

С.Шишкин, И.Рождественская

Реформы в социально-культурной сфере: в чьих интересах?

Вопросы экономики, 1996, № 1.

1. Необходимость реформ

В понятие "социально-культурная сфера", которое принято использовать в российской экономической литературе, включаются отрасли здравоохранения, образования, культуры. Социально-культурная сфера представляет собой достаточно обширный сектор российской экономики. По данным Госкомстата России, число занятых в здравоохранении, образовании, культуре и социальном обеспечении составило в 1995 г. 18.0% от общей численности работающих.

В советском обществе официальная идеология подчеркивала достижения в развитии именно этой сферы при сопоставлении положения дел в СССР с зарубежными странами. Так, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, необходимый для организации удовлетворительного медицинского обслуживания уровень обеспеченности врачами составляет 28 врачей на 10 тыс. чел. населения. В СССР в 1985 г. этот показатель равнялся 42. По количеству мест в стационарах, приходящихся на 10 тыс. чел. населения, Советский Союз также опережал все остальные страны. В дореформенный период наша страна занимала одно из лидирующих положений в мире в сфере развития высшего и среднего образования (Таблица 1).

Вместе с тем социально-культурная сфера обладала наименьшим приоритетом при распределении ресурсов в плановой экономике. По таким показателям, как доля расходов на эту сферу в ВВП, Россия к концу эпохи социализма отставала от стран с развитой рыночной экономикой (Таблица 2). Наибольшим был разрыв по уровню затрат на здравоохранение. Межстрановые сопоставления свидетельствуют об общей тенденции роста показателей доли расходов государства на здравоохранение и образование в ВВП по мере увеличения производства ВВП на душу населения в реальном исчислении (таблица 3). По относительным показателям расходов государства на социально-культурную сферу Россия уступала почти всем странам с развитой рыночной экономикой и европейским социалистическим странам, но примерно соответствовала несоциалистическим странам с близким уровнем подушевого ВВП.

Таблица 1. Показатели уровня развития здравоохранения и образования в отдельных странах в 1985 г.

	Число врачей на 10 тыс. чел. населения	Число больничных коек на 10 тыс. чел. населения	Число студентов на 10 тыс. чел. населения
Россия	45	135	206
Великобритания	18*	74	112

Германия	30	109	138
Италия	29**	77	131
США	27	53	257
Франция	24	131	159
Япония	20***	124	142

* - 1990 г.

** - 1979 г.

*** - 1984 г.

Источник: Народное хозяйство СССР за 70 лет. Юбилейный сборник, М.: Финансы и статистика, 1987, сс. 696-698; СССР и зарубежные страны, 1987 г., М.: Финансы и статистика, 1988; Народное хозяйство СССР в 1987 г. М.: Финансы и статистика, 1988, сс. 666-668; Мир в цифрах. Статистический сборник -1992 г. М.: Финансы и статистика, 1992; Социальная сфера России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 1995; сс. 149, 184.

Таблица 2. Расходы здравоохранение, образование, культуру и рекреацию в отдельных странах в 1989 г. , % ВВП.

	Здравоохранение	Образование	Культура и рекреация	Всего
Россия	3.5	4.8	2.6	10.9
Великобритания	6.0	4.7	5.9	16.6
Германия	8.2	6.2	4.2	18.6
Италия	7.5	5.2	5.3	18.0
США	11.8	6.1	4.4	22.3
Франция	8.5	5.7	3.5	17.7
Япония	6.5	4.8	5.9	17.2

Источник: Рассчитано по данным из: Statistical Yearbook. United Nations. N.Y., 1993; OECD Economic Surveys; Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. М.: Финансы и статистика, 1990.

Таблица 3. Расходы государства на здравоохранение и образование в отдельных странах (в % ВВП).

	Здравоохранение	Образование	ВВП на душу насе-

	1990	1990	ления, в долларах США, по ППС
			1991
Индия	1.3	4.0	300
Нигерия	1.2	2.9*	340
Китай	2.1	2.3	370
Индонезия	0.7	1.1	610
Чили	3.4	2.7	2160
Аргентина	2.5	1.1	2790
Бразилия	2.8	4.6*	2940
Мексика	1.6	4.0	3030
Румыния	2.4	3.0	1390
Польша	4.1	4.8	1790
Болгария	4.4	4.6	1840
Чехословакия	5.0	4.9	2470
Венгрия	5.0	4.5	2720
Россия	2.4	3.5	3220
Португалия	4.3	4.3	5930
Великобритания	5.2	4.9	16550
Италия	5.8	3.2	18520
Франция	6.6	5.4	20380
США	5.6	5.3	22240
Германия	5.8	4.0	23650
Швеция	7.9	7.7	25110
Япония	4.8	4.7	26930

* - 1989 г.

Источник: World development report 1993. Investing in health. World Bank. Oxford University Press, pp. 210-211, 238-239; Statistical yearbook. UNESCO. Paris, pp. 4-4 - 4-17.

Таблица 2. Расходы государства на здравоохранение и образование в отдельных странах (в % ВВП).

	Здравоохранение	Образование	ВВП на душу населения, в

	1990	1990	долларах США, 1990
Индия	1.3	4,6	360
Нигерия	1.2	0,8	337
Китай	2.1	2.6	341
Индонезия	0.7	1.0	581
Чили	3.4	2.5	2310
Мексика	1.6	3.6	2888
Бразилия	2.8	4.5*	3219
Аргентина	2.5	0.9	4343
Польша	4.1	4.8	1547
Румыния	2.4	3.0	1648
Чехословакия	5.0	4.2	2359
Венгрия	5.0	4.5	3442
Россия	2.4	3.5	6539
Португалия	4.3	4.3	6814
Великобритания	5.2	4.9	16930
Италия	5.8	5.2	20192
Франция	6.6	5.1	21077
США	5.6	5.2	21967
Германия	5.8	4.1	24485
Швеция	7.9	5.6	26844
Япония	4.8	3.6	23734

* - 1989 г.

Источник: World development report 1993. Investing in health. World Bank. Oxford University Press, pp. 210-211; Statistical yearbook. 39th iss. United Nations. N.Y., 1996, pp. 149-165. Education at a Glance. OECD. Indicators, 1997. Center for Education Research and Innovation, p. 66.

Сочетание высокой обеспеченности населения России врачами и высокой доли учащихся в высших учебных заведениях с низким уровнем затрат на функционирование социально-культурных отраслей отражало одну из фундаментальных особенностей социалистического народного хозяйства. Недостаток вложений в оборудование и в основные фонды, необходимые для обеспечения высокого качества услуг отраслей социально-культурной сферы, "компенсировался" относительным переизбытком работников. При этом уровень оплаты их труда составлял 65-75% от среднего по народному хозяйству.

Указанный дисбаланс между трудом и капиталом выдавался за очередное достижение планомерного ведения хозяйства, якобы обеспечившего наилучшие показатели предоставления социально-культурных услуг. В действительности же эти показатели

свидетельствовали о приоритете установок на рост валовых количественных показателей, удобных планирующим органам, над установками действительного удовлетворения потребностей общества. При этом показатели эффективности использования ресурсов были низкими. Так, средняя длительность пребывания больного в стационаре составляла в России в 1991 г. 16.7 дней, а в странах с развитой рыночной экономикой - в среднем 14.4 дня.

Уровень материально-технической базы социально-культурных учреждений был очень низким в сравнении со странами с развитой рыночной экономикой. По данным Госкомстата России, в 1985 г. в России 13% больниц, 27% школ, более 30% профессионально-технических учебных заведений, 22% государственных клубных учреждений размещались в зданиях, находящихся в аварийном состоянии или требующих капитального ремонта. В 40% школ отсутствовало центральное отопление, в 59% - водопровод, в 70% - канализация. В целом по СССР 30% больниц не имели в 1985 г. центрального отопления, 41% - горячей воды, 23% - водопровода, 32% - канализации. В медицинских учреждениях ощущался дефицит элементарно необходимого диагностического оборудования: флюорографического, рентгеноскопического, функционально-диагностического и др. По данным Министерства культуры России, в 1991 г. 11% библиотечных и 37% театральных зданий требовали капитального ремонта; почти 40% государственных массовых библиотек занимали площадь менее 50 кв. метров; из-за недостатка площадей только 5,3% музеиных фондов экспонировались для посетителей.

Осуществление государственного финансирования социально-культурной сферы "по остаточному принципу" и административное сдерживание рыночных отношений в этой сфере имели прямым следствием широкое распространение практики теневой оплаты потребителями услуг здравоохранения, образования, культуры деятельности производителей этих услуг.

