

---

*И. Н. Баранов*

## **Российская модель бюджетного федерализма и предоставление общественных благ**

**Классификатор JEL:** H41, H72, H77

**Ключевые слова:** фискальный федерализм, общественное благо, дифференциация регионов

### **Введение**

Проблематика взаимоотношений органов власти различных уровней по поводу разделения экономических функций государства в настоящее время является одной из наиболее популярных тем исследований в экономике общественного сектора. Актуальность данного направления связана с поиском более эффективных механизмов реализации основных экономических функций правительства и пересмотром самого списка такого рода функций.

В целом можно констатировать, что концентрация внимания при рассмотрении экономической политики преимущественно на принятии решений на национальном уровне уходит в прошлое. Часть функций национальных правительств передается международным организациям (ЕС, ВТО, НАТО и другие), что говорит о более эффективном представлении ряда общественных благ на наднациональном уровне, и в то же время происходит процесс передачи ответственности и полномочий принятия решений о предоставлении части благ с национального – на региональный и местный уровни.

Основным достоинством модели децентрализованного правительства считается возможность более полного учета предпочтений

населения при принятии решений о предоставлении различных благ. В принципе, выбор объема предоставления общественного блага всегда представляет собой компромисс между желаниями различных групп индивидов или отдельных индивидов. На национальном уровне снижаются возможности для более адекватного отражения предпочтений в процессе достижения этого компромисса.

Децентрализация может привести и к большему разнообразию в способах производства общественных благ, открывая более широкие возможности для инноваций. Потенциально могут быть созданы лучшие условия для конкуренции между производителями общественного блага. Кроме того, децентрализация может привести к выбору такого объема предоставления благ, который будет наиболее близок к эффективному, поскольку в этих условиях более очевидной становится связь между принятием решения о расходовании средств и необходимостью увеличения налоговых сборов.

Выгоды от производства и предоставления дополнительного объема общественного блага более четко связываются с затратами общества. Но, как отмечал еще У. Оутс [Oates, 1972], эта связь постепенно утрачивается. Доходная часть региональных и местных бюджетов все больше зависит от трансфертов вышестоящих органов власти. Это приводит к снижению ответственности региональных властей за принятие решений по расходованию средств.

Любые расходы государства можно рассматривать как совокупность мандатов, созданных органами власти различных уровней. Мандаты создаются в результате принятия законов и нормативных актов, исполнение которых и вызывает необходимость расходования бюджетных средств.

По сути дела, принятие мандата означает создание государством обязательств по предоставлению определенного блага, будь то чистое общественное благо (национальная оборона, судебная система, санитарный надзор) или чистое частное благо (жилищные субсидии, пенсии и т. п.). Но принятие решения о предоставлении блага определенным органом власти не означает, что этот же орган власти осуществляет его финансирование.

Наиболее острые проблемы, рассматриваемые в контексте системы бюджетного федерализма, получила название нефинансируемых мандатов вышестоящих органов власти. Наличие такого рода мандатов означает, что органами власти вышестоящих уровней

означает, что органами власти вышестоящих уровней принимается законодательное решение о предоставлении гражданам определенного блага, а обязанность выделения средств на обеспечение предоставления данного блага возлагается на орган власти нижестоящего уровня.

Зависимость субъектов РФ от трансфертов федерального правительства и распределения сборов по федеральным налогам, а также разделение функций принятия решений о предоставлении благ и их финансирования между органами власти различных уровней можно считать, по-видимому, ключевыми характеристиками российской системы бюджетного федерализма. Действующая система межбюджетных отношений, в свою очередь, создает определенные стимулы для региональных и местных властей при выборе объемов предоставления частных и общественных благ.

Основной вопрос, рассматриваемый в настоящей статье, – как влияет дифференциация финансового положения регионов на их способность обеспечивать предоставление, производство и финансирование общественных благ?

В первом разделе показывается степень сложившейся дифференциации субъектов РФ по величине доходов и расходов бюджета, отражающая существенно различающиеся возможности регионов финансировать предоставление общественных благ.

Во втором разделе выделяются ключевые характеристики российской модели бюджетного федерализма и показывается как действующий механизм межбюджетных отношений влияет на дифференциацию финансового положения региональных бюджетов.

В следующем разделе обсуждается одна из характерных черт российской системы бюджетного федерализма – ориентация на трансферты как основной механизм межрегионального выравнивания, а также анализируется воздействие трансфертов на стимулы к предоставлению общественных благ региональными властями.

В заключительном, четвертом разделе сделанные выводы иллюстрируются данными о дифференциации регионов с точки зрения предоставления одного из смешанных общественных благ – услуг здравоохранения.

## Дифференциация регионов России по уровню бюджетных доходов и расходов

### *Величина и динамика показателей дифференциации субъектов РФ*

Механизм бюджетного федерализма должен быть построен с учетом реальных проблем, связанных с различиями между регионами. Дифференциация возможностей регионов России в части предоставления общественных благ определяется различиями в доходах консолидированного регионального бюджета на душу населения, а они, в свою очередь, различиями в валовом региональном продукте на душу населения, уровнем собираемости налогов, наличием топливно-энергетических и иных природных ресурсов на территории региона и т. д.

Сначала обратимся к показателям дифференциации регионов по уровню доходов консолидированных бюджетов (табл. 1).

Таблица 1

**Дифференциация регионов РФ по уровню подушевого дохода  
консолидированных бюджетов\***

	1996	2000
Число регионов, в которых показатель подушевого дохода консолидированного бюджета выше среднероссийского уровня	27	21
Число регионов, в которых показатель подушевого дохода консолидированного бюджета ниже 50% среднероссийского уровня	4	25
Децильный коэффициент по числу регионов (9 регионов / 9 регионов)	9,3	10,9
Децильный коэффициент по численности населения	5,4	9,6

\* Источник: рассчитано по данным [Христенко, с. 505–506].

Во-первых, следует отметить, что дифференциация регионов по уровню подушевого дохода консолидированных бюджетов очень вы-

сока. Так, в 2000 году только в 21 субъекте федерации уровень доходов на душу населения был выше среднероссийского уровня, а в 25 регионах подушевой доход был более чем в 2 раза ниже среднероссийского.

Если проранжировать регионы по уровню подушевого дохода консолидированного бюджета, то появится возможность оценить величину дифференциации при помощи децильных коэффициентов.

Разделить регионы на децили можно либо по числу регионов – тогда для 89 субъектов федерации каждый дециль будет включать по 9 регионов, либо по численности населения – когда каждый дециль будет включать регионы, в которых проживает примерно 10% населения страны.<sup>1</sup>

Первый показатель – отношение средневзвешенных по численности населения подушевых доходов консолидированных бюджетов в 9 субъектах федерации с наибольшим значением показателя к доходам 9 субъектов федерации с наименьшим значением показателя – назван в таблице децильным коэффициентом по числу регионов.

Второй показатель, когда регионы ранжируются по величине подушевых доходов консолидированных бюджетов, верхний и нижний дециль образуют регионы с, соответственно, наибольшим и наименьшим значением этого показателя, в которых проживает примерно 10% населения страны, – назван децильным коэффициентом по численности населения. Данный показатель более объективно отражает дифференциацию подушевых доходов, поскольку позволяет «сглаживать» резко выделяющиеся наблюдения, а именно – регионы с крайне высоким или крайне низким показателем подушевого дохода, но малой численностью населения.

Если же считать, что система бюджетного федерализма должна обеспечивать относительное равенство доходов на душу населения всех субъектов федерации, вне зависимости от численности их населения, в связи с практически не различающимися мандатами в части трансфертов населению и предоставления общественных благ, то ключевым с точки зрения анализа различий будет являться децильный коэффициент по числу регионов.

Как видно из приведенных в таблице 1 результатов расчетов, децильный коэффициент по числу регионов составил в 2000 году 10,9, а по численности населения – 9,6. При этом в состав нижнего дециля

<sup>1</sup> Децили можно выделить и по другим параметрам, например по величине ВРП, как это было сделано в работе А. Гранберга и Ю. Зайцевой [Гранберг, Зайцева, 2002].

по численности населения – 9,6. При этом в состав нижнего дециля вошли 9 регионов, а в состав верхнего – 11 регионов.

Во-вторых, дифференциация регионов возросла в период с 1996 по 2000 г. В данном случае сопоставления показывают положение региональных бюджетов и величину дифференциации до и после кризиса 1998 года. Число субъектов федерации с подушевым доходом выше среднероссийского сократилось с 27 до 21, и в тоже время число «крайне бедных» (пользуясь терминологией социальной политики) регионов, подушевой доход бюджетов которых составляет менее 50% от среднероссийского уровня, резко возросло – с 4 до 25. Децильные коэффициенты также возросли, причем коэффициент, рассчитанный с учетом численности населения, возрос с 5,4 до 9,6. Интересно, что сократилось и число регионов, входящих в состав верхнего и нижнего децилей – с 13 и 11 соответственно в 1996 году, до 11 и 9 в 2000 года, что отражает процесс выделения, особенно в послекризисный период, регионов – явных лидеров и явных аутсайдеров.

