствах всеобщего благосостояния» медицинские гарантии стали общедоступны для всех — потеряли связь с трудовыми отношениями и превратились в универсальные общественные блага для всех. Соответственно, удержания на медицину из «налогового клина» превратились

Таблица 2. Доля в цене труда непроизводительного «налогового клина» (социальные отчисления + НДФЛ) в зарплате работника (без семьи) в развитых странах ОЭСР* и России** (2022)

Table 2. The share of the unproductive "tax wedge" (social contributions + personal income tax) in the price of labour in the wages of a worker (without family) in developed OECD countries* and the Russian Federation** (2022)

Страна Country	«Налоговый клин», % цены труда "Tax wedge", % of the labour price
Бельгия Belgium	53,0
Германия Germany	47,8
Франция France	47,0
Австрия Austria	46,8
Италия Italy	45,9
Финляндия Finland	43,1
Словения Slovenia	42,8
Швеция Sweden	42,4
Португалия Portugal	41,9
Словакия Slovakia	41,6
Латвия Latvia	40,6
Люксембург Luxembourg	40,4
Чехия Czech Republic	39,8
Испания Spain	39,5
Эстония Estonia	39,0
Греция Greece	37,1
Норвегия Norway	35,7
Дания Denmark	35,5
Нидерланды Netherlands	35,5
Ирландия Ireland	34,7
Япония Japan	32,6
Исландия Iceland	32,5
Канада Canada	31,9
Великобритания United Kingdom	31,5
США USA	30,5
Австралия Australia	26,9
Южная Корея South Korea	24,2
Израиль Israel	23,6
Швейцария Switzerland	23,4
Новая Зеландия New Zealand	20,1
Россия Russia	32,6

Примечание. *OECD. Indexation of labour taxation and benefits in OECD countries. Paris; 2023. **Рассчитано авторами.

Note. *OECD. Indexation of labour taxation and benefits in OECD countries. Paris; 2023. **Calculated by authors.

в непроизводительные издержки экономики, которые никак не влияют на производительность труда и лояльность работников.

В результате сегодня доля непроизводительных затрат на «налоговый клин» в ряде развитых стран в среднем составляет уже половину цены труда, что повышает себестоимость продукции и потребность предприятий в оборотном капитале, снижает эффективность систем оплаты труда (табл. 2).

В результате сегодня значительная часть затрат на оплату труда в развитых странах ОЭСР носит непроизводительный характер, никак не влияя на производительность работников, падает эффективность систем оплаты

² Statistisches Bundesamt Sozialleistungen: Angaben zur Krankenversicherung (Ergebnisse des Mikrozensus). URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Publikationen/Downloads-Gesundheitszustand/krankenversicherung-mikrozensus-2130110199004.pdf?__blob=publicationFile (дата обращения: 10.10.2024)

труда, который давно перестал быть ведущим фактором роста производства в этих странах.

Поэтому реальная медианная заработная плата в развитых странах ОЭСР уже несколько десятилетий не коррелирует с производительностью труда [2]. За падением эффективности систем оплаты труда следуют другие минусы системы, построенной на увеличении цены труда: падение эффективности систем оплаты труда, рост потребности предприятий в оборотном капитале, рост себестоимости продукции, снижение рентабельности трудозатратных производств, налоговое неравенство между отраслями с низкой и высокой долями труда в себестоимости.

Таким образом, использование системы Бисмарка — финансирование медицинских гарантий за счёт роста «налогового клина» в цене труда — негативно влияет на эффективность производства за счёт кумуляции многих факторов. Закономерный результат — конфликт здравоохранения с экономикой. Работодатели стремятся нивелировать свои непроизводительные затраты на медицинские гарантии «для всех», но растущий спрос стареющего населения на услуги здравоохранения требует ровно противоположного — наращивания взносов с зарплат и/или НДС, т. е. роста «налогового клина». Закономерный результат — с одной стороны, замещение труда капиталом. В силу утраты эффективности систем оплаты труда последние несколько десятилетий рост производства в развитых странах ОЭСР поддерживается, во-первых, замещением труда капиталом: инвестиции в основные фонды и технологические инновации, перераспределение рынков стран ОЭСР в пользу капиталоемких фирм с низкой долей труда [2]. Очевидно, такой путь неприемлем для стран с низким и средним доходом, которые испытывают дефицит капитала и рассматривают труд как главный фактор роста производства.