В 80-е годы стали вполне очевидны недостатки существовавшей государственной системы предоставления социально-культурных услуг. Суть этих изъянов, которые схожим образом проявились и в Советском Союзе и в других социалистических странах, можно свести к следующему:

- недофинансирование здравоохранения, образования, сферы культуры;
- неудовлетворительность показателей состояния здоровья населения (уровень смертности, в том числе детской смертности, уровень заболеваемости) в социалистических государствах в сравнении с государствами Западной Европы и Северной Америки; увеличивающийся разрыв между этими двумя группами государств в динамике этих показателей;
- медленное обновление оборудования, нехватка современного оборудования в социально-культурных учреждениях;
- недостаток инноваций в методах лечения и медикаментах, в образовательной и культурной деятельности;
- низкая эффективность использования ресурсов при избытке некоторых их видов;
- низкая заработная плата врачей, учителей, работников культуры; отсутствие стимулов к эффективной работе;
- низкое качество услуг, предоставляемых населению, минимальные возможности потребителей влиять на качество используя легальные механизмы;
- все более широкое распространение теневой оплаты формально бесплатных медицинских и

образовательных услуг.

Согласно данным социологического опроса населения в России в 1988 г., примерно половина опрошенных была не удовлетворена медицинской помощью, оказываемой в поликлиниках, плохими условиями пребывания в стационарах и отсутствием там необходимых лекарств. С замедлением прогресса в улучшении здоровья населения и в повышении качества медицинских услуг, недостатки высокоцентрализованной системы управления здравоохранением стали рассматриваться как непреодолимые без кардинальных преобразований самой этой системы.

С самого начала периода "перестройки" центральные органы власти предпринимали попытки мягкого реформирования существовавшей системы обеспечения общественных благ. Под влиянием внедрения новых моделей хозяйствования в материальном производстве, расширяющих самостоятельность предприятий, и под давлением профессиональных сообществ, стремящихся выйти из-под удушающего пресса административного управления, в отраслях социально-культурного комплекса были начаты организационно-экономические эксперименты. В 1987-1988 гг. проводился "комплексный эксперимент по совершенствованию управления и повышению эффективности деятельности театров". В 1988 г., в Ленинграде, Кемеровской и Куйбышевской областях была начата экспериментальная апробация новой модели финансирования здравоохранения. В 1989 г. эта модель начала вводиться еще в 12 регионах.

В основу и того и другого эксперимента была положена следующая идея: отказаться от утверждения органами государственного управления сметы доходов и расходов государственных социально-культурных учреждений. Их средства должны формироваться как доходы, получаемые за конкретные результаты работы, и учреждения вправе самостоятельно ими распоряжаться, покрывая из них свои затраты. При этом бюджетные ассигнования рассматриваются как один из видов дохода и должны предоставляться на основе нормативов, привязанных к результирующим показателям деятельности учреждений.

Так, государственным учреждениям здравоохранения было разрешено заключать договоры с предприятиями и организациями на медицинское обслуживание их работников, оказывать дополнительные платные услуги населению, использовать часть имеющихся в их распоряжении средств (бюджетных и внебюджетных) для материального стимулирования работников, устанавливать размеры оплаты труда в зависимости от объема и сложности оказываемой медицинской помощи.

Помимо расширения самостоятельности лечебно-профилактических учреждений, что бюджетное финансирование здравоохранения будет осуществляться по долговременным стабильным нормативам в расчете на одного жителя. При этом фондодержателями становятся поликлиники, которые рассчитываются с больницами за диагностику и лечение больных в стационарах.

Первые результаты экспериментов были расценены как в целом позитивные, и в конце 1988 г. Комиссией по совершенствованию хозяйственного механизма при Совете Министров СССР были приняты "Основные положения нового хозяйственного механизма в отраслях непроизводственной сферы", а затем и ряд соответствующих отраслевых положений. Они предусматривали распространение на все учреждения здравоохранения, образования, культуры новых, апробированных в эксперименте условий их бюджетного финансирования и осуществления экономической деятельности.

Однако, на практике лишь часть учреждений стала самостоятельными субъектами хозяйствования. Так, по данным Министерства культуры России, в 1991 г. лишь 46% государственных библиотек и 33% клубных учреждений использовали новую модель

хозяйствования. По данным Министерства профессионального и общего образования России, в 1997 г. не более 10% школ имели статус юридических лиц и собственный расчетный счет.

А переход к новому порядку бюджетного финансирования - на основе стабильных нормативов - так и остался на бумаге. Финансовые органы в центре и на местах затягивали разработку и принятие таких нормативов или их не соблюдали, ссылаясь нарастающие трудности с формированием доходов государственного бюджета, которые начались как раз с 1989 г..

Реформирование отраслей социально-культурной сферы продолжилось в 90-е годы. Оно имело две главные особенности. Во-первых, происходившие преобразования в значительной мере являлись продолжением путей их трансформации, заложенных в советском периоде. Иными словами, мы имеем дело с известным в мировой экономической литературе явлением "зависимости от предыдущего пути" ("path dependence").

Во-вторых, преобразований инициировались и осуществлялись группами специальных интересов, что и определило характер произошедших институциональных изменений.

2. Государство и группы специальных интересов в социально-культурной сфере

Многие виды деятельности в сферах охраны здоровья, образования, культуры обеспечивают значительный социальный эффект, хотя и не являются чистыми общественными благами. В России, как и во многих других странах, медицинская помощь, среднее и высшее образование, приобщение к художественной культуре и ряд форм организации досуга исторически рассматривались как производство общественных благ. Их обеспечение было обязанностью государства. Именно оно выступало тем субъектом, который идентифицировал получаемый социальный эффект и ради него финансировал и непосредственно организовывал предоставление социально-культурных услуг.

В 90-е годы эти представления подверглись существенной трансформации.

Во-первых, кардинально изменилось государство как субъект, идентифицирующий социальный эффект от производства тех или иных видов благ. Централизованное государство разрушено, вместо него возникла совокупность органов власти и политических групп, не обладающая достаточными качествами системной целостности и связности. Аморфное государство не в состоянии идентифицировать тот эффект, который дает обществу деятельность социально-культурных отраслей.

Во-вторых, размыта критериальная основа для оценки социального эффекта. Эффект от здравоохранения, и в особенности от развития образования и культуры проявляется по преимуществу в долгосрочном аспекте. Поэтому значимость этих сфер деятельности обусловливается долгосрочными целями государства, а также ценностными императивами, разделяемыми основной частью населения. После краха коммунистической идеологии и советского государства в российском обществе не произошло осознания новых общенациональных целей и ценностей. А следовательно, размытыми оказались представления о значимости социально-культурной сферы, проблематичной стала оценка будущего эффекта от деятельности ее отраслей.

В-третьих, не сформированы новые институциональные механизмы, обеспечивающие связь действий политиков с реализацией долгосрочных общественных интересов. Политика органов государственной власти в социальной сфере уже не подчинена требованиям идеологии, как это было в советское время, но еще не ограничена требованиями избирателей.

В-четвертых, значительная часть населения оказалась готовой платить за медицинские и образовательные услуги, все больше воспринимая их не как общественные блага, на бесплатное получение которых каждый имеет право, а как блага частные, за которые нужно платить.

Таким образом, в условиях кардинальных изменений политической и экономической систем, краха прежней государственной идеологии и неоформленности новой идеологической системы меняются представления об общественной и частной составляющих и об их соотношении в эффекте от медицинского обслуживания, образовательной и культурной деятельности.

Радикальные политические и экономические преобразования первой половины 90-х годов оттеснили проблемы социально-культурной сферы на периферию внимания высших органов российского государства. С 1992 г. правительство рассматривало затраты на социально-культурную сферу исключительно как нагрузку на федеральный бюджет и стремилось эту нагрузку минимизировать. Отношение к проблемам социально-культурной сферы было вторичным, производным от потребностей проводимой экономической политики и перипетий политической борьбы. Правительство было заинтересовано в любого рода преобразованиях, обеспечивающих изменение источников финансирования социально-культурной комплекса, и готово было допустить его сжатие до тех пор, пока это не грозило серьезными политическими издержками. Поэтому в программных правительственные документах постоянно декларировались намерения провести серьезные преобразования и перестроить экономику здравоохранения, образования, культуры на новой, рыночной основе с уменьшением доли государства в финансировании этих сфер и соответственно увеличением доли населения и предпринимателей.

У парламентских групп Верховного Совета Российской Федерации и Государственной Думы не было каких-то четко сформулированных позиций по отношению к здравоохранению, образованию, культуре, которые бы они последовательно отстаивали в законотворческой деятельности. В период проведения парламентских выборов в 1993 г. и 1995 г. многие политические группы выдвигали лозунги о необходимости социальной переориентации политики, включая изменение отношения к здравоохранению, образованию и культуре. Но после выборов об этом очень быстро забывали, решая другие политические задачи.

Позиция населения по отношению к положению дел в социально-культурной сфере все эти годы была позицией пассивного недовольства качеством и доступностью медицинских, образовательных услуг, культурно-досуговой деятельности. Население не было соорганизовано для самостоятельного выражения и реализации своих интересов по отношению к преобразованиям в здравоохранении, образовании, культурно-досуговой сфере. А в период после начала кардинальных экономических реформ значимость проблем медицинского обслуживания, образования, культуры оказалась для населения намного ниже чем проблем получения денежных доходов.