В данном случае для нас представляет интерес наличие и величина дифференциации, для демонстрации которых достаточно рассчитанных децильных коэффициентов. Более сложные показатели дифференциации, учитывающие разброс подушевых расходов с учетом всех субъектов федерации, а не только входящих в крайние децили, по этой причине не рассчитывались. Такого рода анализ был проведен только для показателя расходов консолидированных бюджетов на душу населения в 2001 году (табл. 2). При средней величине расходов в 1779,1 руб., она варьировалась более чем в 30 раз – от 446,8 до 14021,9 руб.

Таблица 2

**Расходы региональных бюджетов на душу населения в 2001 г.\***

	Среднее значение	Минимальное значение	Максимальное значение
Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на душу населения, руб.	1779,1	446,8	14021,9

\* Источник: рассчитано по данным Министерства финансов РФ об исполнении бюджетов субъектов РФ на 01.01.02.

## Причины углубления дифференциации российских регионов

Безусловно, дифференциация российских регионов возросла за годы реформ, что отмечается многими исследователями. Однако она была весьма значительна и до 1990-х годов. Так, А. Гранберг отмечает, что в 1988 г. максимальный разрыв между территориальными единицами РСФСР по величине национального дохода наблюдался между Тюменской областью и Агинским автономным округом и составил 11 раз. В тоже время, в 1970–1990 гг. разрыв между среднедушевыми расходами населения сокращался – с 5,1 раза между регионами с максимальным и минимальным уровнем дохода в 1970 г. до 3,8 раза в 1990 г. [Региональное развитие..., 2000, с. 50].

Вопрос о причинах столь резкого роста различий в уровне жизни и других базовых социально-экономических показателях в течение последних десяти лет остается в значительной степени дискуссионным.

С нашей точки зрения, не реформы сами по себе углубили разрыв между преуспевающими и бедными регионами, они лишь позволили выявиться этим прежде сдерживаемым различиям. Углубление дифференциации в 1990-е годы произошло не столько за счет разных темпов спада, сколько за счет проявления всегда существовавшей дифференциации регионов, искусственно сдерживаемой (а часто просто закамуфлированной) в советское время.

Основными факторами дифференциации следует считать географическое положение, отраслевую структуру хозяйства, а также социальную структуру и существующие институты. Так, например, сама конструкция действующей налоговой системы ориентирована в основном на поступления от промышленности, а также – от добычи и экспорта природных ресурсов. При столь высокой зависимости бюджетной системы от платежей предприятий топливно-энергетического комплекса высокая степень дифференциации регионов неизбежна.

Если наша гипотеза верна, то дифференциация будет только углубляться в процессе экономического роста. Уже в 1998 году только один регион, Москва, обеспечивала 23,2% совокупных доходов бюджетной системы России. Безусловно, такое положение дел вызвано концентрацией в Москве головных офисов крупнейших компаний топливно-энергетического комплекса, естественных монополий, банков.

Но надо иметь в виду, что концентрация произошла отнюдь не случайно, и, с нашей точки зрения, нельзя считать ее единственной причиной близость к федеральным органам власти. За исключением Москвы и Санкт-Петербурга регионы крайне слабо обеспечены подготовленными квалифицированными кадрами в области управления, существующая инфраструктура в регионах не позволяет надеяться на скорое "рассредоточение" компаний.

Наиболее полное исследование об изменении экономического положения регионов в 1996–2001 гг. провели А. Гранберг и Ю. Зайцев [Гранберг, Зайцева, 2002]. В качестве ключевого показателя они использовали валовой региональный продукт (ВРП). Для целей настоящего исследования интерес представляют следующие три вывода, сделанные авторами:

- Распределение объемов ВРП по субъектам РФ крайне неравномерно и имеет тенденцию к дальнейшей концентрации. Удельный вес первого дециля (в его состав вошли 7 регионов) в объеме ВРП вырос за рассматриваемый период с 35,2 до 47,6%. Первые два дециля (15 регионов) производят две трети (64,2%) суммарного ВРП.
- Распределение регионов по верхним и нижним децилям радикально не меняется. Как правило, изменяется только их место в составе децилей.
- В большинстве регионов рост и снижение физического объема ВРП происходят синхронно. Так, в 1999–2001 гг. экономический рост имел место в 76 из 79 субъектов федерации,<sup>2</sup> исключение составили лишь Камчатская и Магаданская области, а также Республика Марий Эл. По мнению авторов, «это свидетельствует о преобладающем влиянии на динамику ВРП общенациональных, а не специфических региональных факторов» [Гранберг, Зайцева, 2002, с. 10].

Следует согласиться с авторами в том, что более существенным для развития национальной экономики является не различие в темпах роста на 1–1,5% в год на уровне страны, а колебания темпов ростов на уровне регионов. При темпе роста менее 4% на уровне страны, резко возрастает число регионов с отрицательными темпами прироста фи-

<sup>2</sup> Все автономные округа были включены авторами в состав соответствующих краев и областей.

зического объема ВРП. Следовательно, темп роста 4% является минимально достаточным для обеспечения экономического развития большей части регионов страны.

Проведенные нами расчеты, а также выводы А. Гранберга и Ю. Зайцевой, позволяют сделать вывод, что способности регионов финансировать предоставление общественных благ существенно различаются.

### *Дифференциация регионов и выбор между предоставлением частных и общественных благ*

Бюджетные расходы с точки зрения экономических последствий их осуществления можно разделить на две части – трансферты (право принятия решений о направлении расходования средств передается физическим лицам или предприятиям) и собственные расходы (спрос на ограниченные ресурсы предъявляют сами органы власти). В свою очередь, собственные расходы могут быть направлены на предоставление частных и общественных благ. В связи с приведенной классификацией интерес представляет ответ на вопрос, какое из направлений расходования средств является приоритетным при разном уровне бюджетной обеспеченности регионов.

Имеющиеся данные позволяют судить только о направлении расходования средств при росте бюджетной обеспеченности региональных бюджетов. Однако можно предположить, что трансферты населению, являясь, как правило, федеральным мандатом, в наименьшей степени эластичны по уровню доходов бюджетов. Безусловно, есть примеры сокращения или роста трансфертов, являющихся нефинансируемыми или частично финансируемыми федеральными мандатами (например, детских пособий), но они являются скорее исключениями из правила и существенно не влияют на величину доступных средств для собственных расходов.

С другой стороны, выводы уже проведенных исследований позволяют предположить высокую гибкость расходов бюджета на предоставление частных благ по уровню бюджетной обеспеченности.

Так, например, более «богатые» регионы как правило вводят большие региональных мандатов на предоставление льгот отдельным категориям граждан (оплата жилищно-коммунальных услуг, бесплатный проезд на транспорте и т. п.). В относительно обеспеченных ре-

гионах выше и уровень расходов на ЖКХ, транспорт и ряд других частных благ, не связанных с введением региональных мандатов на предоставление дополнительных льгот.<sup>3</sup>

Итак, региональные органы власти при росте бюджетных доходов, как правило, склонны увеличивать в первую очередь расходы на предоставление частных благ. Можно с высокой степенью вероятности утверждать, что приоритет, отдаваемый частным благам с точки зрения направления расходования дополнительных средств региональных и местных бюджетов, а также продолжение процесса дифференциации регионального развития, будут в ближайшие годы проявляться в увеличении асимметрии в предоставлении общественных благ.

## Особенности российской модели бюджетного федерализма

В развитии бюджетного федерализма в Российской Федерации можно выделить два периода: 1991–1998 гг. и с 1999 г. по настоящее время.

Начало первого периода следует отнести к декабрю 1991 года, когда были приняты федеральные законы об основах налоговой системы, бюджетного устройства и бюджетного процесса, т. с. фактически – к моменту появления новой налоговой системы и перераспределения ответственности между центром и регионами за финансирование отдельных отраслей и статей расходов.

А. Лавров делит данный период, в свою очередь, на три этапа:

- 1991–1993 гг. – стихийная децентрализация, рост доли субнациональных бюджетов с 40 до 50–55%, преимущественно договорная основа взаимоотношений с регионами;
- 1994–1995 гг. – упорядочивание финансовых взаимоотношений между центром и регионами, создание Фонда финансо-

<sup>3</sup> В проведенном МЦСЭИ «Леонтьевский центр» исследовании бюджетных расходов на ЖКХ [Социальная защита..., 2002], было показано существенное несовпадение нормативных и фактических расходов на ЖКХ в бюджетах субъектов Федерации. При этом в относительно низкообеспеченных регионах нормативные расходы были выше, а в высокообеспеченных – ниже фактических. Такого рода различия могут быть вызваны стремлением благополучных с точки зрения бюджетной обеспеченности регионов финансировать ЖКХ в избыточном объеме.

- вой поддержки субъектов Федерации (ФФПР) с формализованной процедурой распределения трансфертов, расширение налоговых полномочий региональных и местных властей;
- 1996–1998 гг. – обострение кризиса межбюджетных отношений, усиление субъективизма и политического торга с регионами за финансовые ресурсы [Лавров, 2000, с.7].

Второй период начался с принятием в 1998–1999 гг. Бюджетного и Налогового кодексов и сопровождался реструктуризацией форм перераспределения финансовых средств.

С 1999 г. произошел переход к новой методике распределения средств ФФПР, появились четыре новых фонда помощи региональным бюджетам: Фонд компенсаций, Фонд софинансирования социальных расходов, Фонд реформирования региональных финансов, Фонд регионального развития.