С другой стороны, следствие использования «бисмарковского» финансирования медицинских гарантий за счёт «налогового клина» — закрытие и/или перенос наиболее трудозатратных этапов создания стоимости в странах с низкой налоговой нагрузкой на труд. Это приводит к деиндустриализации стран ОЭСР и России и формирует прямой экономический интерес транснациональных корпораций в том, чтобы в развивающихся странах не появились системы УНС, финансирование которых системой Бисмарка влечёт рост цены труда, угрожая инвестициям. С учётом политического влияния транснациональных корпораций в странах со средним и низким доходом это становится важным препятствием движения этих стран к общедоступной «медицине для всех». Очевидно, что отказ от индустриализации неприемлем для стран с низким и средним доходом.

К сожалению, негативное влияние «бисмарковской» системы финансирования здравоохранения за счёт «налогового клина» в цене труда не были учтены энтузиастами неолиберальных реформ, которые в 1990-е гг. во многом вернули российское здравоохранение в части его интеграции с фискальной системой и экономикой во времена Отто фон Бисмарка [3].

Налоговая инновация СССР как удачный синтез идей К. Маркса, В. Ратенау и советского проекта единого народного хозяйства

Принципиально новое налоговое решение, которое СССР использовал не только для финансирования здравоохранения, но и для всей бюджетной системы, — после налоговой реформы 1930 г. главным источником доходов стал не имеющий аналогов в мире налог с оборота пред-

приятий, который имел ряд принципиальных отличий от «западного» налога на добавленную стоимость как налога на потребление. Представляется, что он стал результатом удачного синтеза нескольких идей. Авторам удалось выделить три таких источника: трудовая теория стоимости Карла Маркса, концепция единого народного хозяйства СССР и идеи немецкого «гения мобилизационной экономики» выдающегося промышленника и государственного деятеля Вальтера Ратенау.

Трудовая теория стоимости К. Маркса. К. Маркс видел в расходах на медицинскую помощь промежуточное потребление — непроизводительные издержки обращения рабочей силы (труда) как товара, который, соответственно, должен быть перенесён на обращение товаров и оплачен за счёт торговой наценки, снижая норму рентабельности.

«Весь мир товаров может быть разделён на две большие части. Во-первых, рабочая сила; во-вторых, товары, отличные от самой рабочей силы. Покупка же таких услуг, которые выражаются в обучении рабочей силы, которые сохраняют её, видоизменяют и т. д., словом, дают ей специальность или же только служат её сохранению, следовательно, например, услуг школьного учителя, поскольку он «промышленно-необходим» или полезен, услуг врача, поскольку он поддерживает здоровье, т. е. сохраняет источник всех стоимостей — рабочую силу, — всё это есть покупка таких услуг, которые дают взамен себя пригодный для продажи товар, а именно рабочую силу, в издержки производства или воспроизводства которой эти услуги входят... при всех обстоятельствах услуги врача принадлежат к *faux frais* производства. Их можно отнести к издержкам по ремонту рабочей силы» [4].

Под понятием «*faux frais* производства» К. Маркс понимал «издержки обращения», затраты, непосредственно связанные с процессами купли-продажи и обращения товаров (в том числе рабочей силы, человеческого капитала), которые сами по себе не добавляют новой стоимости к выпуску. К. Маркс постулирует общественный характер издержек обращения, в том числе расходов на медицинскую помощь, как издержек обращения рабочей силы как товара, обосновывая это единством производства и обращения.

Исходя из единства производства и обращения и того, что издержки обращения не создают добавленную стоимость в процессе производства, К. Маркс приходит к выводу: издержки обращения должны покрываться за счёт доходов от обращения. Для К. Маркса не создающие в процессе производства новой стоимости издержки обращения должны возмещаться не увеличением себестоимости продукции — перекладывая издержки обращения на производство (как это имеет место в Бисмарковской системе), а из добавленной стоимости, созданной торговлей, т. е. из коммерческой маржи. В силу общественного характера издержек обращения, необходимых для работы как промышленного, так и торгового капитала, — эти затраты распределяются между ними, т. е. обобществляются. Тем самым происходит обобществление издержек обращения, покрытие которых удерживается из добавленной стоимости, создаваемой оборотом (торговлей), и распределение между всеми капиталистами.