Итак, реформирование отраслей социально-культурной сферы изначально оказалось на периферии внимания и правительства, и парламента, и общественности, озабоченных другими проблемами переходного периода. В этих условиях главную роль в проведении институциональных преобразований стали играть группы специальных интересов. Это государственные органы отраслевого управления в центре и в регионах, профессиональные сообщества. Направленность преобразований и их успешность стали определяться содержанием этих интересов и силой соответствующих групп.

Органы отраслевого управления в центре и на местах имеют сходную структуру интересов. У них нет стремления к существенным изменениям в содержании регулируемой ими деятельности. Их экономические интересы состоят в обеспечении устойчивости бюджетного

финансирования своей отрасли. Политико-экономические интересы работников отраслевых органов государственного управления в переходный период нацелены прежде всего на сохранение самих этих управленческих учреждений в переходный период и на сохранение своей роли как распорядителей средств, выделяемых государством на социально-культурные нужды. В той мере, в какой сохраняются их функции в процессе распределения бюджетных ресурсов, у них проявляется стремление к извлечению ренты из своего положения распорядителей ограниченного ресурса.

Отраслевые органы управления заинтересованы, с одной стороны, в таких реформах, которые упорядочивают выделение для отрасли бюджетных ассигнований, увеличивают стабильность финансовых потоков и финансовую устойчивость отрасли в целом. Это заинтересованность в преобразованиях, в упорядочении, позволяющем более гарантированно, более надежно получать средства из бюджета или других источников. С другой стороны, чиновники заинтересованы в сохранении и расширении своих прав и возможностей по распоряжению государственными средствами.

Интересы работников социально-культурных учреждений к моменту начала экономической реформы состояли в том, чтобы переломить тенденцию ухудшения их социально-экономического положения относительно работников материального производства. Поэтому их интересам отвечали такие экономические преобразования, которые бы устанавливали связь размеров финансирования социально-культурных учреждений и оплаты труда их персонала с реальным объемом и сложностью труда в сравнении с трудом занятых в других отраслях экономики.

3. Переход от бюджетной к страховой медицине

Главные цели уже упоминавшегося эксперимента по введения новой модели бюджетной медицины в 1988 г. состояли в том, чтобы децентрализовать управление здравоохранением, влить в систему новые финансовые ресурсы и стимулировать инновации. Интересно отметить, что западные специалисты придают этому эксперименту несравненно большее значение, чем это делается в нашей стране. Их внимание привлекает главным образом попытка превратить поликлиники в держателей средств, которые финансируют больницы за диагностику и стационарное лечение направляемых к ним больных. Между тем гораздо большее значение имела попытка ввести новый порядок выделения бюджетных средств на здравоохранение - на основе стабильных подушевых нормативов. Это было тогда главным, и это позволило бы сделать шаг в решении проблемы хронического недофинансирования здравоохранения. Но такая попытка в итоге не удалась.

Неудача эксперимента подтолкнула многих специалистов к мысли о необходимости кардинального реформирования системы финансирования и организации здравоохранения. Системный кризис советского общества, развернувшаяся критика советской политической и экономической системы и начавшееся ее разрушение привели к решительным сдвигам в представлениях лидеров медицинского сообщества о направлениях необходимых преобразований в финансировании и организации здравоохранения. Доминирующей идеей стало введение системы медицинского страхования.

Идеология реформы

Необходимость перехода к страховой медицине была провозглашена в начале 90-х годов во всех странах Восточной и Центральной Европы. В это время преобладала

идеологизированная эмоциональная оценка советской системы здравоохранения. Сложилось негативное восприятие административной системы управления, и возникла иллюзия, что ее необходимо заменить на рыночную систему, и стоит только это сделать, как все начнет меняться к лучшему - и качество медицинских услуг и эффективность функционирования системы здравоохранения.. Это поощрялось западными экспертами, которые рекламировали свои идеи о том, как лучше организовать здравоохранение.

Первыми по пути реформирования системы здравоохранения пошли Венгрия, Россия, Чехия, Эстония. Ментальное наследие прошлого создало значительные трудности для поиска рациональных решений и порождало стремление заменить старые институты без серьезного рационального анализа предлагаемых альтернатив. Определяющими на начальных этапах реформ оказались идеологические факторы. Реформы стали своего рода реакцией отторжения прошлой системы. Доминировало желание уйти как можно дальше от любого государственного вмешательства в здравоохранение, как реакция на прошлый опыт государственного управления.

В основу разработанных предложений о рыночных реформах в здравоохранении были положены следующие принципы:

- финансирование медицинской помощи населению за счет страховых взносов, которые платят предприятия, государство, население;
- организационное разделение тех, кто предоставляет медицинские услуги населению, и тех, кто их оплачивает, то есть разделение производителей и покупателей;
- конкуренция между производителями за получение финансовых средств от покупателей;
- конкуренция между покупателями, которые выступают посредниками между населением и медицинскими учреждениями, за привлечение средств населения;
- право пациентов на выбор врача, медицинского учреждения и посредника;
- предпочтительность негосударственных производителей и покупателей перед государственными.

Постсоциалистические страны следовали здесь примеру стран Запада, которые в 80-х гг. вводили квазирыночную систему финансирования здравоохранения, рассматривая это как средство повышения его эффективности.

Почему система является квазирыночной? - Из-за следующих ее отличий от "настоящего" рынка:

- потребители сами непосредственно не платят за услуги, и их предпочтения опосредуются другими лицами;
- друг с другом взаимодействуют по-преимуществу некоммерческие организации;
- нет рынков труда и капитала;
- финансовый контроль остается в руках государства;
- система в целом регулируется государством.

В системе бюджетной медицины государственные органы управления здравоохранением

сочетают функции финансирования медицинских учреждений с функциями управления их деятельностью. Разделение функций финансирования и функций прямого управления предоставлением услуг важно для того, чтобы сделать решения о распределении выделенных на здравоохранение бюджетных средств не подверженными влиянию соображений о необходимости поддерживать подведомственные медицинские учреждения безотносительно к эффективности их работы. Смысл установления квазирыночных связей в системе социального обслуживания состоит в стремлении найти децентрализованные процедуры управления производителями социальных услуг, которые побуждают их к ответственности окольным путем - посредством рыночных механизмов, и которые имеют внутренние системы оценивания, приближенные к действующим лицам.

Цели реформы

Инициатива введения страховой медицины принадлежала руководству Министерства здравоохранения СССР. Она была поддержана лидерами отраслевых групп специальных интересов - врачами, которые были избраны депутатами Верховного Совета Российской Федерации, руководителями и ряда региональных органов управления здравоохранением, а также значительной частью врачей. Политики, занятые борьбой за власть между руководством СССР и Российской Федерации, не уделяли серьезного внимания этим проблемам.

Деятельность по реформированию системы здравоохранения в России была сфокусирована в начале 90-х годов на решении двух главных задач: децентрализации принятия решений и использовании страхования как средства увеличения финансирования. Целью принятия в 1991 г. закона о медицинском страховании было в первую очередь создание нового механизма финансирования здравоохранения, предусматривающего внебюджетные каналы, которые обеспечат для системы здравоохранения дополнительные финансовые ресурсы и который позволит аккумулировать средства, поступающие из всех источников, что в свою очередь даст возможность увеличить объем доступных финансовых ресурсов и улучшить управление их использованием.

В других постсоциалистических странах введение медицинского страхования также рассматривалось прежде всего как средство получения гарантированных источников финансирования.

При разработке в начале 90-х г. предложений о введении медицинского страхования в России, как, впрочем, и в других постсоциалистических странах, не были приняты во внимание следующие факторы.

1. Возможные изменения внешних экономических условий функционирования всей системы здравоохранения в будущем: изменения платежеспособности предприятий, бюджетных возможностей, доходов населения.

Модель медицинского страхования формировалась на основе идеологических представлений о том, какой должна быть правильная система организации здравоохранения в условиях нормально функционирующей рыночной экономики. Между тем практические препятствия для внедрения новой системы порождались неустановившимся административным и экономическим окружением.

Планы реформ разрабатывались при неявном (само собой разумеющимся для разработчиков) предположении, что экономического кризиса не будет, и в уверенности, что местная власть и предприятия, выйдя из под удушающего контроля центра за их расходами, будут давать

деньги на здравоохранение. Возможность длительного экономического спада даже не рассматривалась; все полагали, что экономика после непродолжительного трудного периода пойдет вверх.

Уже потом в других странах, увидев трудности внедрения медицинского страхования в Чехии, Венгрии и России, стали реально оценивать возможные размеры поступлений от страховых взносов.

2. Сила государства, его способность обеспечить реализацию принятых законов; было очевидно, что в результате политического кризиса и целенаправленных действий демократической оппозиции во второй половине 80-х гг. сила государственного аппарата в восточноевропейских странах резко уменьшилась; но никто не думал о том, что в результате этого организационные преобразования могут быть осуществлены лишь частично, половинчато, с задержками, и какие последствия это может иметь для функционирования всей системы здравоохранения.

3. Разная административная способность в разных регионах; скорость или время, потребное для ее развития. Отсутствие или недостаток такой способности рассматривалось как фактор, который надо преодолеть. Но не принималось во внимание, что в течение какого-то времени во многих регионах эти недостатки сохранятся, и следовательно, намеченные преобразования будут реализованы лишь частично. К каким последствиям это приведет, не оценивалось.