В результате существенный прогресс был достигнут в трех основных направлениях:

- реформирование системы формирования доходов бюджетов (введение закрытого перечня федеральных, региональных и местных налогов в Налоговом кодексе, разграничение налоговых полномочий между федеральным и региональными бюджетами, ликвидация преференциального положения отдельных регионов в части распоряжения сборами федеральных налогов);
- формализация системы федеральной помощи региональным бюджетам, практическая ликвидация переговорной основы предоставления помощи, по крайне мере на уровне отдельных регионов;
- введение единых требований к бюджетному процессу, исполнению бюджета, бюджетной отчетности, консолидация внебюджетных фондов в бюджетах с соответствующим распространением на них бюджетных процедур.

Значительно меньше сделано в двух других приоритетных областях:

- разграничение расходных полномочий между бюджетами всех уровней;

- разграничение полномочий и обязательств всех типов между региональными и местными бюджетами.

Нерешенные проблемы в рамках межбюджетных отношений серьезно влияют на объем предоставления общественных благ, вносят существенные искажения в структуру предоставляемых благ, ведут к неэффективному их производству.

Покажем это при обсуждении особенностей сложившейся модели российского бюджетного федерализма.

### *Преимущественно централизованная система формирования доходов бюджетов.*

Ключевую роль в формировании доходной части бюджетов играют несколько налогов и сборов, отнесенных Налоговым кодексом к федеральным: налог на добавленную стоимость, налог на прибыль, налог на доходы физических лиц, акцизы, таможенные пошлины. Именно федеральное правительство принимает решение, в какой мере оно готово передать часть или весь сбор по какому-либо из перечисленных налогов регионам.

Централизованная система формирования доходов бюджета более экономична и удобна с точки зрения налогообложения бизнеса и граждан – налоговые базы и от части ставки унифицированы. Но, в то же время, она изначально создает ситуацию зависимости региональных бюджетов от федерального, сужает возможности проведения ответственной региональной экономической политики, основанной на сопоставлении доходов, собранных в части установленных региональными властями налогов, и желаемых расходов региональных бюджетов.

Несмотря на принятие Бюджетного и Налогового кодексов, т. е., по сути дела, на проведение реформы в этой сфере, соотношение расходов федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов Федерации практически не изменилось (табл. 3), что говорит о том, что расходные мандаты и система их финансирования оказываются, видимо, менее гибкими, чем формирование и перераспределение доходной базы бюджетов.

Таблица 3  
Величина и структура расходов по уровням бюджетной системы РФ,  
1997–2000 гг.\*

Годы	Федеральный бюджет		Консолидированные бюджеты субъектов РФ		Всего по бюджетной системе	
	Расходы, млн руб.	Доля в совокупных расходах, %	Расходы, млн руб.	Доля в совокупных расходах, %	Расходы, млн руб.	Доля в совокупных расходах, %
1997	409284	48,1	441199	51,9	850483	100
1998	388926	49,3	400322	50,7	789248	100
1999	664673	51,5	624968	48,5	1289641	100
2000	1019116	50,5	997512	49,5	2016629	100

\* Источник: рассчитано по данным отчетности об исполнении федерального бюджета РФ Министерства финансов РФ, а также – [Христенко, с. 559].

Централизация системы формирования доходов бюджетной системы усугубляется постоянно проводимыми перераспределениями как регулирующих, так и закрепленных источников доходов без соответствующего перераспределения полномочий и часто – как ответная реакция на рост или уменьшение доходов нижестоящих бюджетов. В результате, нижестоящие органы власти не имеют стимулов к увеличению доходной базы – ее рост может привести к сокращению отчислений от регулирующих источников доходов. В свою очередь, искается и выбор между направлением полученных доходов на финансирование трансфертов, частных и общественных благ.

Данный фактор продолжает действовать на уровне региональных бюджетов, хотя сила его воздействия в последние 2–3 года, конечно, значительно ниже, чем в начале и середине 1990-х гг. в результате относительной стабильности распределения источников доходов. Но его действие в полной мере продолжает ощущаться на уровне местных бюджетов.

Анализ воздействия бюджетных стимулов, связанных с формированием доходов бюджетов крупных городов, на предоставление общественных благ был проведен Е. Журавской [Журавская, 1998].

В использованной в работе модели Е. Журавская оценивала бюджетные стимулы по бинарной шкале: +1, если изменение собственных и регулирующих источников доходов имеет один знак; -1, если знаки противоположные, т. е. при росте собственных доходов сокращаются регулирующие.

Последствия действия бюджетных стимулов следует оценивать как среднесрочные (3–5 лет), но, к сожалению, имеющиеся данные позволили провести анализ по 35 городам только за два года. Предпосылки исследования следующие: мэр города решает задачу максимизации уровня предоставления общественных благ, уровня регулирования частного бизнеса (исходя из простейшего мотива – чем более строгое регулирование, тем больше полученная им сумма взяток) и суммы доходов бюджета, которую он использует в личных целях. В реальности – и процесс принятия решений, и система мотивации всех его участников, конечно, значительно более сложные.

Следует согласиться с предложенной автором альтернативной трактовкой последнего параметра не как расхищенных доходов бюджета, а как субсидий малоэффективным предприятиям, с помощью которых покупаются голоса маргинальных избирателей, в то время как расходы на общественные блага (образование и здравоохранение в предложенной модели) могут привлечь голоса средних избирателей [Журавская, 1998, с. 11–12].

Полученные автором результаты достаточно интересны: 90 копеек из каждого дополнительного рубля собственных доходов городов изымается региональной администрацией путем снижения регулирующих налогов и трансфертов, но влияние бюджетных стимулов на уровень и эффективность расходов на здравоохранение относительно невелико. Разница в расходах на здравоохранение на душу населения между городами с положительными и отрицательными бюджетными стимулами составила 11,6%, а показатель младенческой смертности, выбранный в качестве индикатора эффективности расходов, отличается на 5%.

Данная разница может объясняться тем, что политически более мощные города (как правило – столицы регионов) имеют возможность обеспечить себе положительные бюджетные стимулы, влияя на региональную администрацию, и в них же, как правило, – более высокая концентрация ресурсов здравоохранения (клиники, врачи и т. п.), что дает возможность добиваться более высокой эффективности расходов.

По крайней мере, с нашей точки зрения, можно говорить о том, что расходы на здравоохранение на уровне городов не слишком чувстви-

тельны к бюджетным стимулам администрации, и, вероятно, в большей степени определяются необходимостью финансирования имеющейся сети учреждений.

### *Незавершенность разделения сфер ответственности и расходных полномочий между органами власти различных уровней*

Конституция РФ в достаточно общих чертах определяет распределение полномочий органов власти различных уровней. Здравоохранение, например, относится к сфере совместной компетенции федеральных и региональных властей. Сложившееся в настоящее время разделение полномочий – скорее дань традиции, чем результат анализа оптимального распределения функций.

### *Разделение процессов предоставления благ и их финансирования между органами власти различных уровней.*

Принятие решения о предоставлении определенного блага обычно характеризуется как создание мандата. В качестве примеров можно привести: отдельные социальные программы, предоставление льгот отдельным категориям населения, обязательное школьное образование, обязательный минимум медицинских услуг, оказываемых бесплатно в рамках системы ОМС, и т. п.

Характерной особенностью российской системы межбюджетных отношений является наличие так называемых нефинансируемых или частично финансируемых мандатов, когда федеральные власти, например, принимают решение о предоставлении определенного блага (например, предоставление бесплатных лекарственных средств определенным категориям населения), одновременно возлагая ответственность за его своевременное предоставление – на региональные или местные органы власти. При этом финансировать полностью или частично дополнительно созданное обязательство (мандат) федеральных властей обязаны субъекты Федерации или органы местного самоуправления.

Лишь в последние два года федеральное правительство взяло на себя обязательство по компенсации регионам расходов на наиболее

значительные по стоимости мандаты, создав Фонд компенсаций и Фонд софинансирования социальных расходов.

Отметим, что записанное в Конституции право граждан на бесплатное медицинское обслуживание также представляет собой нефинансируемый федеральный мандат, расходы на исполнение которого частично компенсируются при расчете трансфертов из Фонда финансовой поддержки регионов.

### *Наличие нескольких каналов финансовых потоков между федеральным правительством и регионами.*

Взаимодействие между федеральным и региональными органами власти осуществляется не только в части разделения налогового сбора, но и – финансовых потоков, связанных с внебюджетными фондами, федеральными дотациями, трансфертами и субвенциями, а также прямыми расходами федерального бюджета в регионах (например, при реализации федеральной инвестиционной программы в части финансирования федеральных учреждений и их сотрудников в регионах, федеральных социальных программ и т. п.).

В результате наличия "непрозрачных" финансовых потоков (к таким, безусловно, надо в первую очередь отнести расходы федеральных и, особенно, региональных и местных внебюджетных фондов), крайне проблематично определить чистый финансовый баланс региона, т. е. выяснить, является ли регион донором или реципиентом. Обычно к донорам относят 10–15 регионов, считая, что остальные являются чистыми реципиентами, что, в свою очередь, оправдывает существенное перераспределение доходов через федеральный бюджет и наличие множества федеральных программ.

Эта оценка делается только на основе числа регионов, не получающих трансферты федерального правительства, что явно приводит к неверным выводам.