Из этих теоретических предположений К. Маркса можно сделать следующие выводы:

- рабочая сила (труд) — товар, обращение которого связано в том числе с расходами на его медицинское обслуживание, необходимое для восстановления стоимости труда как товара;

- поэтому расходы на медицинскую помощь следует признать общественно необходимыми непроизводительными издержками обращения труда как товара;
- исходя из логики капиталистического производства, издержки на медицинскую помощь следует финансировать не взносами или налогами с зарплат (включая их в цену труда, увеличивая себестоимость продукции и потребность предприятий в оборотном капитале — как это происходит в системе Бисмарка), а удержаниями из коммерческой маржи, т.е. удержаниями с оборота в процессе обращения товаров.

Создание народного хозяйства СССР как единой экономической системы. Взгляд К. Маркса на медицинскую помощь как непроизводительные издержки обращения рабочей силы, которые следует финансировать удержаниями с оборота, нашёл отражение во взглядах большевиков на построение новой налоговой и бюджетной системы. Читаем одного из создателей институтов советской экономики — Н.И. Бухарина: «Пролетарский государственный механизм превращается в огромную организацию, которая руководит народным хозяйством и с разных сторон обслуживает его. Перед пролетарским государством встаёт вопрос о том, как построить свои доходы на более прочном основании. Таким прочным основанием является само производство... возможно получение косвенных налогов от государственных монополий. Этот вид доходов государства глубоко правилен по существу. Ведь стоимость производства любого продукта, выпускаемого государством, должна включать в себя также издержки по управлению производством. А такое управление и осуществляет пролетарский государственный аппарат. Практически значит, если перевозка пассажиров обходится в миллиард рублей в год, государство может назначить проездную плату в таком размере, чтоб выручить на пассажирском движении миллиард двести миллионов. Если вся изготовляемая мануфактура стоит 5 миллиардов, можно продать её за 6 миллиардов и т. д. — излишек должен идти на содержание государства. Если пролетарское государство превращается в орган управления всем социалистическим хозяйством в целом, то вопрос о его содержании, т.е. наш старый вопрос о бюджете, весьма упрощается. Дело будет идти просто о выделении определённого количества средств на определённый хозяйственный расход» [5].

Проект новой налоговой системы В. Ратенау. В. Ратенау — выдающийся немецкий промышленник, собственник корпорации AEG, экономист и визионер. Когда во время Первой мировой войны Германия столкнулась с жестоким дефицитом ресурсов, В. Ратенау возглавил экономический департамент военного министерства и смог удвоить производство, создав новую систему управления экономикой, построенную на синтезе государственного планового управления с промышленным частным самоуправлением. Многие наработки и идеи В. Ратенау были продиктованы его опытом руководства экономикой в условиях жёсткого дефицита ресурсов и использованы при создании системы отраслевого планирования СССР. В издании в СССР в 1923 г. книге «Новое хозяйство» В. Ратенау пишет о необходимости полностью освободить от налогов производство, заменив его отчислениями с оборота, которые «составят основу государственных доходов, улавливая товары как в первоначальной, так и в дальнейших стадиях производства, тем самым облагая весь оборот страны — но не губят производство, а приспособляются ко всякой его стадии и платёжеспособности» [6].

Советская налоговая реформа 1930 г.: инновационный налог с оборота предприятий и его специфика. Вряд ли можно считать случайным совпадением тот факт, что в соответствии с вышеизложенными рекомендациями В. Ратенау в ходе налоговой реформы 1930 г. более 50 корпоративных налогов, сборов, акцизов и взносов были заменены одним налогом с оборота предприятий³. Именно этот налог стал главным источником наполнения государственного бюджета Советского Союза и финансирования социальных, в том числе медицинских гарантий населению, свёл к минимуму налоги на труд, максимально упростил налоговую систему, создал условия для индустриализации, накопления капитала, высоких темпов роста экономики СССР и борьбы с бедностью в условиях международной изоляции, сохранил стабильность финансов в годы Великой Отечественной войны [7, 8].

Уникальность советского налога с оборота обусловлена его отличиями от современного НДС. Этот налог не закладывался в себестоимость, а уплачивался после поступления денег за поставленную продукцию на счёт предприятия с разницы между отпускными/оптовыми и розничными ценами, т.е. из валовой прибыли. В отличие от НДС, этот налог уплачивался лишь один раз — не вызывая каскада роста цен с перекладыванием фискальной нагрузки на конечных потребителей. В последующем движении сырья, деталей и товаров обязанность уплаты налога появлялась лишь в случае значительных изменений — например, не облагались налогом фасовка и раскрой. Поэтому советский налог с оборота был, по сути, налогом на всю созданную страной валовую добавленную стоимость (выручка за вычетом себестоимости и операционных расходов), уклониться от которого было практически невозможно [9–12]. Соответственно, финансирование медицинских гарантий в Советском Союзе шло не за счёт роста цены труда, себестоимости продукции и удорожания производства (как в странах со страховой моделью Бисмарка) и не за счёт снижения фактических доходов населения и роста потребительских цен (как в западных странах с бюджетной медициной), а за счёт удержания части добавленной стоимости со всех без исключения этапов её создания.