4. Интересы чиновников, теряющих власть; будут ли эти потери властных полномочий достаточно компенсированы другими выгодами, а если нет, то достаточно ли сильна будет их исполнительская дисциплина и боязнь административных санкций, чтобы выполнять решения, ущемляющие их интересы.

5. Время, за которое может возникнуть реальная конкуренция, и что будет происходить, пока такой конкуренции не будет; как изменение финансирования скажется на качестве, эффективности и т.п. в отсутствии конкуренции?

Альтернативные сценарии развития событий не разрабатывались. Разные варианты преобразований не сопоставлялись. Как альтернативные решения выглядят с учетом перечисленных выше факторов.

Первоначальный замысел (1991 г.)

Проект реформы был подготовлен в сжатые сроки, и уже в июне 1991 г. был принят закон "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации". Суть модели медицинского страхования, предусмотренной этим законом, состояла в следующем. Финансирование здравоохранения должно происходить за счет обязательных и добровольных страховых взносов. Обязательное медицинское страхование (ОМС) работающих осуществляется за счет платежей предприятий, а неработающих и занятых в бюджетной сфере - за счет бюджетных ассигнований. Объем и условия оказания бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС определяются в базовой программе ОМС, утверждаемой правительством, и в территориальных программах, принимаемых на основе базовой местными органами власти. Медицинская помощь, оказываемая населению, оплачивается негосударственными страховыми медицинскими организациями.

Включение частных страховых компаний должно было ввести элементы свободного рынка и конкуренции покупателей в систему медицинского страхования. Предполагалось, что это будет на пользу системе, хотя основания для этого были скорее идеологическими, чем

рациональными. Введение элементов рынка, а именно: разделение производителей и покупателей медицинских услуг, появление независимых от медицинских учреждений посредников между ними и населением, экономически заинтересованных в защите интересов больных, конкуренция между страховщиками, - должно было увеличить эффективность отечественного здравоохранения.

Вместе с тем предусматривалось сохранение государственных органов управления здравоохранением, которые должны были выполнять контролирующие функции и заниматься разработкой и реализацией целевых программ, предмет которых лежит за рамками тех видов медицинской помощи, которые будут предоставляться в системе ОМС. Это изначально создавало ситуацию двоевластия, так как формировалась двухканальная система финансирования медицинских учреждений.

Нужно заметить, что предлагаемая система финансирования обществом здравоохранения, по сути дела, воспроизводила в новой форме и развивала ту систему финансирования, которая предусматривалась моделью "нового хозяйственного механизма", внедрявшейся с 1988 г.. Нормативы бюджетного финансирования трансформировались в страховые взносы из бюджета по фиксированным ставкам. Идея о введении нормативов бесплатной медицинской помощи населению превратилась в идею базовой программы ОМС. Разрешение учреждениям здравоохранения и заинтересованным организациям заключать договора на выполнение услуг сверх вышеуказанных нормативов получило развитие в установлении добровольного медицинского страхования. В дополнение к модели бюджетной медицины в модели ОМС появился новый источник гарантированного поступления средств в отрасль здравоохранения - платежи организаций по обязательному медицинскому страхованию.

Изменения в порядке финансирования здравоохранения были продолжением прежних попыток преобразования финансовых потоков в отрасль. Однако в том, что касается организаций финансовых потоков внутри отрасли, модель ОМС предполагала принципиальные нововведения. В системе здравоохранения появляются новые субъекты - страховые медицинские организации. Предприятия и органы государственного управления, выступающие страхователями, должны заключать договоры со страховыми организациями, которые в свою очередь выбирают медицинские учреждения и оплачивают лечебно-профилактическую помощь, предоставляемую застрахованным людям.

Новая модель предусматривает появление внутри отрасли финансовых институтов, аккумулирующих бюджетные и внебюджетные средства и имеющих возможность на законных основаниях осуществлять с ними коммерческие операции. Для чиновников, определяющих условия перечисления бюджетных средств медицинским страховым компаниям, проводящих аккредитацию медицинских учреждений, устанавливающих цены на медицинские услуги, порядок расчетов с медицинскими учреждениями и т.п., открываются многообразные новые возможности извлечения ренты из своего положения. Можно предполагать, что осознание таких возможностей оказалось весьма существенным дополнительным фактором, определившим активную реформаторскую деятельность руководства здравоохранения в центре и в ряде регионов.

Подготовительный этап (1991-1993 гг.). Изменение модели медицинского страхования

Закон "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации", предусматривал, что переход к страховой медицине должен был произойти в течение 1992-1993 гг.. Но очень быстро выяснилось, что такие сроки нереальны. Создание страховых компаний, разработка всей необходимой нормативно-правовой базы шло гораздо медленнее, чем на это

рассчитывали разработчики закона. Медицинские страховые организации интенсивно создавались и развертывали свою деятельность там, где местные власти активно поддерживали и занимались внедрением новой модели здравоохранения. Но таких регионов было меньшинство. Поэтому, чтобы не затягивать введение системы ОМС и соответственно не откладывать принятие решения об установлении обязательных взносов юридических лиц на медицинское страхование, реформаторы пошли на корректировку модели ОМС. В 1993 г. в закон были внесены существенные коррективы.

Согласно тексту закона о медицинском страховании, принятом в 1991 г., функции страховщиков должны выполнять страховые медицинские организации, независимые от органов управления здравоохранением и медицинских учреждений. Не предусматривалось наличия каких-либо специальных организаций для сбора и аккумулирования взносов на ОМС. В 1993 г. закон был дополнен положениями о создании таких организаций: федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования. Их статус был определен как самостоятельные некоммерческие учреждения. Их соучредителями являются органы представительной и исполнительной власти соответственно Российской Федерации и ее субъектов. При этом филиалам территориальных фондов ОМС временно предоставили право не только заключать договоры медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями, но и самим выполнять функции страховщиков и непосредственно взаимодействовать с медицинскими учреждениями. В 1994 г. 52% филиалов территориальных фондов ОМС выполняли функции страховщиков.

Таблица 4. Структура системы обязательного медицинского страхования*.

	1993	1994	1995	1996
Территориальные фонды ОМС	86	86	88	88
Филиалы территориальных фондов ОМС	1058	1103	1122	1160
Страховые медицинские организации	164	439	536	538
Лечебно-профилактические учреждения	-	4501	7372	8700

* данные на конец года.

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Таким образом, модель финансирования медицинской помощи, предусмотренная законом, стала "двухступенчатой": сначала средства поступают в государственные фонды обязательного медицинского страхования, затем - негосударственным страховым медицинским компаниям, которые уже заключают контракты непосредственно с медицинскими учреждениями. Аналоги такой двухступенчатой модели существуют лишь в двух странах: Нидерландах и Израиле. Особенностью российской модели стало разрешение выполнять функции страховщиков организациям первой ступени - территориальным фондам ОМС. Если страховых компаний в том или ином регионе недостаточно, то фонды вправе сами заключать контракты с медицинскими учреждениями.

При этом были сохранены и государственные органы управления здравоохранением. Их

функциями должно было стать финансирование целевых специализированных программ в сфере здравоохранения, контроль за оказанием медицинской помощи населению и разработка нормативных документов, регулирующих оказание медицинской помощи населению. Но права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены законодательством. Все это создало основу для возникновения серьезных коллизий в процессе практического введения системы ОМС.

Срок введения системы обязательного медицинского страхования был сдвинут на год. И тем не менее к началу 1994 г. многие необходимые нормативные документы не были подготовлены и отработаны. Так, не были утверждены медико-экономические стандарты и прейскуранты цен на медицинские услуги; не были определены порядок взаиморасчетов между фондами ОМС разных регионов, порядок включения в систему ОМС ведомственных медицинских учреждений и др. Основное внимание на подготовительном этапе уделялось преобразованию внешних каналов финансирования отрасли.

Размер обязательных взносов юридических лиц на медицинское страхование был установлен в 1993 г. равным 3.6% фонда заработной платы. 0.2% предназначается федеральному фонду ОМС, 3.4% аккумулируется территориальными фондами ОМС. Размеры взносов из бюджетов на медицинское страхование неработающих должны определяться в региональных программах ОМС.

Издержки реформы, отсутствие ее продуманности стало своеобразной платой за политическую возможность ее осуществления. В 1991 г. принятие закона о медицинском страховании прошло легко. В 1993 г. уже с большим трудом удалось добиться установления обязательных страховых взносов юридических лиц. Возникшая в начале 90-х годов политическая возможность реформы в здравоохранении обусловила необходимость ее быстрого проведения. Лидеры медицинского сообщества стремились быстрее использовать шанс вести целевой налог (взносы на ОМС) для финансирования здравоохранения.

Практическое внедрение новой системы финансирования (1994 г.)

В России на характер проведения реформы решающее влияние оказал фактор слабости государства. В этих условиях позиция, интересы отраслевых органов управления в центре и на местах приобрели особое значение для судьбы реформы. В разных регионах чиновники относились к реформе по-разному, что, естественно, сказалось на результативности преобразований.