Попытки получить более надежные результаты предпринимались целым рядом авторов, но наиболее масштабным оказался комплексный анализ баланса финансовых потоков, проведенный в 1999 и 2000 гг. Институтом «Восток–Запад» под руководством А. М. Лаврова [Федеральный бюджет и регионы, 1999; Федеральный бюджет и регионы, 2001].

В этом уникальном для России исследовании были учтены не только трансферты, но и расходы внебюджетных фондов, а также прямые расходы федерального бюджета. В частности было показано, что на протяжении 1996–1998 гг. существовало 26 регионов-доноров, неустойчивыми донорами (донорами в отдельные годы) являлись еще 14 субъектов Федерации [Федеральный бюджет и регионы, 1999, с. 33]. Интересно, что в регионах – стабильных донорах проживало 49,5% населения страны, а в регионах – стабильных реципиентах – только 32,5% [Федеральный бюджет и регионы, 1999, с. 25].

Наличие множества каналов финансовых потоков наблюдается и при финансировании отдельных общественных благ. Так, например, многоканальная система финансирования региональных программ здравоохранения. Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования и Министерство здравоохранения имеют собственные фонды, предназначенные для выравнивания обеспеченности финансами ресурсами региональных программ здравоохранения: в виде выравнивания обеспеченности территориальных фондов ОМС в первом случае, и финансовой помощи бюджетам других уровней – во втором. Но, помимо Министерства здравоохранения, федеральные расходы на здравоохранение проходят через сохранившиеся с советских времен ведомственные системы медицинской помощи целого ряда министерств и, в итоге, также оказываются в регионах.

В настоящий момент сколь-либо полные данные о распределении всех расходов федерального бюджета на здравоохранение по регионам отсутствуют. Эта ситуация типична и для других видов общественных благ.

### **Трансферты как инструмент межрегионального выравнивания и их воздействие на стимулы к предоставлению общественных благ**

Одной из характерных черт российской системы бюджетного федерализма является ориентация на трансферты как основной механизм межрегионального выравнивания. В свою очередь, предоставление федеральной помощи регионам оказывает достаточно значимое влияние на объем и структуру предоставляемых общественных благ.

Федеральное правительство имеет возможность выравнивать финансовое положение регионов для предоставления ряда общественных благ в гарантированном объеме путем, с одной стороны, разделения источников доходов (в первую очередь налоговых) между собой и региональными правительствами, и, с другой стороны, выделения трансфертов из федерального бюджета.

Признаки децентрализации полномочий и одновременной децентрализации ответственности можно было наблюдать при обсуждении бюджета на 2001 год, когда федеральное правительство передало регионам дополнительные источники дохода, а также делегировало ответственность за финансирование ряда крупных социальных программ. Однако данный процесс нельзя назвать последовательным и систематическим. Федеральное правительство сохраняет за собой перераспределительные функции и основным инструментом выравнивания остаются трансферты.

Как следует относиться к росту значимости межбюджетных трансфертов? Рассмотрение их как формы перехода к централизованному расходованию средств сменилось пониманием трансфертов (особенно в форме целевых грантов или целевых трансфертов) как общей ответственности центрального и регионального (местного) правительства за предоставление общественных благ.

Межбюджетные трансферты призваны выравнивать вертикальный и горизонтальный дисбаланс в доходах органов власти различных уровней. Под вертикальным дисбалансом понимается наличие существенных дефицитов региональных бюджетов и профицита центрального бюджета в случае, если какие бы то ни было трансферты отсутствуют. Под горизонтальным дисбалансом имеются в виду различия в способности региональных властей покрыть все расходы на счет собственных источников дохода в случае, если трансферты отсутствуют.

Выравнивание доходов регионов относительно их расходов в целом может быть достигнуто при помощи межбюджетных трансфертов и займов региональных властей. Под трансфертами принято понимать как прямое перечисление средств из федерального бюджета или федеральных внебюджетных фондов регионам (в Российской Федерации подразделяемые на субсидии, дотации, субвенции, трансферты в узком смысле слова), так и долю совместных федерально-региональных налогов, поступающую прямо в бюджеты регионов.

Трансферты (в англоязычной терминологии – гранты) принято подразделять на нецелевые – направленные на снижение дефицита бюджета нижестоящего органа власти, и целевые, – призванные про-

финансирует определенную программу, реализуемую региональными или местными властями.

По сути дела, оба вида грантов направлены на погашение дефицита бюджетов регионов. Во втором случае средства выделяются, как правило, на реализацию определенной федеральной программы или достижение заданного федеральными властями стандарта в определенной области (например, предоставление медицинской помощи). Дефицит регионального бюджета становится в определенной степени вынужденным, поскольку расходование существенной части средств определяется правилами и обязательствами, возникшими по федеральным законам.

Хотя целевые гранты с теоретической точки зрения кажутся более предпочтительными, практически очень сложно организовать требующуюся систему мониторинга за потребностью региона в предоставлении средств и за их целевым расходованием. Практика показывает, что даже целевые дотации на выплату заработной платы, особо контролируемые федеральными властями, часто использовались не по назначению. Широко известны также примеры с нецелевым использованием ряда траншей так называемого «угольного займа» Мирового Банка (заем на реструктуризацию угольной отрасли).

Но, тем не менее, в будущем применение целевых грантов должно быть расширено, и правительству необходимо проводить последовательно жесткую политику в управлении ими, создавая соответствующие механизмы мониторинга.

К недостаткам целевых грантов относят возможность использования ресурсов в соответствии с приоритетами центрального правительства, а не предпочтениями жителей регионов.

Блоковые гранты выделяются для финансирования определенного направления расходов (образования, здравоохранение, транспорт), а не узкой программы. Они занимают промежуточное положение между целевыми и нецелевыми грантами.

Далее анализируются действовавшие в Российской Федерации механизмы выравнивания и последствия их применения.

В 1991–1993 гг. предоставление дотаций региональным бюджетам носило достаточно хаотичный характер и определялось, по сути, в процессе переговоров (а часто и торга) с органами власти субъектов Федерации.

Начиная со II квартала 1994 года основным механизмом выравнивания, под которым на практике понималось приведение доходов региональных бюджетов в соответствие с уровнем расходов, являются

трансферты из Фонда финансовой поддержки субъектов РФ (ФФПР). Первоначально расчет трансфертов велся таким образом, чтобы повысить собственные доходы субъектов федерации, скорректированные на индекс бюджетных расходов, до единого уровня, определяемого общим объемом Фонда.

Применявшаяся на начальном этапе действия ФФПР схема определения трансфертов имеет целый ряд существенных недостатков с точки зрения выравнивания уровня предоставления общественных благ:

- Величина трансфертов и, следовательно, располагаемых финансовых ресурсов на финансирование общественных благ, корректировалась по среднему уровню доходов для регионов данного экономического района. Однако регионы в пределах одного экономического района различаются столь существенно, что их нельзя считать даже приблизительно однородными.
- Объем общественных благ, которые хотел предоставить получающий трансферт регион, имел тенденцию к завышению, поскольку величина трансфертов и, соответственно, получаемых из федерального бюджета ресурсов, зависела от фактических расходов в прошлые периоды. Низкий уровень душевых бюджетных доходов часто имеют регионы, прилагающие недостаточно усилий для увеличения собственных доходов. Возможность получения федерального трансфера без ужесточения собственной налоговой политики приводила к ослаблению связи между платежами населения и предприятий и требуемым уровнем предоставления общественных благ.

Описание системы финансовой помощи регионам в 1991–1998 гг. представлено во множестве публикаций. Одно из наиболее основательных исследований влияния федеральных трансфертов на принятие решений органами власти субъектов Федерации в начальный период становления новой системы межбюджетных отношений (1992–1995 гг.) было проведено Л. Фрейнкманом и М. Хэни [Freinkman, Haney, 1997]. Было отмечено, что при резком сокращении субсидий народному хозяйству (которые мы можем интерпретировать как, по большей части, расходы на частные блага),<sup>4</sup> выделяемых напрямую

<sup>4</sup> Правда, частично субсидии на народное хозяйство представляют собой скрытое субсидирования производства тех же общественных благ. Так, субсидии местной энерго-

федеральным бюджетом (2,17% ВВП в 1995 г. против 41,48% в 1992 г.), субсидии региональных бюджетов резко возросли (5,23% в 1995 г. в сравнении с 3,38% в 1992 г.).

Выделение субсидий из бюджетов регионов рассматривалось в работе как модель балансирования спроса и предложения. Спрос на субсидии зависит от потребности экономических агентов в помощи в условиях экономического кризиса и от воздействия сформированных ими групп интересов на принятие решений региональными органами власти. Предложение субсидий определяется в основном имеющими бюджетными ограничениями, интенсивностью действий групп давления и структурой собственных предпочтений региональных властей. Из показателей, характеризующих здравоохранение, на стороне спроса использовалась продолжительность жизни, а на стороне предложения – число врачей и число больничных коек на 10000 населения.