При этом советская налоговая система была весьма гибка и адаптивна. Ставки налога с оборота предприятий были адаптированы к реалиям разных производств в зависимости от их трудозатратности, специфики территорий, требуемой нормы рентабельности и стадии инвестиционного цикла. Предприятия были освобождены от уплаты налога в течение первых 2 лет от начала работы, были рассчитаны и регулярно обновлялись несколько тысяч ставок этого налога для разных производств и товарных групп. Более того, в 1965 г. в ходе «косыгинских реформ» предприятия получили право требовать изменения установленной им ставки налога с оборота для достижения установленной нормы рентабельности, представив соответствующее экономическое обоснование⁴.

В отличие от системы Бисмарка, советская налоговая инновация снижала «налоговый клин» в цене труда, потребность предприятий в оборотном капитале

³ Постановление Центрального исполнительного комитета и Совета народных комиссаров «Положение о налоге с оборота предприятий общегосударственного сектора». Сборник законов СССР 1930 г. № 46. <https://istmat.org/node/50106> (дата обращения 10.10.2024).

⁴ Постановление Совета министров СССР от 30.06.1975 № 572 «Об утверждении положения о налоге с оборота». URL: <https://docs.cntd.ru/document/765709688> (дата обращения 10.10.2024).

и себестоимость продукции, снимала ограничения на материальное стимулирование работников, создавала условия для накопления капитала и быстрой индустриализации, нивелировала налоговые причины теневой экономики. По мнению ряда исследователей, эффективность налоговой системы СССР стала важным фактором быстрого роста трудозатратных производств в стране, отрезанной от мировых рынков капитала [7, 8]. Благодаря налоговой инновации стал возможен одновременный быстрый рост как социальных расходов, так и экономики. Например, за 1930–1940-е гг. доля расходов на здравоохранение в народном доходе СССР (советский аналог валового внутреннего продукта) выросла в 90 раз: с 0,18% в 1931 г. до 16,2% в 1940 г.⁵

Представляется, что советская налоговая альтернатива вполне совместима с рыночной экономикой и является безальтернативным решением для стран со средним и низким доходом, которым необходимо создать и развивать системы УНС в условиях дефицита ресурсов, низкого уровня производства, масштабной теневой экономики и массовой неформальной занятости.

В определённой степени советский налог с оборота предприятий является практической реализацией регулярно обсуждаемой в странах ОЭСР идеи корпоративного подоходного налога на денежные потоки как альтернативы налога на прибыль. Основным принципом этой идеи заключается в том, что компания облагается налогом на чистый денежный поток, полученный от её реальной предпринимательской деятельности [13].

Современные перспективы советской идеи финансирования здравоохранения налогом с оборота

Очевидные преимущества забытой в России советской инновации для стран, нуждающихся в ускоренном экономическом росте, — причина растущего интереса к этой идее прежде всего стран со средним и низким доходом. Например, так с 2003 г. финансируется национальная система медицинского страхования в Гане⁶, где на здравоохранение уходит 2,5 процентных пункта из общей суммы 17,5% НДС — тем самым обеспечивая до 90% бюджета здравоохранения этой африканской страны с низким доходом [14]. «Медицинский НДС» играет важную роль в развитии УНС в Иране [15, 16]. Есть точка зрения, что налоги с оборота — вероятно, наиболее подходящий путь для финансирования здравоохранения в странах с низким и средним доходом [17, 18].

⁵ Рассчитано авторами на основе данных: СССР в цифрах 1935. М.; 1935; Статистический справочник ЦСУ СССР о развитии народного хозяйства СССР в 1920–1955 гг. М.; 1956.

⁶ Adin-Darko D.A. Earmarking in Ghana: Impacts on the Financial Sustainability of the National Health Insurance Scheme. URL: <https://jointlearningnetwork.org/earmarking-in-ghana-impacts-on-the-financial-sustainability-of-national-health-insurance/> (дата обращения: 05.01.2025).