Ни у Министерства здравоохранения, ни у Федерального фонда ОМС не было достаточных полномочий для того, чтобы контролировать выполнение субъектами Российской Федерации закона о медицинском страховании. К тому же в процессе подготовки к введению ОМС министерство здравоохранения было преобразовано в министерство здравоохранения и медицинской промышленности. Его возглавили новые люди, работавшие ранее в военной медицине. Реформа не была их детищем. Да и сама идея страховой медицины, по всей видимости была просто чужда их опыту и взглядам, сформировавшимся в специфических условиях военной медицины. После того, как удалось добиться введения взносов на ОМС, министерство практически перестало заниматься работой по развитию нормативно-правовой базы ОМС, контролем за проведением реформы и соблюдением требований закона о медицинском страховании. Последовательность введения элементов медицинского страхования не была определена в законодательстве и оказалась в полной зависимости от позиции региональных властей. Проведение реформы стало осуществляться децентрализованно.

В результате появились существенные региональные различия в последовательности, темпах и глубине преобразований. ОМС было внедрено с большими отступлениями от положений закона о медицинском страховании. Вместо последовательного перехода от одной системы финансирования здравоохранения - бюджетной, к другой системе - страховой, получилось эклектичное сочетание элементов разных систем. Сложилась пестрая картина "моделей" такого сочетания. В одних регионах функции страховщиков выполняют только страховые компании, в других - фонды ОМС, в третьих - и те и другие. В одних регионах из средств ОМС финансируется деятельность только больниц, да и то не всех, в других регионах - только поликлиники, в третьих - только часть видов медицинской помощи, предоставляемой населению, в четвертых - расходы лишь по определенным статьям и т.п.

На практике федеральная программа ОМС была утверждена только на один год - на 1993, а в последующие годы не принималась. Созданные фонды ОМС стали собирать взносы с юридических лиц в размере 3.6% от фонда заработной платы. А вот бюджетные средства перечислялись фондам не везде и не в полном объеме.

Таблица 5. Количество субъектов Российской Федерации, в которых осуществлялись платежи из бюджета на медицинское страхование неработающего населения.

	1993	1994	1995	1996
Количество субъектов РФ	5	51	59	67

Источник: Федеральный фонд ОМС.

В 1994 г. платежи из бюджета на страхование неработающего населения соотносились со страховыми взносами предприятий как 23 : 77; в 1995 г. - 31 : 69, в 1996 - 28 : 72. Между тем соотношение неработающего населения страны к работающему составляло в 1994 г. 54 : 46, а в 1995 г. и в 1996 г. - 55 : 45.

В результате реформы часть ресурсов здравоохранения стала формироваться за счет целевых налоговых выплат (обязательных взносов юридических лиц на медицинское страхование), и отрасль получила более стабильный источник финансирования. Но реформа не оправдала ожиданий тех, кто рассчитывал на увеличение финансовых потоков в здравоохранение. В 1994 г. объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и обязательных страховых взносов предприятий уменьшился на 9% по сравнению с 1993 г., а в 1995 г. - уже на 26% по отношению к предыдущему году.

Произошло не дополнение бюджетного финансирования обязательными страховыми платежами, а частичное замещение одного другим. После введения с 1994 г. обязательного медицинского страхования соответствующая доля затрат в федеральном бюджете сокращалась. В то же время и местные власти стали уменьшать расходы на здравоохранение, мотивируя это появлением нового источника финансирования - обязательных страховых взносов юридических лиц.

Таблица 6. Доля затрат на здравоохранение в бюджетных расходах (в %).

	1993	1994	1995	1996
Федеральный бюджет	1.7	1.6	1.3	1.2
Бюджеты субъектов	17.5	15.7	15.3	15.1

РФ					
----	--	--	--	--	--

Источник: Госкомстат России.

В 1993 г. размеры финансирования здравоохранения за счет бюджетных средств и за счет обязательных страховых взносов юридических лиц соотносились как 85:15; в 1994 г., в 1995 г. - 82:18, в 1996 г. - 81:19. То, что взносы на ОМС скорее заместили, чем дополнили бюджетное финансирование, наблюдалось и в других постсоциалистических государствах.

Однако все познается в сравнении. Если сопоставить динамику финансирования здравоохранения за счет бюджета и взносов на ОМС с динамикой затрат государства на образование и культуру, то оказывается, что ситуация с финансированием здравоохранения гораздо лучше, чем в других отраслях социальной сферы (см. таблицу 7).

Если валовой внутренний продукт за последние пять лет сократился на 38%, то реальный объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и страховых взносов - на 25%. Так что введение страховой медицины, несомненно, оказало позитивное стабилизирующее влияние на финансирование отрасли в кризисный период. Реформа позволила добиться некоторого перераспределения общественных ресурсов, правда сокращающихся, в пользу здравоохранения.

Однако возникла проблема дисбаланса между размерами финансовых потоков в здравоохранение и унаследованными от эпохи социализма обязательствами государства по обеспечению бесплатных медицинских услуг. Расходы государства на здравоохранение (бюджет плюс взносы на ОМС) в 1996 г. составили в сопоставимом выражении примерно 75% от величины этих ассигнований в 1991 г..

Таблица 7. Расходы государства на отрасли социально-культурной сферы (в реальном выражении, в % к затратам в 1991 г.)..

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Здравоохранение	100	80	108	99	72	76
в т.ч.						
государственный бюджет	100	80	91	81	59	65
обязательные страховые взносы юридических лиц	-	-	17	18	13	16
Образование*	100	79	79	76	56	66
Культура, искусство и средства массовой информации*	100	91	81	87	63	61

* - расходы из государственного бюджета.

Источник: рассчитано по данным Госкомстата РФ.

Таблица 8. Расходы государства на отрасли социально-культурной сферы
(в % к ВВП)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Здравоохранение	2.9	2.5	3.7	3.9	2.9	3.1
в т.ч.						
государственный бюджет	2.9	2.5	3.1	3.2	2.4	2.5
(обязательные страховые взносы юридических лиц	-	-	0.6	0.7	0.5	0.6
Образование*	3.6	3.6	4.1	4.5	3.4	3.7
Культура, искусство и средства массовой информации*	0.5	0.6	0.6	0.8	0.6	0.5

* - расходы из государственного бюджета.

Источник: рассчитано по данным Госкомстата РФ.

По расчетам В.П.Корчагина, в 1995 г. стоимость объема медицинской помощи, предусматриваемой базовой программой ОМС, составляла 4.4 % ВВП. Общий объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и страховых взносов предприятий на ОМС составил в 1995 г. 3.0% ВВП; в том числе средства, аккумулируемые в системе ОМС - 0.9% ВВП.

По расчетам Министерства здравоохранения России, в 1996 гг. затраты на финансировании лечебно-профилактической помощи населению в соответствии с базовой программой ОМС равнялись примерно 3.5% ВВП. Это требуемые затраты, если не менять существующую структуру предоставления медицинской помощи (соотношение объемов лечения в стационарах и в амбулаторных условиях, в том числе в стационарах одного дня). Между тем общий объем финансирования здравоохранения государством составил в 1996 г. 3.1% ВВП (в т.ч. 2.5% ВВП - финансирование здравоохранения: из бюджета; 0.6% ВВП - взносы предприятий на ОМС).

При наличии такого дисбаланса новая система финансирования здравоохранения просто обречена на частичное, фрагментарное введение и не может в полной мере продемонстрировать свои преимущества.

Средств не хватало, чтобы платить лечебным учреждениям по тарифам за оказанные медицинские услуги или по подушевым нормативам, при условии, что размеры тарифов или нормативов должны покрыть все виды необходимых затрат (оплата труда, расходы на медикаменты и оборудование, расходы на коммунальные услуги и т.п.). Поэтому невозможно было полностью отказаться от старого, затратного принципа финансирования, когда средства выделяются медицинским учреждениям на покрытие отдельных статей расходов. Недостаток средств означает, что часть статей расходов финансируется по мере возможностей, либо не финансируется вообще. Если же ввести новый принцип финансирования - по тарифам за услуги, либо по подушевым нормативам, то очень скоро возникла бы и постоянно увеличивалась задолженность фондов ОМС и страховых компаний медицинским учреждениям.

А если вследствие экономической необходимости сохраняется старый принцип финансирования медицинских учреждений, то совсем не обязательно торопиться с передачей бюджетных средств фондам ОМС. В результате в большинстве регионов текущая деятельность лечебных учреждений финансировалась как фондами ОМС (за счет страховых

взносов юридических лиц), так и органами управления здравоохранением (за счет бюджета). При этом за счет средств, аккумулируемых фондами ОМС, приходилось либо финансировать только часть больниц и поликлиник, либо оплачивать только часть их услуг.

В каждом регионе этот выбор производился самостоятельно. А поскольку экономическое положение регионов различно, и как следствие - различна мера несбалансированности финансовых ресурсов региональных систем здравоохранения с потребностями в финансовом обеспечении региональных программ ОМС, то и возникла пестрая картина моделей сочетания бюджетного и страхового финансирования здравоохранения в регионах.