Авторы приходят к выводу, что бюджетные социальные расходы региональных властей (предоставление общественных благ) были менее эластичны, чем расходы на народное хозяйство [Freinkman, Haney, 1997, с. 17]. Федеральные трансферты в 1993 и 1995 гг. лишь незначительно снижали неравенство в уровне доходов регионов на душу населения, а в 1992 и 1994 гг. – увеличивали его. При этом рост субсидирования экономики за счет бюджетов субъектов РФ обнаруживает положительную связь с величиной предоставленных федеральных трансфертов. При росте собственных доходов или получении федеральных трансфертов региональные органы власти в первую очередь увеличивали расходы на дотации ЖКХ, промышленности, транспорту и сельскому хозяйству.

Таким образом, реальным приоритетом региональных властей в первой половине 1990-х гг. было предоставление дотаций, связанных с производством частных благ, при относительно менее эластичных по уровню бюджетных поступлений расходах на предоставление чистых и смешанных общественных благ (таким как здравоохранение и образование).

С 1999 года финансовая помощь органам власти других уровней оказывается в условиях действия Бюджетного и Налогового кодексов, однако основным ее каналом остаются специально образованные фонды.

---

системе приводят к установлению более низких тарифов для бюджетных потребителей электро- и теплоэнергии.

В настоящее время насчитывается пять фондов: Фонд финансовой поддержки субъектов РФ, Фонд компенсаций, Фонд софинансирования социальных расходов, Фонд регионального развития и Фонд реформирования региональных финансов.

Фонд финансовой поддержки субъектов федерации формируется в целях выравнивания бюджетной обеспеченности региональных бюджетов. Распределение средств Фонда с 2001 года происходит на основе сопоставления индекса налогового потенциала и индекса бюджетных расходов субъектов Российской Федерации и проведения выравнивания бюджетной обеспеченности в два этапа: сокращение отставания субъектов Российской Федерации от среднего уровня бюджетной обеспеченности (80% средств ФФПР) и повышение уровня бюджетной обеспеченности наименее обеспеченных регионов до минимально гарантированного при заданном объеме ФФПР уровня.

Фонд компенсаций (ФК) в федеральном бюджете образован в целях обеспечения финансирования на всей территории Российской Федерации установленных федеральными законами социальных пособий и льгот (категориальных мандатов), подлежащих выплате или возмещению из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации. Распределение средств Фонда компенсаций между субъектами Российской Федерации проводится пропорционально численности соответствующих категорий населения и нормативных расходов на реализацию включенных в Фонд компенсаций расходов. Это позволяет обеспечить равный доступ граждан к социальным гарантиям на всей территории Российской Федерации.

Фонд софинансирования социальных расходов (ФССР) был создан в 2001 году и в настоящее время аккумулирует средства, направляемые в качестве финансовой помощи региональным органам власти, на две цели: компенсацию дополнительных расходов бюджетов в связи с введением новой тарифной сетки для работников бюджетной сферы и дотации на возмещение расходов по предоставлению адресных жилищных субсидий населению. Целью ФССР, в отличие от Фонда компенсаций, является, таким образом, софинансирование универсальных социальных мандатов.

Структура финансовой помощи, предоставленной федеральным бюджетом в 1 полугодии 2002 года, представлена в таблице 4.

Таблица 4  
Финансовая помощь бюджетам других уровней в I полугодии 2002 г.\*

Направление расходов	Уточненная распись на I полугодие 2002 г., млн. руб.	Доля средств в структуре финансовой помощи, %
Финансовая помощь бюджетам других уровней – всего	156 159,3	100
Федеральный фонд финансовой поддержки субъектов РФ, в т. ч.:	91 582,1	58,6
Дотации на выравнивание уровня бюджетной обеспеченности	84 008,0	53,8
Дотации и субвенции	10 776,1	6,9
Фонд софинансирования социальных расходов	8 389,0	5,3
Фонд компенсаций, субсидий	21 436,2	13,7
Фонд регионального развития, субсидии	4 206,0	2,7

\* Источник: данные Министерства финансов РФ (исполнение федерального бюджета за январь – июнь 2002 г. (предварительная оценка) на основании данных о финансировании).

Как видно из данных таблицы, крупнейшим фондом, обеспечивающим перераспределение средств из федерального в региональные бюджеты, является Фонд финансовой поддержки субъектов РФ, на который приходится 58% всего объема финансовой помощи бюджетам других уровней. Фонды, обеспечивающие целевое финансирование федеральных мандатов – Фонд компенсаций и Фонд софинансирования социальных расходов – существенно отстают от ФФПР по объему перераспределяемых средств, на них приходится 13,7 и 5,3% финансовой помощи соответственно.

Средний объем помощи, полученной регионами через Федеральный фонд финансовой поддержки субъектов Федерации в 2001 г., составляет 1657 млн руб. (табл. 5).

Резко выделяется на фоне остальных регионов Республика Дагестан, объем помощи которой из средств ФФПР составил 9,5 млрд. руб. К числу других регионов, получающих достаточно большой объем помощи (свыше 4,5 млрд. руб.), относятся Ростовская и Читинская области, Алтайский и Приморский край, Республики Бурятия и Саха (Якутия). Восемнадцать регионов не получали помощи за счет средств ФФПР.

Таблица 5

**Финансовая помощь регионам  
за счет средств федеральных фондов в 2001 г., млн руб.\***

	Среднее значение	Стандартное отклонение	Минимальное значение	Максимальное значение
Помощь через ФФПР, млн руб.	1657,2	1717,0	0	9533,4
Помощь через ФССР, млн руб.	144,4	123,8	0	516,5
Помощь через ФК, млн руб.	442,5	371,7	14,3	2373,8

\* Источник: рассчитано по данным Министерства финансов РФ об исполнении федерального бюджета за 2001 г.

Из относительной значимости фондов для бюджетов регионов и правил предоставления помощи вытекает их возможная роль в создании системы стимулов для региональных властей в рационализации собственных расходов и проведении реформ, в том числе в сфере предоставления общественных благ.

Наиболее крупный и, соответственно, значимый для региональных бюджетов фонд – ФФПР – является нецелевым. Органы власти субъектов федерации, как уже было показано, предпочитают при росте доходов своих бюджетов, в том числе за счет федеральной помощи, увеличивать предоставление частных благ, а не общественных. Правила предоставления помощи не предусматривают никаких стимулов для региональных властей к более эффективному предоставлению общественных благ.

Фонд компенсаций и Фонд софинансирования социальных расходов, призванные обеспечить выполнение федеральных социальных мандатов, на деле не покрывают всей стоимости созданных федеральными властями мандатов, и также, по сути, являются нецелевыми – средства поступают в бюджет субъекта федерации и далее могут расходоваться на иные нужды.

## Дифференциация регионов и предоставление услуг здравоохранения

### *Система мандатов на предоставление услуг здравоохранения.*

Традиция предоставления услуг здравоохранения в СССР и России предполагает их значительную унификацию. По крайней мере, с точки зрения ресурсного обеспечения (число врачей, больничных коек, мощность поликлиник на 10000 населения). Поставщиком бесплатной медицинской помощи фактически было даже не республиканское, а союзное правительство, а ее предоставление осуществлялось по единым стандартам.

Безусловно, возможности регионов не были равными в части обеспечения соблюдения единых стандартов, что и создавало региональную дифференциацию качества услуг. Дополнительная дифференциация стандартов помощи осуществлялась на уровне отдельных ведомств и предприятий, имевших собственные учреждения здравоохранения. Производителями услуг являлись местные (региональные) власти, которым принадлежали и подчинялись учреждения здравоохранения, а также медицинские учреждения ведомств и предприятий. Финансирование, как правило, осуществлялось на тех же уровнях, что и производство. Типичной чертой советской системы здравоохранения было совмещение функций органов управления здравоохранением и поставщиков (производителей) услуг.

Традиции централизации сказываются и в настоящее время. В частности, в настоящих требованиях разработки детальных федеральных стандартов предоставления бесплатной медицинской помощи.

Это характерно не только для здравоохранения, но и для других отраслей общественного сектора, хотя эффективность стандартов, даже если они будут разработаны, неочевидна вследствие различий как ресурсного обеспечения здравоохранения (преимущественно – на качественном уровне: например, не количество врачей на 10000 населения, а уровень их квалификации; наличие не просто коек, а оборудованных современных клиник и т. п.), так и предпочтений населения.

Из сказанного выше не следует, что в Российской Федерации существует только лишь федеральный универсальный мандат на предоставление определенного минимального набора услуг в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), по сути представляющего собой систему социальной защиты с характеристиками смешанного общественного блага. Имеется и целый ряд категориальных мандатов на федеральном уровне, существующих в силу традиции и лоббистских возможностей отраслевых ведомств.

Речь идет о сохранении медицинских организаций при отдельных федеральных министерствах и ведомствах (Минобороны, МПС, Управление делами Президента, Минатоме и ряде других). Работники данных ведомств имеют дополнительные преимущества при получении медицинской помощи, а медицинские учреждения федерального подчинения предоставляют, как правило, услуги более высокого качества, чем в среднем учреждения регионального подчинения.

Органы власти субъектов РФ также могут вводить собственные мандаты. В первую очередь, это связано с принятием территориальной программы ОМС. Поскольку федеральный стандарт предоставления помощи в рамках ОМС не содержит сколь-либо четких указаний, в каком объеме помощь может быть представлена, территориальные программы (часто, впрочем, столь же обтекаемые по содержанию) собственно и призваны сформулировать, в чем состоит мандат. По причине отсутствия федеральных требований к предоставлению помощи в системе ОМС не представляется возможным сказать, выполняют ли регионы в точности федеральный мандат, или региональный мандат шире федерального.