Более системным решением представляется развитие советской идеи финансирования здравоохранения налогом с оборота известным специалистом по теневой экономике профессором Висконсинского университета Е. Feige. Он предлагает заменить налоги и социальные отчисления с зарплат универсальным (обязательным для всех физических и юридических лиц) оборотным налогом на платёжные операции, который автоматически удерживается банком с каждой безналичной транзакции, а также с каждой операции по снятию наличных и их внесению на безналичный счёт; при этом транзакционный налог не включается в цену товара — весьма похоже на советский налог с оборота [19, 20].

Прототип нового налога — целевой налог на финансовые операции для финансирования здравоохранения — прошёл успешное испытание в Бразилии в 1993–2007 гг. Опыт этого пилотного проекта показал, что замена транзакционным налогом сложной, запутанной и зачастую нелогичной системы налогов и социальных взносов может обеспечить максимально широкую налогооблагаемую базу, включив в неё теневую и офшорную экономику, а также неформально занятых и криминальный мир [21].

Выводы

1. Создание в СССР первой в мире системы всеобщего охвата услугами здравоохранения происходило в исключительно неблагоприятных экономических условиях падения производства, масштабной теневой экономики и неформальной занятости, в международной изоляции, в ситуации отсутствия доступа страны к международным рынкам и источникам капитала.

2. Использование в этих условиях конвенциональной системы налогообложения труда Бисмарка было невозможным в силу большого числа недостатков этого подхода, прежде всего в силу роста цены труда и ограничения его производительности.

3. Важную роль в быстром создании советской системы всеобщего охвата услугами здравоохранения сыграла налоговая инновация СССР — отказ от взносов с зарплат в пользу налога с оборота предприятий. Финансирование медицинской помощи налогом с оборота предприятий позволило СССР обеспечить быстрый промышленный рост одновременно с масштабным наращиванием затрат на здравоохранение.

4. Представляется ошибкой решение отказаться от советского подхода финансирования здравоохранения общими налогами с ведущей ролью налога с оборота предприятий в пользу «бисмарковского» финансирования за счёт «налогового клина» в цене труда.

5. Сегодня налицо интерес стран со средним и низким доходом к советской идее финансирования здравоохранения налогом с оборота — что делает актуальным этот подход и для современной России.

ЛИТЕРАТУРА

(п.п. 1–3, 13–21 см. References)

- Маркс К., Энгельс Ф. *Капитал. Том 4: Теории прибавочной стоимости*. М.; 1962.
- Бухарин Н.И., Преображенский Е.А. *Азбука коммунизма: популярное объяснение программы Российской коммунистической партии большевиков*. Екатеринбург; 1919.
- Ратенау В. *Новое хозяйство*. М.; 1923.
- Содномова С.К., Леонтьева Ю.В., Майбуров И.А., Киреев А.П. Исторические аспекты эффективного использования налоговых инструментов для целей индустриализации экономики СССР. *Вестник УрФУ. Серия: Экономика и управление*. 2019; 18(2): 291–313. <https://doi.org/10.15826/vestnik.2019.18.2.015> <https://elibrary.ru/pafhyf>
- Караваева И.В., Мальцев В.А. Приоритеты бюджетной политики в период индустриальных преобразований 1920–1930-х годов. *Финансы и кредит*. 2008; (15): 67–75. <https://elibrary.ru/hvfnjj>
- Бачурин А.В. *Прибыль и налог с оборота в СССР*. М.; 1955.
- Малафеев А.Н. *История ценообразования в СССР: 1917–1963*. М.: Мысль; 1964.
- Майзенберг Л. *Ценообразование в народном хозяйстве СССР*. М.; 1953.
- Ровинский Н.Н. *Государственный бюджет СССР*. М.: Госфиниздат; 1944.