Различия в административной способности органов управления здравоохранением в разных регионах стали важнейшим фактором, определившим региональные различия во внедрении ОМС. В тех регионах, где проводился с 1988 г. эксперимент, замена старой системы финансирования на новую происходила успешнее, поскольку уже был накоплен опыт реформирования и развита административная способность.

Показательно, что именно в тех регионах, в которых руководители региональных органов исполнительной власти поддерживали проведение реформы, там и возникло достаточное число страховых компаний, и из бюджета перечислялись средства в фонды ОМС в качестве страховых взносов за неработающее население. А там, где чиновники не прикладывали усилий или тормозили внедрение элементов системы ОМС, никакой закон не помог. Так что все определялось раскладом сил на местах, уровнем осознания чиновниками новых возможностей реализации своих интересов, то есть их административными способностями - но не в реализации закона, а в извлечении выгод для себя из новых обстоятельств. Для части чиновников реформа действительно предоставила новые возможности извлечения ренты из своего положения.

Таким образом, система обязательного медицинского страхования, предусмотренная законодательством, не была реализована в полном объеме. Реформа оказалась фрагментарной и частичной.

Фактически были осуществлены следующие структурные преобразования в системе финансирования здравоохранения:

- введено финансирование медицинской помощи населению за счет страховых взносов, которые платят предприятия и государство, но лишь частично, не выполняя своих обязательств;
- проведено организационное разделение тех, кто предоставляет медицинские услуги населению, и тех, кто их оплачивает.

Не были реализованы следующие принципы страховой медицины:

- нет конкуренции между страховщиками; страховые медицинские компании не были созданы во многих регионах, а там, где они есть, имеет место скорее разделение сфер влияния между компаниями, чем конкуренция;
- нет конкуренции между лечебно-профилактическими учреждениями;
- для пациента на практике затруднено право выбора врача и лечебно-профилактического учреждения;
- и у страховщиков, и у лечебно-профилактических учреждений, и у врачей пока нет стимулов к более эффективному использованию ресурсов, механизм финансирования по-прежнему

носит затратный характер.

Недостаточная продуманность реформ в здравоохранении, отсутствие последовательности в проводимой политике, согласованности действий разных субъектов реформы порождены не только условиями экономического и политического кризисов. Причины нужно искать в том, что реформирование здравоохранения происходило в условиях проведения масштабных экономических и политических реформ, и безотносительно к успешности указанных реформ это порождало проблемы для здравоохранения. Об этом свидетельствует опыт Китая. Политическая ситуация здесь несравненно стабильнее, чем в других постсоциалистических странах, а экономика устойчиво растет. И тем не менее, судя по оценке самих китайских исследователей, организация и финансирование здравоохранения в Китае находится в беспорядке вследствие экономических и политических реформ; нет согласованной и последовательной политики центрального правительства в области здравоохранения.

Приостановка реформы. Попытки восстановления государственной системы здравоохранения (1995-1996 гг.)

Фрагментарность введения ОМС и региональная дифференциация фактически сложившихся в 1994 г. переходных моделей ОМС сохранились без существенных изменений в течение 1995-1996 гг. Лишь в нескольких регионах была продолжена работа по развитию нормативно-правовой базы ОМС и расширению круга организаций и медицинских услуг, включаемых в систему ОМС. В большинстве регионов реформа была приостановлена, так как она породила конфликт интересов между территориальными фондами ОМС и страховыми компаниями, с одной стороны, и органами управления здравоохранением, с другой.

При широкомасштабном внедрении ОМС обнаружились пробелы в его нормативно-правовой базе. Основные составляющие нового механизма взаимоотношений между населением, предприятиями, государственными органами, страховыми организациями, медицинскими учреждениями не были достаточно отработаны. Это естественно привело к многочисленным коллизиям между фондами ОМС и страховыми компаниями, с одной стороны, медицинскими учреждениями с другой в связи с условиями и порядком финансирования их деятельности.

Но более серьезными стали коллизии между органами управления здравоохранением и фондами ОМС. В результате проведенных преобразований существенно сократились размеры средств, которые стали поступать в непосредственное распоряжение медицинских чиновников. Часть финансовых потоков пошла мимо них: через фонды ОМС и страховые компании. Средства, аккумулируемые фондами ОМС, составили в 1994 г. 26% от общего объема расходов государства на здравоохранение. При этом, как уже говорилось, права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены, особенно в условиях фрагментарности введения ОМС.

Все это послужило основой конфликта интересов региональных органов управления здравоохранением и фондов ОМС. Болезненную реакцию у медицинских чиновников и работников лечебных учреждений стала вызывать финансово-кредитная политика фондов ОМС, в частности, размещение средств на депозитах, затраты на приобретение фондами для себя зданий, автомобилей, компьютеров и т.п., и более высокий уровень доходов сотрудников фондов и страховых медицинских организаций.

По мнению критиков реформы, затраты на содержание фондов и страховых компаний были неоправданно высокими. В 1994 г. расходы на содержание исполнительных дирекций федерального и территориальных фондов ОМС составили 4,4% от объема страховых взносов предприятий; в 1995 г. - 4,8%. Страховые медицинские организации оставляли в 1994 г. на

ведение дел по ОМС 5,6% от объема проходящих через них средств, а в 1995 г. - 3,9%.

Следует отметить, что в сравнении с другими государствами такой уровень административных расходов не слишком высок. В странах OECD в 1990 г. административные расходы составляли в среднем около 5% затрат на здравоохранение, в США - около 15%, в Великобритании в 1992 г. - примерно 7% от средств региональных бюджетов здравоохранения.

Рост административных издержек - неизбежность при проведении реформ. Но на этом не акцентировалось внимания на подготовительном этапе реформы в России, а реакция на рост издержек стала особенно болезненной вследствие общего сокращения финансирования здравоохранения. Для результативности работы новой системы финансирования и организации здравоохранения необходима соответствующая инфраструктура: компьютерные сети, финансовая документация, отчетность, практика, отработанные методы бухгалтерского учета и контроля, подготовленные кадры. Когда стали это создавать - появились обвинения, что средства тратятся не на то, что надо, и лучше было бы их потратить, например на медикаменты. Для успеха реформ необходим рост финансирования отрасли.

В российской ситуации, когда финансирование сокращается, неизбежный из-за проведения реформы рост административных расходов выглядит как неоправданное отвлечение средств. Позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с контролем за качеством медицинской помощи и за рациональным использованием имеющихся ресурсов, не успели проявиться с достаточной определенностью и не уравновешивают затрат на содержание этих организаций. Поэтому федеральный и региональные фонды ОМС и страховые компании стали восприниматься большинством медицинских работников как ненужные и дорогостоящие посредники в системе финансирования здравоохранения.

Весной 1995 г. Минздравмедпром РФ попытался добиться внесения изменений в закон о медицинском страховании. В случае их принятия федеральный и территориальные фонды ОМС лишились бы своей самостоятельности и были бы подчинены органам здравоохранения. Это означало бы свертывание реформы и возврат к государственной системе здравоохранения. Но этот законопроект в Государственной Думе не прошел. После острых обсуждений реформы зимой и весной 1995 г. летом и осенью количество критических выступлений в средствах массовой информации резко уменьшилось. Фонды ОМС, в свою очередь, вдвое сократили долю расходов на содержание своего аппарата, размеры которых вызывали особое раздражение, и по всей видимости, стали в большей мере делиться в разных формах своими доходами с органами здравоохранения и тем самым пригасили их воинственный пыл.

Обращает на себя внимание, что конфликты между органами управления здравоохранением и фондами ОМС достигли наибольшей остроты зимой 1994 - весной 1995 гг. - к концу первого года этапа практического введения ОМС. Со второй половины 1995 г. конфликты стали ослабевать, и во многих случаях руководители фондов ОМС и руководители органов здравоохранения стали все чаще действовать сообща. По косвенным признакам можно заключить, что руководители фондов ОМС стали в большей мере "делиться" в различных формах с медицинскими чиновниками.

Тем не менее в 1996 г. была вновь предпринята попытка пересмотра существующей модели обязательного медицинского страхования. Осенью правительство внесло в парламент новый законопроект о внесении изменений и дополнений в закон о медицинском страховании. Законопроект отражал прежде всего интересы работников органов управления здравоохранением. Он предполагал замену элементов рыночного регулирования в системе ОМС государственным регулированием. Негосударственные страховые организации должны

были быть исключены из числа субъектов ОМС. Территориальные фонды ОМС, которые являются независимыми субъектами ОМС, предполагалось превратить в учреждения, подведомственные органам исполнительной власти. Фактически законопроект был ориентирован на воссоздание в новой форме государственной системы здравоохранения. Проблемы, порожденные непоследовательностью и фрагментарностью реформы, проводимой в здравоохранении, предполагалось решить путем отказа от принципов страховой медицины как основы организации здравоохранения в рыночной экономике.

Уже сам факт внесения правительством указанного законопроекта был воспринят в некоторых субъектах РФ как разрешение провести желаемые для медицинских чиновников изменения в модели ОМС. В декабре 1996 г. в Республике Марий Эл по инициативе правительства республиканский фонд ОМС исключил страховые медицинские организации из системы финансирования ОМС.