Регионы принимают и категориальные мандаты, хотя они и не получили широкого распространения.

Кроме того, региональные власти по факту субсидируют существующую сеть учреждений здравоохранения, опасаясь проведения непопулярной среди медицинских работников структурной реформы. Превышение расходов на здравоохранение над уровнем цен, которое могло бы осуществляться в этой отрасли при условии проведения реформ, можно также рассматривать как скрытый региональный мандат.

## Организация финансирования услуг здравоохранения.

В Российской Федерации сосуществуют две параллельные системы финансирования здравоохранения – за счет прямых расходов бюджетов и за счет средств обязательного медицинского страхования.

Система ОМС представлена Федеральным фондом и территориальными фондами. Источником ее финансирования является часть единого социального налога – налога на заработную плату, уплачиваемого предприятиями. В территориальный фонд по месту нахождения предприятия вносятся сборы по ставке 3,4%, а в федеральный фонд – по ставке 0,2% от начисленной заработной платы.

Данная схема не менялась в течение последних ряда лет, создавая существенную дифференциацию доходов территориальных систем ОМС. Регионы с высоким уровнем оплаты труда и значительной концентрацией головных офисов крупнейших компаний заведомо имеют существенное преимущество в финансировании своих программ ОМС.

Федеральный фонд ОМС использует полученные средства для реализации собственных программ (как правило, связанных с предоставлением общественных благ и имеющих значительные межрегиональные внешние эффекты, такие, как программа борьбы с инфекционными заболеваниями и программа развития самой системы медицинского страхования), а также – для выравнивания обеспеченности территориальных программ ОМС.

В настоящее время выравнивание производится в крайне ограниченных объемах, но данную деятельность планируется развивать за счет изменения доли отчислений в территориальные и федеральный фонды.

Территориальные фонды используют средства непосредственно для финансирования программы ОМС в регионах.

Собственно бюджетные расходы на здравоохранение осуществляются за счет налоговых (кроме ЕСН)<sup>5</sup> и неналоговых доходов бюджетов соответствующих уровней. При этом основную нагрузку несут бюджеты субъектов РФ и местные бюджеты – их доля в совокупных бюджетных расходах на здравоохранение и физическую культуру<sup>6</sup> варьировалась с 1997 года от 87 до 91%, в то время как вклад федерального бюджета ограничивался, соответственно, 9–13% (табл. 6).

Следует обратить внимание, что, по крайней мере, в период с 1997 года относительные доли федерального и консолидированных региональных бюджетов в финансировании расходов на здравоохранение практически не менялись. Расходы на здравоохранение и физическую культуру составляют существенную часть расходов консолидированных бюджетов субъектов Федерации – около 14%. Эта величина также практически не варьировалась за рассматриваемый период, хотя абсолютная величина расходов изменилась более чем в 2 раза. Это означает, что эластичность расходов консолидированных региональных бюджетов на здравоохранение по величине общих бюджетных расходов близка к единице.

Здравоохранение не воспринимается региональными и местными властями ни как приоритет (тогда бы эластичность была выше единицы, расходы на здравоохранение росли бы более высокими темпами, чем суммарные бюджетные расходы), ни как своеобразный аналог товара первой необходимости с точки зрения органов власти (расходы росли бы более низкими темпами, чем суммарные расходы бюджета). Требуется, однако, проверить, верна ли эта зависимость для отдельных регионов, а не для всей их совокупности.

Доля расходов на здравоохранение и физическую культуру после падения в 1998 году также изменялась крайне незначительно – от 1,46 до 1,75% расходов федерального бюджета, увеличившись в абсолютном выражении с 1998 по 2003 год в 7 раз.

<sup>5</sup> ЕСН представляет собой маркированный налог со строго целевым использованием сборов.

<sup>6</sup> Здравоохранение и физическая культура относятся к одной статье функциональной классификации расходов бюджетов. Здесь и далее суммарные сведения по здравоохранению и физической культуре приводятся в случае невозможности по опубликованным данным разделить две отрасли. Сделанные выводы, однако, не изменятся, поскольку расходы на физическую культуру по доступным данным не превышают 5% от расходов на здравоохранение.

Таблица 6

**Величина и структура расходов на здравоохранение и физическую культуру (З и ФК)  
по уровням бюджетной системы РФ, 1997 – 2003 гг.\***

Год	Федеральный бюджет			Консолидированные бюджеты субъектов РФ			Всего по бюджетной системе	
	Расходы, млн руб.	Доля расходов на З и ФК в федеральном бюджете, %	Доля в совокупных расходах на З и ФК, %	Расходы, млн руб.	Доля расходов на З и ФК в консолидированных бюджетах субъектов РФ, %	Доля в совокупных расходах на З и ФК, %	Расходы, млн руб.	Доля в совокупных расходах на З и ФК, %
1997	8831	2,16	12,2	63304	14,35	87,8	72135	100
1998	5660	1,46	8,9	57966	14,48	91,1	63626	100
1999	10141	1,53	10,0	91244	14,60	90,0	101385	100
2000	16879	1,66	11,2	133760	13,41	88,8	150639	100
2001	23085	1,75	12,4	163749	н/д	87,6	186834	100
2002	31908	1,64	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
2003	39324	1,68	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д

\* Источник: данные по 1997 – 2001 гг. приведены по отчетности об исполнении федерального бюджета РФ Министерства финансов РФ, а также [Христенко, с. 549, 559]; данные по 2002 – 2003 гг. – по федеральным законам о федеральном бюджете на соответствующий год ([www.minfin.ru](http://www.minfin.ru), [www.budgetrf.ru](http://www.budgetrf.ru)).

К сожалению, данные о распределении нагрузки в финансировании системы здравоохранения между собственно бюджетами субъектов РФ и местными бюджетами недоступны за все рассматриваемые годы. Имеющиеся данные за 2001 г. (табл. 7) позволяют говорить о примерно равной их доле (41,7% расходов на здравоохранение приходилось на бюджеты субъектов РФ, 45,9% – на местные бюджеты).

Сопоставление с распределением всех расходов по уровням бюджетной системы показывает, что доля расходов на здравоохранение в местных бюджетах более чем в 1,7 раза выше их доли в бюджетах субъектов Федерации и в 8,5 раз выше, чем в федеральном бюджете.

Таблица 7

**Расходы бюджетов всех уровней  
на здравоохранение и физическую культуру, 2001 г.\***

	Расходов, всего, тыс. руб.	Структура расходов по видам бюджетов, %	Расходы на здравоохранение и физическую культуру, тыс. руб.	Структура расходов на здравоохранение и ФК по видам бюджетов, %
Федеральный бюджет	1321902684	47,1	23085060	12,4
Бюджеты субъектов Федерации	909157150	32,4	77986184	41,7
Местные бюджеты	576573178	20,5	85762465	45,9
Всего по бюджетной системе		100		100

\* Источник: рассчитано по данным отчетности об исполнении федерального бюджета РФ на 01.01.2002 и сводным данным об исполнении консолидированных бюджетов субъектов Федерации на 01.01.2002 (Министерство финансов РФ).

Если доли региональных и местных бюджетов в финансировании системы здравоохранения примерно одинаковы, то как распределяются функции и ответственность органов власти соответствующих уровней за предоставление услуг? Было бы логичным ожидать, что рас-

пределение ответственности найдет свое отражение в структуре расходов на здравоохранение (табл. 8).

**Таблица 8**  
**Структура расходов региональных и местных бюджетов**  
**на здравоохранение и физическую культуру в 2001 году\***

	Консолидированные бюджеты субъектов РФ		Бюджеты субъектов РФ		Местные бюджеты	
	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%	тыс. руб.	%
Доля расходов на здравоохранение и физическую культуру в бюджете		12,7		11,7		14,9
Здравоохранение и физическая культура, в т. ч.	163 748 649	100	77 986 184	100	85 762 465	100
оплата труда государственных служащих	37 843 532	23.1	13 859 919	17.8	23 983 613	28.0
медицинские и перевязочные средства	19 994 339	12.2	12 720 681	16.3	7 273 658	8.5
продукты питания	8 095 006	4.9	4 605 498	5.9	3 489 508	4.1
приобретение оборудования и предметов длительного пользования	8 844 278	5.4	5 418 029	6.9	3 426 249	4.0
капитальное строительство	7 351 272	4.5	6 171 984	7.9	1 179 288	1.4

\* Источник: рассчитано по данным [Сводные данные об исполнении консолидированных бюджетов субъектов Федерации на 01.01.02, Министерство финансов РФ, [www.minfin.ru](http://www.minfin.ru)].

Однако на деле структура расходов отличается незначительно. Три крупнейшие статьи текущих расходов на содержание медицинских учреждений (оплата труда, медикаменты, продукты питания) занимают 40% в структуре расходов региональных бюджетов и 40,6% – в ме-

стных. Это означает, что разделение ответственности между региональными и местными властями происходит не в разрезе функций, а по подчиненности медицинских учреждений.

По неизменной традиции, органы власти субъектов федерации преимущественно финансируют подчиненные им больницы, поликлиники и другие учреждения, а местные органы власти – заботятся о доставшейся им в наследство системе учреждений.