REFERENCES

1. Busse R., Blümel M., Knieps F., Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet*. 2017; 390(10097): 882–97. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
2. OECD. Artificial Intelligence and the Labour Market. Paris; 2023.
3. Shishkin S., Sheiman I. The hard way from the Beveridge to the Bismarck model of health finance: Expectations and reality in Russia. *Front. Public Health*. 2023; 11: 1104209. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1104209>
4. Marks K., Engel's F. *Capital. Volume 4: Theories of Surplus Value [Kapital. Tom 4: Teorii pribavochnoi stoimosti]*. Moscow; 1962. (in Russian)
5. Bukharin N.I., Preobrazhenskii E.A. *ABC of Communism: A Popular Explanation of the Program of the Russian Communist Party of Bolsheviks [Azбука kommunizma: populyarnoe ob'yasnenie programmy Rossiiskoi kommunisticheskoi partii bol'shevikov]*. Ekaterinburg; 1919. (in Russian)
6. Ratenau V. *New Economy [Novoe khozyaistvo]*. Moscow; 1923. (in Russian)
7. Sodnomova S.K., Leontyeva Yu.V., Mayburov I.A., Kireenko A.P. Historical aspects of the effective use of tax instruments for the industrialization of the economy of the USSR. *Vestnik UrFU. Seriya: Ekonomika i upravlenie*. 2019; 18(2): 291–313. <https://doi.org/10.15826/vestnik.2019.18.2.015> <https://elibrary.ru/pafhyf> (in Russian)
8. Karavaeva I.V., Mal'tsev V.A. Priorities of budget policy during the period of industrial transformations of the 1920–1930s. *Finansy i kredit*. 2008; (15): 67–75. <https://elibrary.ru/hvfnjj> (in Russian)
9. Bachurin A.V. *Profit and Turnover Tax in the USSR [Pribyl' i nalog s oborota v SSSR]*. Moscow; 1955. (in Russian)
10. Malafeev A.N. *History of Pricing in the USSR: 1917–1963 [Istoriya tsenoobrazovaniya v SSSR: 1917–1963]*. Moscow: Mysl'; 1964. (in Russian)
11. Maizenberg L. *Pricing in the National Economy of the USSR [Tsenoobrazovanie v narodnom khozyaistve SSSR]*. Moscow; 1953. (in Russian)
12. Rovinskii N.N. *State Budget of the USSR [Gosudarstvennyi byudzhet SSSR]*. Moscow: Gosfinizdat; 1944. (in Russian)
13. King M.A. *The Cash Flow Corporate Income Tax*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 1986.
14. Adisah-Atta I. Financing health care in Ghana: Are Ghanaians willing to pay higher taxes for better health care? Findings from Afrobarometer. *Soc. Sci.* 2017; 6(3): 90. <https://doi.org/10.3390/socsci6030090>
15. The World Bank. Health Financing in Ghana. Geneva; 2012.
16. Sajadi H.S., Ehsani-Chimeh E., Majdzadeh R. Universal health coverage in Iran: Where we stand and how we can move forward. *Med. J. Islam. Repub. Iran*. 2019; 33: 9. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.9>
17. WHO. Tax-based financing for health systems: options and experiences. Geneva; 2004.
18. Bird R., Gendron P.P. Is VAT the best way to impose a general consumption tax in developing countries? *Bull. Int. Taxat.* 2006; 60(7): 287–96.
19. Feige E.L. *Starting Over: The Automated Payment Transaction Tax*. Madison: University of Wisconsin; 2001.
20. Feige E.L. Taxation for the 21st century: the automated payment transaction (APT) tax. *Economic Policy*. 2000; 15(31): 474–511. <https://doi.org/10.1111/1468-0327.00067>
21. Cintra M. Bank transactions: pathway to the single tax ideal A modern tax technology; the Brazilian experience with a bank transactions tax (1993–2007). Available at: https://mpr.ub.uni-muenchen.de/16710/1/MPRA_paper_16710.pdf

Информация об авторах

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, 125167, Москва, Россия. E-mail: avragozin@fa.ru

Гришин Владимир Вадимович, доктор эконом. наук, профессор, гл. науч. сотр. Центра проблем организации, финансирования и межтерриториальных отношений в здравоохранении Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, 125167, Москва, Россия. E-mail: vvgrishin@fa.ru

Дудник Анна Игоревна, канд. эконом. наук, ст. науч. сотр. Института региональной экономики и межбюджетных отношений Финансового университета при Правительстве Российской Федерации, 125167, Москва, Россия. E-mail: aidudnik@fa.ru

Information about the authors

Andrey V. Ragozin, PhD (Medicine), Director of the Center for Problems of Organization, Financing and Interterritorial Relations in Healthcare, Institute of Regional Economics and Interbudgetary Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, 125167, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-4645-8765> E-mail: avragozin@fa.ru

Vladimir V. Grishin, DSc (Economy), Professor, chief researcher, Center for Problems of Organization, Financing and Interterritorial Relations in Healthcare, Institute of Regional Economics and Interbudgetary Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, 125167, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0002-4356-8128> E-mail: vvgrishin@fa.ru

Anna I. Dudnik, PhD, (Economy), senior researcher, Institute of Regional Economics and Interbudgetary Relations, Financial University under the Government of the Russian Federation, Moscow, 125167, Russian Federation, <https://orcid.org/0000-0003-0217-2693> E-mail: aidudnik@fa.ru