Новые группы специальных интересов в здравоохранении: страховые медицинские компании и фонды ОМС, сумели организовать коллективные действия против принятия законопроекта. И им удалось приостановить процесс его рассмотрения в парламенте.

В целом, в сфере здравоохранения сложилась ситуация примерного равновесия сил между тремя группами специальных интересов: медицинскими чиновниками, фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями. Выбор дальнейшего направления продолжения реформ будет определяться борьбой и взаимодействием этих групп. Интересы населения и даже интересы врачей при этом почти не представлены.

4. Институциональные изменения в сфере образования

Отрасль образования в советский период была относительно наиболее благополучной из всех отраслей социальной сферы. Это определялось тем, что развитие естественных наук, не мыслимое без соответствующего развития всей пирамиды образования - от начального до высшего - являлось фундаментом военно-промышленного комплекса, обеспечивавшего внешнюю безопасность существования советского строя. Хотя и в этой сфере, начиная с 70-х годов, все более широкое явление получали теневые экономические отношения, включая взяточничество при поступлении в высшие учебные заведения, тот потенциал качества, который был накоплен в предшествующий период, в сочетании с относительно приоритетным (в рамках все того же остаточного принципа) финансированием, позволял сфере образования выполнять ее социальную функцию в обществе на приемлемом уровне. На него не оказали серьезного воздействия те многочисленные так называемые "реформы" образования, которые не раз проводились в послевоенный период. Все они (переход на 11-летнее обучение и обратно, введение всеобщего политехнического образования и отказ от него, расширение сети спецшкол и сужение ее и т.д.) относились к организации образовательного процесса и частично содержания обучения, никак не затрагивая его экономический механизм. Соответственно этими аспектами ограничивался и опыт реформирования системы образования, накопленный в течение советского периода у работников этой системы.

Начало перестройки было воспринято ими в этой связи как возможность отказа от мертвящего идеологического давления, усилившегося в образовательных учреждениях в период застоя, а не как возможность осуществления серьезных экономических преобразований. Эта тенденция сохранилась и в период кардинальных экономических реформ в 90-е годы. Изменения, произошедшие в сфере образования в этот период, касались главным образом содержания образовательной деятельности и институциональной структуры системы образования, и в малой степени - экономических механизмов ее функционирования. Исключением явился лишь возникший сектор негосударственного образования, где

содержательные изменения сочетались с внедрением рыночного механизма.

Положительные сдвиги в сфере образования в России были связаны с появлением новых видов образовательных учреждений, внедрением и распространением инновационных и авторских программ обучения, введением альтернативности и ликвидацией всеобщей унификации обучения при одновременном сохранении всего лучшего из накопленного опыта российской системы образования.

Позитивные изменения в содержании образования не сопровождались, к сожалению, адекватными улучшениями в материально-технической базе отрасли. Сокращение инвестиций привело к росту численности учеников, занимающихся во вторую и третью смены. Если в 1985 г. их доля составляла 19.3% от общего числа школьников, то в 1996 г. - уже 25.0%. В вузах практически отсутствует бюджетное финансирование статей расходов, связанных с приобретением нового оборудования, учебной научной литературы, повышением квалификации и обмена опытом.

В последние годы происходит развитие новых форм общеобразовательных учреждений: гимназий, лицеев, негосударственных школ, - альтернативных традиционным государственным школам. В 1996 г. число гимназий составило немногим менее 1000 (1993 г.- 743), лицеев - 630 (1992 г.- 447), негосударственных школ - 540 (1993 г.-368). Техническое обеспечение учебного процесса, бытовые условия в этих образовательных учреждениях, как правило, много выше по сравнению с основным массивом школ.

Следует отметить определенную противоречивость общего хода реформ в образовательной сфере: возникновение негосударственного сектора соседствует с категорическим запретом на приватизацию государственных учебных заведений, государственные гарантии финансирования образования - с массовыми и длительными задержками выплат заработанной платы, новаторские учебные программы - с крайне устарелой материально-технической базой большинства школ и вузов и т.д. Такая ситуация является результатом разнородных усилий групп специальных интересов, действующих в данной сфере. От возможностей этих групп влиять на принятие управлеченческих решений на федеральном, региональном и местном уровнях зависит в значительной степени динамика и направления трансформации всей образовательной системы.

Изменения в нормативно-правовом пространстве

Правовые контуры преобразований в сфере образования были определены Указом Президента России, принятом 11 июля 1991 г. "О первоочередных мерах по развитию образования в РСФСР" (далее - Указ Президента №1) и Законом РФ "Об образовании", принятом 10 июля 1992 г., который воспроизвел и развил основные положения упомянутого Указа. С социально-экономической точки зрения наиболее значимым в этих документах было то, что они объявляли образование приоритетной сферой государственных интересов и должны были существенно повысить статус ее работников путем значительного повышения уровня оплаты их труда. Последняя должна была быть доведена и поддерживаться для работников средней школы - на уровне средней оплаты труда в промышленности, а для профессорско-преподавательского состава вузов - в два раза превышать этот уровень.

Эти положения закона не выполнены до сих пор, и реальная динамика оплаты труда работников образования демонстрирует существенное отставание от "нормативной" величины (см. таблицу 11). Более того, даже эта низкая заработная плата систематически задерживается с выплатой. Точно также продекларированная приоритетность образовательной сферы никак не проявилась ни в объеме бюджетного финансирования, ни в

доле этих расходов по отношению к ВВП.

Принятый в 1992 г. закон "Об образовании" примечателен не только неудавшейся попыткой ввести гарантии государственного финансирования образования в целом. Он разрешил создание негосударственных образовательных учреждений, установил порядок их лицензирования и государственной аккредитации. Негосударственные образовательные учреждения, прошедшие государственную аккредитацию, получили право на бюджетное финансирование. Размеры финансирования устанавливаются на основе нормативов, определяемых в расчете на одного учащегося. Таким образом, финансирование должно производиться пропорционально фактическому количеству обучающихся в данном образовательном учреждении, независимо от его статуса.

Важным этапом в процессе развития и укрепления нормативно-правовой базы деятельности учреждений образовательной сферы в новых экономических условиях стало принятие в январе 1996 г. федерального закона "О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации "Об образовании". В ряду принципиально важных положений данного документа следует выделить подтверждение гарантий общедоступности и бесплатности образования всех ступеней общего образования; отмену конкурсной системы отбора в государственные и муниципальные учреждения для получения среднего полного общего и начального профессионального образования; установление права на внеконкурсный прием в государственные и муниципальные образовательные учреждения среднего профессионального и высшего профессионального образования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, а также инвалидов первой и второй группы при условии успешной сдачи ими вступительных экзаменов.

Закон закрепил права образовательных учреждений предоставлять платные дополнительные образовательные услуги, не предусмотренные обязательными образовательными программами и государственными стандартами, и заключать договора с физическими и юридическими лицами на полностью платное обучение сверх финансируемых за счет учредителей заданий по приему обучающихся и переподготовке специалистов. Право на включение в систему централизованного государственного финансирования теперь распространяется не на все образовательные учреждения, получившие государственную аккредитацию, а только на общеобразовательные учреждения.

Развитие негосударственного сектора

В отличие от промышленности, строительства и т.п., негосударственный сектор в образовании возник не путем приватизации государственных образовательных учреждений, а посредством создания новых средних и высших учебных заведений, дополнявших а не замещавших государственные школы и вузы.

Серьезные дискуссии в 1994 г. вызвали разработанные в Госкомимуществе варианты законопроектов о разгосударствлении и демонополизации сферы образования. Один из них предполагал проведение приватизации учебных заведений по образцу программы приватизации в промышленности и был отвергнут правительством. Другой предусматривал выборочное разгосударствление учебных заведений. При этом основные фонды остаются в государственной или муниципальной собственности и лишь переходят в пользование частному учебному учреждению. Приватизируются права учредителя, дающие возможность определять направления и формы образовательной деятельности. Данный проект не нашел поддержки ни у работников отрасли, ни у законодателей из-за ожидаемых негативных социальных последствий в случае его принятия.

Результатом прошедших дискуссий стало принятие Государственной Думой уже в начале 1995 г. закона "О сохранении изменение статуса государственных и муниципальных образовательных учреждениях и моратории на их приватизацию". Закон предусматривал введение запрета на приватизацию в ближайшие три года всех типов образовательных учреждений, включая и объекты их производственной и социальной инфраструктуры. На этот же срок запрещалось изменение состава учредителей образовательных учреждений и передача их субъектам Российской Федерации. Таким образом, защитив образовательные учреждения от неупорядоченной и поспешной приватизации, грозящей разрушением сложившейся образовательной системы, законодатели законсервировали эту систему и исключили возможность проведения вообще каких бы то ни было организационно-экономических преобразований существующих образовательных учреждений.