В региональных бюджетах выше доля расходов на капитальное строительство (7,9% против 1,4% в структуре расходов на здравоохранение местных бюджетов), что как раз и можно принять за признак разделения функций. Однако такой вывод требует дополнительного подтверждения, поскольку может оказаться, что более высокая доля расходов на капитальное строительство приходится на те же медицинские учреждения регионального подчинения, и мало связана с развитием системы охраны здоровья в целом.

### *Дифференциация бюджетных расходов и показатели деятельности региональных систем здравоохранения*

После обсуждения вопроса об организации системы финансирования здравоохранения, рассмотрим, какова дифференциация уровня финансирования по регионам. Очевидно, что и степень дифференциации, и ее изменение с течением времени напрямую связаны с распределением ответственности между органами власти различных уровней.

Должен ли в принципе различаться по субъектам федерации уровень бюджетных расходов на здравоохранение на душу населения, если за счет этих расходов финансируется одинаковый для всех регионов универсальный мандат? На этот вопрос следует ответить положительно, поскольку:

- имеют место различия между регионами по уровню заболеваемости населения;
- основной задачей органов власти остается содержание сети медицинских учреждений, а число и мощность учреждений, в свою очередь, различаются по регионам;

- существенно различается стоимость содержания учреждений (а, следовательно, и стоимость оказываемых ими медицинских услуг).

Покажем вначале, в какой степени различается по регионам уровень заболеваемости населения и соответствует ли этим различиям дифференциация мощности медицинских учреждений.

Для этого определим число регионов, показатели заболеваемости и обеспеченности учреждениями в которых не отличались от среднероссийских более чем на 10% и более чем на 20%. Чем больше регионов войдет в каждую из групп, тем меньше дифференциация и меньше число «маргинальных» регионов – уровень заболеваемости или обеспеченности учреждениями-поставщиками медицинских услуг в которых значительно отличается от среднероссийских показателей (табл. 9).

Таблица 9

**Дифференциация заболеваемости  
и обеспеченности медицинскими учреждениями по регионам РФ\***

	Число регионов, в которых показатель не отклоняется более чем на 10% от среднего по РФ		Число регионов, в которых показатель не отклоняется более чем на 20% от среднего по РФ	
	1990**	2000	1990**	2000
Заболеваемость населения (вновь зарегистрированных больных на 1000 населения)	41 (из 79)	44 (из 88)	63 (из 79)	69 (из 88)
Обеспеченность больничными койками (число больничных коек на 10 тыс. чел. населения)	65	48	82	70
Обеспеченность амбулаторно-поликлиническими учреждениями (мощность АПУ на 10 тыс. чел. населения)	34	35	56	62

\* Источник: рассчитано по данным [Здравоохранение в России, с. 84-85, 214-215, 230-231].

\*\*Примечание: данные по уровню заболеваемости приведены за 1992 г.

Показатель заболеваемости населения в 44 субъектах федерации в 2000 году не отличался более чем на 10% от среднероссийского уровня, что очень близко к показателю дифференциации обеспеченности больничными койками (48 регионов).

Еще в большей степени дифференциация заболеваемости соответствует дифференциации обеспеченности больничными койками при 20% отклонении от среднероссийского уровня (69 и 70 регионов соответственно, причем практически совпадает не только численность, но и состав регионов, входящих в каждую группу).

В меньшей степени дифференциация регионов по уровню заболеваемости соответствует дифференциации обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями.

За прошедшее десятилетие дифференциация регионов по уровню заболеваемости несколько сократилась,<sup>7</sup> как и дифференциация обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями, а разброс обеспеченности больничными койками, напротив, вырос.

Очевидно, этот факт можно объяснить тем, что до 1990-х годов показатель обеспеченности больничными койками был одним из ключевых нормативов при планировании развития системы здравоохранения. Далеко не все регионы могли себе позволить содержать прежнее число больничных учреждений без централизованной помощи. Лечение в стационарах, как известно, стоит значительно дороже, чем лечение на основе стационарозамещающих технологий в поликлиниках. В результате, снизилось число больничных коек на 10000 населения в целом по Российской Федерации (со 137,5 в 1990 году до 115,9 в 2000 году) и возросла дифференциация регионов по этому показателю.

Дифференциация расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение оказалась гораздо более значительной, чем дифференциация регионов по уровню ресурсного обеспечения отрасли (больничные койки, мощность амбулаторных учреждений, численность медицинского персонала).

Так, например, средний уровень расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение и физическую культуру составил в 2001 году 1122 руб. (табл. 10). В 27 регионах уровень подушевых расходов был выше среднероссийского, причем, в 9 регио-

<sup>7</sup> Точные сопоставления невозможны из-за отсутствия данных о заболеваемости по автономным округам в 1992 году.

вых уровень расходов консолидированных бюджетов на здравоохранение превышал среднероссийский показатель более чем в два раза. В 62 субъектах федерации подушевые бюджетные расходы на здравоохранение в 2001 году были ниже среднероссийского уровня. При этом в 5 регионах они были ниже среднероссийского уровня более чем в 2 раза.

Таблица 10

**Дифференциация расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение и физическую культуру (ЗиФК)\***

Показатели	1996	2001
Расходы консолидированных бюджетов субъектов федерации на ЗиФК на душу населения, в среднем по РФ, руб.	336,8	1122,0
Число субъектов федерации, в которых расходы консолидированного бюджета на ЗиФК на душу населения выше среднего по РФ	27	27
Число субъектов федерации, в которых расходы консолидированного бюджета на ЗиФК на душу населения в 2 и более раза выше, чем в среднем по РФ	10	9
Число субъектов федерации, в которых расходы консолидированного бюджета на ЗиФК на душу населения ниже среднего по РФ	62	62
Число субъектов федерации, в которых расходы консолидированного бюджета на ЗиФК на душу населения в 2 и более раза ниже, чем в среднем по РФ	4	5
Децильный коэффициент по числу регионов (Отношение средневзвешенных по численности населения подушевых расходов консолидированных бюджетов на ЗиФК в 9 субъектах федерации с наибольшим значением показателя к расходам 9 субъектов федерации с наименьшим значением показателя)	6.1	5.9

\* Источник: рассчитано по данным [Сводные данные об исполнении консолидированных бюджетов субъектов федерации на 01.01.02, Министерство финансов РФ, [www.minfin.ru](http://www.minfin.ru)].

Уже использованный в первом разделе децильный коэффициент по числу регионов (9 регионов/9 регионов) для расходов на здравоохранение на душу населения составил в 2001 году 5,9, а децильный коэффициент по численности населения (12 регионов/11 регионов) – 4,7, что дает представление о колоссальной пропасти в финансовом обеспечении здравоохранения между богатыми и бедными регионами (табл. 11). На регионы, в которых проживает 10,9% населения страны, приходилось в 2001 году 27,6% расходов на здравоохранение из всех консолидированных бюджетов регионов.

Таблица 11

**Дифференциация расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на здравоохранение и физическую культуру по величине децильного коэффициента\***

Показатели	1996	2001
Децильный коэффициент по численности населения (Регионы ранжируются по величине подушевых расходов консолидированных бюджетов на ЗиФК. Верхний и нижний дециль образуют регионы с, соответственно, наибольшим и наименьшим значением этого показателя, в которых проживает примерно 10% населения страны)	4.6	4.7
Численность населения регионов, входящих в верхний дециль, в % от численности населения РФ	10.3	10.9
Средневзвешенные по численности населения подушевые расходы консолидированных бюджетов на ЗиФК у регионов, входящих в верхний дециль, руб.	792.0	2828.6
Численность населения регионов, входящих в нижний дециль, в % от численности населения РФ	10.1	11.5
Средневзвешенные по численности населения подушевые расходы КБ на ЗиФК у регионов, входящих в нижний дециль, руб.	170.8	602.2
Доля расходов на ЗиФК консолидированных бюджетов субъектов федерации, вошедших в верхний дециль, в суммарных расходах консолидированных бюджетов всех регионов на данные нужды	24.1	27.6

\* Источник: рассчитано по данным [Сводные данные об исполнении консолидированных бюджетов субъектов федерации на 01.01.02, Министерство финансов РФ, [www.minfin.ru](http://www.minfin.ru)].

В приведенных данных поражает не только величина дифференциации регионов, но и ее устойчивость. Так, за пять лет, с 1996 года, децильные коэффициенты, рассчитанные по числу регионов и по численности населения, практически не изменились. Не изменился и список регионов, расходы на здравоохранение в которых выше или ниже среднероссийского уровня.

Такая устойчивость тем более удивительна, что за эти пять лет произошел не только финансовый кризис, но и кардинально изменилась бюджетная система страны – были приняты Налоговый и Бюджетный кодексы, полностью изменился механизм предоставления трансфертов из федерального бюджета регионам.

Как видно, действующие механизмы межбюджетных отношений в силу отмеченных в предыдущих разделах особенностей не обеспечивают выравнивание (или хотя бы даже сокращение неравенства) регионов по уровню расходов на здравоохранение. В связи с этим стоит вопрос о выборе желательного направления политики выравнивания обеспечения общественными благами с учетом дифференциации предпочтений населения.

Одним из ключевых показателей функционирования системы здравоохранения является продолжительность жизни. Оценка зависимости степени дифференциации регионов России по показателю продолжительности жизни вследствие различий в уровне бедности и величине бюджетных расходов на здравоохранение была проведена О. Иващенко для 1994–2000 гг. [Ivaschenko, 2002].

Для нас это исследование имеет значение с точки зрения ответа на следующий вопрос: в какой степени различия в уровне расходов бюджетов на здравоохранение влияют на имеющиеся различия в продолжительности жизни населения? Если такого рода влияние достаточно существенно, федеральному правительству следует проводить более активную политику перераспределения для выравнивания уровня подушевых расходов на здравоохранение между регионами. Если же при наличии столь серьезных диспаритетов между субъектами РФ по величине подушевых расходов на здравоохранение будет выявлено, что различия в продолжительности жизни вызваны действием других факторов (экологических, природно-климатических и т. п.), аргументация в пользу выравнивания будет ослаблена.

Аналогичное по целям исследование на межстрановом уровне, проведенное С. Анандом и М. Раваллионом для 22 развивающихся стран, показало, что рост доли населения, проживающего ниже черты

бедности, на 1% приводит к снижению продолжительности жизни на 0,21%, а увеличение общественных расходов на здравоохранение на 1% увеличивает продолжительность жизни на 0,30% [Anand, Ravallion, 1993].

Правда, при этом надо иметь в виду, что в развивающихся странах весьма значительна доля бюджетных расходов на здравоохранение, приходящихся на борьбу с инфекционными заболеваниями, эпидемиями и т. п., т. е. на финансирование общественных благ. В результате, развивающиеся страны с более высокими расходами на здравоохранение за счет государственного бюджета, как правило, имеют более высокий показатель продолжительности жизни.

После достижения определенного уровня расходов на здравоохранение, дополнительные средства начинают расходоваться на предоставление чистых частных благ, связанных с лечением неэпидемиологических заболеваний, а также ростом качества обслуживания (а не собственно лечения) в медицинских учреждениях. На этой стадии, рост общественных расходов на здравоохранение не будет оказывать столь существенного влияния на показатель продолжительности жизни.

Работа Иващенко была проведена для периода 1994–2000 гг., что позволило учесть временную динамику показателей продолжительности жизни и уровня расходов на здравоохранение.<sup>8</sup> В качестве расходов на здравоохранение принимались только расходы бюджетов регионов, без учета взносов на работающее население в систему ОМС, что, конечно, может значительно исказить дифференциацию регионов по уровню расходов. Но, к сожалению, данные по взносам в систему ОМС в региональном разрезе отсутствуют в открытой печати.

Как было показано в работе, снижение уровня бедности и рост региональных расходов на здравоохранение имеют положительную взаимосвязь с продолжительностью жизни. Однако, уровень бедности (отражающий экономическую среду) влияет в основном на продолжительность жизни мужчин, в то время как продолжительность жизни женщин в большей степени зависит от величины расходов на здравоохранение.

<sup>8</sup> В подавляющем числе работ, основанных на межстрановых сопоставлениях, включая исследование Ананда и Раваллиона, проводится статический анализ, что не позволяет в полной мере выявить причинно-следственные связи между величиной расходов на здравоохранение, показателями смертности и продолжительности жизни.

При этом наблюдается следующая зависимость: чем выше уровень бедности в регионе, тем значительнее воздействие уровня расходов на здравоохранение на продолжительность жизни. Чем более ограниченными становятся частные ресурсы, которые могут быть использованы для оплаты медицинских услуг, тем выше значение общественных расходов [Ivaschenko, 2002, р. 30].

Отсюда можно сделать вывод, что стимулирование экономического развития регионов и борьба с бедностью могут оказать существенное воздействие на продолжительность жизни населения. При этом следует ожидать, что эффективность использования средств будет выше – частные ресурсы, как правило, расходуются более эффективно на приобретение частных и смешанных благ, чем общественные ресурсы.

Таким образом, в выборе между резким увеличением государственного финансирования здравоохранения за счет роста (или, по крайней мере, неумышленного) налоговых сборов, и стимулированием экономического развития, в том числе за счет снижения налогового бремени<sup>9</sup>, следует предпочесть второй вариант. Выбор именно этого варианта представляется тем более обоснованным, что действующая система межбюджетных отношений продемонстрировала провал попытки сокращения дифференциации расходов на здравоохранение в регионах Российской Федерации.

## Заключение

- Дифференциация регионов России по уровню бюджетных доходов и расходов увеличилась с 1996 по 2000 год. Принятие новых Бюджетного и Налогового кодексов, а также пересмотр правил предоставления помощи из федерального бюджета, не создали механизм выравнивания, который бы позволил «перекрыть» углубляющуюся дифференциацию, связанную как со скрытыми до начала экономических реформ факторами, так и с различной экономической и социальной политикой, проводимой региональными администрациями в

<sup>9</sup> Как уже упоминалось со ссылкой на работу Гранберга и Зайцевой [Гранберг, Зайцева, 2002], на темпы экономического развития влияют преимущественно общенациональные факторы, а не специфически региональные. Соответственно, и здесь речь должна идти о федеральных, а не региональных налогах.

последнее десятилетие. Задача создания такого механизма едва ли выполнима, или даже разумна, с экономической точки зрения. Тем не менее, механизмы выравнивания не спрашиваются в настоящее время даже с задачей обеспечения полного финансирования федеральных социальных мандатов в различных регионах страны.

- При получении федеральных трансфертов приоритет отдается финансированию частных благ, связанных с социальной защитой, а по факту – с субсидированием неэффективных отраслей экономики региона. Нецелевой характер трансфертов не позволяет контролировать их использование региональными властями именно на цели обеспечения предоставления общественных благ, таких как здравоохранение.
- При перераспределении полномочий от федерального правительства – региональным органам власти, с соответствующим изменением системы финансирования, предоставление общественных благ населению регионов, как правило, снижается, а предоставление частных благ – увеличивается.
- Политика в области предоставления таких общественных благ, как услуги здравоохранения, усиливает неравенство в обществе, поскольку больший объем финансирования, а, следовательно, и объем оказываемых услуг (не говоря уже об их качестве), приходится на жителей наиболее благополучных регионов.
- Действующий механизм финансирования предоставления общественных благ стимулирует их избыточное производство в бюджетообеспеченных регионах.
- Регионы-реципиенты выбирают менее эффективные формы предоставления смешанных общественных благ в натуральной форме. В результате, к таким общественными благами, как здравоохранение, получают доступ категории населения, которые можно условно отнести к категории “зайцев”, то есть их спрос на общественное благо был бы меньше в случае целевой их оплаты.
- Система обязательного медицинского страхования представляет собой в большей степени систему социальной защиты, чем страховую систему как таковую. Наличие федеральных и территориальных программ ОМС позволяет анализировать систему ОМС как предоставляющую единое смешанное об-

щественное благо. При наличии многоканальности финансирования предоставления одного и того же общественного блага снижается подконтрольность системы выборным общественным институтам, а, следовательно, размывается ответственность за обеспечения населения медицинскими услугами. Как результат, эффективность предоставления медицинской помощи в рамках системы ОМС крайне низка.

- Ответственность за предоставление услуг здравоохранения не распределена по функциям (программам) между федеральным, региональными и местными бюджетами, что показывает схожая структура использования средств. Приоритетом для органов власти всех уровней является содержание подведомственной сети учреждений, а не оказание услуг населению.
- Для повышения уровня обеспеченности услугами здравоохранения более существенен экономический рост, чем выравнивание обеспеченности за счет роста (перераспределения) налоговых сборов.

## Литература

- Гранберг А., Зайцев Ю. Темпы роста в национальном экономическом пространстве // Вопросы экономики. 2002. №9.
- Лавров А. М. Стратегия и тактика реформы межбюджетных отношений в Российской Федерации // Совершенствование межбюджетных отношений в России. Научные труды ИЭПП, №24. М., ИЭПП, 2000.
- Журавская Е. В. Влияние бюджетного федерализма на структуру стимулов к производству общественных благ. Финальный отчет по проекту. Российская программа экономических исследований. 1998. Декабрь.
- Пигу А. Экономическая теория благосостояния. В 3-х т. Пер. с англ. М., Прогресс, 1981.
- Региональное развитие: опыт России и Европейского Союза. Под ред. А. Г. Гранберга. М., 2000.
- Социальная защита населения при переходе к полной оплате жилищно-коммунальных услуг. МЦСЭИ «Леонтьевский центр». Итоговый ответ по проекту. 2002.
- Федеральный бюджет и регионы: опыт анализа финансовых потоков. М., Диалог-МГУ, 1999.

- Федеральный бюджет и регионы: структура финансовых потоков. М., Диалог-МГУ. 2001.
- Freinkman L., Haney M. What Affects the Propensity to Subsidize? Determinants of Budget Subsidies and Transfers Financed by the Russian Regional Governments in 1992 – 1995. The World Bank. 1997.*
- Ivaschenko O. Explaining Russian Inter-Regional and Inter-Temporal Disparities in Longevity, 1994 – 2000: Do Poverty and Public Health Spending Matter? / Department of Economics, Cornell University. Second draft. 2002. October.*
- Oates W. E. Fiscal Federalism. N. Y.: Harcourt Brace Jovanovich. 1972.*