Запрет на изменение состава учредителей по существу сделал нереальными надежды руководителей образовательных учреждений на расширение источников финансирования их деятельности, так как лишил их возможности привлекать в состав учредителей бизнесменов и финансистов, готовых "в обмен" на такое участие осуществлять разнообразную спонсорскую деятельность образовательных учреждений. В ответ на разнообразное давление, оказываемое на законодателей, в окончательной редакции этого закона, принятой в том же году, появилось разрешение на изменение состава учредителей образовательного учреждения. Однако, такое изменение может осуществляться лишь за счет включения новых учредителей из числа представительных и исполнительных органов власти, полностью исключая частных учредителей. Иными словами, учреждениям образования была предоставлена возможность искать дополнительные финансовые ресурсы в региональных и местных бюджетах, которые, как известно, вряд ли могут рассматриваться в качестве источника таковых.

Развитие альтернативной системы образования, в особенности школьного, вызвало противодействие части работников государственной системы образования. Они выступают за ужесточение требований, которые должны предъявляться к частным школам, и за лишение их права на получение бюджетного финансирования. Это мотивируется необходимостью защиты прав детей от некачественного обучения и ссылками на то, что частные школы - это школы для элиты, для богатых и финансировать их из бюджета наравне с обычными школами - это социально несправедливо.

Стремление стабилизировать свое финансовое положение обусловило дальнейшее развитие в вузах системы платного обучения. На условиях полного возмещения затрат в государственных вузах России в 1996 г. обучалось 326.1 тыс. студентов или 11.6% от числа всех студентов (1993 г. - 3.7%, 1994 г. - 4.6%, 1995 г. - 8.7%). На контрактной основе в государственных вузах и средних специальных учебных заведениях обучалось соответственно 3% и 2% студентов.

Развитие негосударственного сектора в сфере образования, который, по сути, является единственным проявлением реальных институциональных преобразований в этой сфере, заметно осложнилось с принятием в 1996 г. новой редакции Закона "Об образовании". Среди основных поправок, вошедших в новую редакцию закона и заметно ущемляющих положение негосударственных образовательных учреждений, следует выделить следующие:

- равными правами при поступлении в вузы теперь обладают лишь только выпускники негосударственных школ, имеющих, не только лицензию, но и обязательно государственную аккредитацию;
- право на получение отсрочки от призыва на воинскую службу распространяется только на вузы, имеющие государственную аккредитацию, а количество их среди негосударственных исчисляется единицами;

- из текста закона исключено положение о праве негосударственных вузов, прошедших государственную аккредитацию на получение бюджетного финансирования, и положение о предоставлении личного государственного образовательного кредита; тем самым государство отказывается от бюджетного финансирования негосударственных вузов;
- окончательно запрещается приватизация образовательных учреждений.

Принятые поправки усиливают политическую зависимость негосударственных образовательных учреждений от властных структур, осложняют их экономическое положение, вынуждая идти по пути увеличения размера оплаты за обучение, сокращают правовые и социальные гарантии учащихся, снижая в глазах последних привлекательность получения негосударственного образования.

В целом, развитию сети негосударственных образовательных учреждений в России противостоят, с одной стороны, интересы консервативной части педагогических работников, которые видят угрозу своему положению со стороны новых учебных учреждений, как правило апробирующих новейшие педагогические технологии, привлекающие к себе наиболее способных учащихся и педагогов. С другой стороны, экономические интересы чиновников и реальные финансовые возможности территориальных органов управления образованием вступают в конфликт с необходимостью финансировать негосударственные образовательные учреждения, прошедшие государственную аккредитацию.

Проблемы учебного книгоиздания

Одним из общепризнанных достижений реформы школьного образования, начатой еще в годы перестройки стало санкционирование многовариантности образования, основывающейся на возможности использования различных, альтернативных учебниках и учебных пособиях. Выбор последних стал делом педагога. Вместе с тем, для обеспечения единства образовательного процесса в масштабах всей федерации в оборот было введено понятие федерального комплекта учебников, как совокупности бесплатно предоставляемых школьникам учебных материалов, отобранных на основе общественной экспертизы из всего их разнообразия.

Финансирование издания федерального комплекта учебников изначально было возложено на федеральный бюджет. С ростом проблем обеспечения наполняемости федерального бюджета в правительстве созрела идея передачи финансирования федерального комплекта на уровень субъектов федерации. Так, уже в проекте федерального бюджета на 1994 г. не было предусмотрено выделения средств на эти цели. По замыслу правительства, закупку учебников с 1994 г. должны были осуществлять региональные органы управления образованием. То есть, предполагалось переложить эти расходы на местные бюджеты. Но средств для этого в местных бюджетах не было. Исключением являлись лишь экономически сильные регионы. Например, московские власти выделили 3.5 млрд.руб. на издание учебной литературы в 1994 г.

В результате правительство скорректировало свою позицию, приняв решение о финансировании издания школьных учебников и разработке стратегии перехода к региональному финансированию программ издания и распространения учебных книг, а также механизма перехода на свободную продажу школьных учебников с учетом необходимой социальной защиты обучающихся. Однако, на практике не удалось реализовать запуск механизмов регионального финансирования школьных учебников, и ситуация с угрозой срыва издания федерального комплекта бесплатных учебников к очередному учебному году сохранялась.

Для предотвращения повторения подобных ситуаций предлагалось включить статью "Федеральный комплект учебников" в число защищенных бюджетных статей. Кроме того, для сокращения издержек на осуществление соответствующей издательской программы предлагалось предусмотреть меры по преодолению монополизма в издательской деятельности, в частности, в рамках принятия президентского Указа "О протекционистской политике в сфере учебного книгоиздания", который предусматривал бы конкурсную (тендерную) основу распределения государственного заказа на издание школьных учебников.

Предпринятая в середине 1996 г. Федеральным собранием попытка законодательно урегулировать этот вопрос и предотвратить хроническое недофинансирование учебного книгоиздания не увенчалась успехом. Принятый федеральный закон "О федеральном комплекте учебников", предписывающий введение специальной защищенной статьи в федеральный бюджет, не был подписан Президентом РФ, сославшимся на его противоречие политике демонополизации и децентрализации процессов учебного книгоиздания.

5. Институциональные изменения в сфере культуры

Особенностью положения дел в сфере культуры были активные и отчасти результативные действия ряда очень небольших, по сравнению с другими отраслями, групп специальных интересов. Речь идет прежде всего о творческих союзах и федеральных организациях культуры.

В тоталитарной системе творческие союзы служили прежде всего целям идеологического контроля за деятелями искусства. Но в определенной мере творческие союзы выполняли и функции распределения. С началом "перестройки", когда идеологическое давление на деятелей культуры и искусства стало ослабевать, творческие союзы трансформировались из организаций, используемых властью для реализации своих интересов по отношению к творческим профессиональным сообществам, в организации, используемые профессиональными сообществами для давления на власть, для лоббирования своих цеховых интересов. Вектор политической деятельности союзов поменял свою направленность на противоположную.

Именно союз кинематографистов разработал и добился введения в 1988 г. новой модели организации кинематографа, предусматривающей отмену государственного управления процессом кинопроизводства и кинопроката и замену его рыночным регулированием. Правда, последствия реформы оказались не теми, на которые рассчитывало творческое сообщество. Киностудии и режиссеры стали самостоятельно определять, какие картины им снимать. Но и кинопрокатные организации стали сами решать, какие киноленты покупать и прокатывать. Неожиданным для кинорежиссеров результатом стало вытеснение отечественных фильмов с киноэкранов страны. Покупать и прокатывать второсортные зарубежные фильмы оказалось гораздо дешевле.

После распада СССР в структуре правительства России не было предусмотрено самостоятельного федерального органа, занимающегося кинематографом. Существовавшие ранее союзный и российский комитеты по кинематографии были влиты в состав министерства культуры. И затем происходит одно из самых интересных событий в реформировании сферы культуры. Союз кинематографистов стал лоббировать воссоздание самостоятельного государственного органа управления кинематографом. Коалиции между группами специальных интересов, действующих в смежных, но разных секторах сферы культуры, не получилось. Кинематографисты предпочли добывать средства из бюджета, действуя независимо. В 1992 г. был создан комитет по кинематографии, представляющий в правительстве интересы кинематографической элиты. Как результат, в 1993-1995 гг. ежегодно

увеличивалось число фильмов, производство которых финансировалось государством. Это происходило на фоне быстрого сокращения кинопроизводства.

Таблица 9. Выпуск полнометражных игровых фильмов.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Выпуск кинофильмов, всего	375	178	137	74	51	20
в т.ч. с финансированием государством	24	19	26	29	35	20

Источник: Госкино России.

Активную роль в проводимых в сфере культуры преобразованиях сыграл союз театральных деятелей. Он добился введения для государственных театров очень удобной модели хозяйствования. В ней был реализован следующий принцип: со стороны государства - обязательства финансировать театр, со стороны театра - никаких обязательств и полная свобода творчества и хозяйственной деятельности. Театры, оставаясь формально некоммерческими организациями и пользуясь налоговыми льготами, получили возможность заниматься предпринимательской деятельностью и распределять среди своих работников полученные от нее доходы.

В переходный период группы специальных интересов в сфере культуры, так же как и работники образования, добивались установления в законодательстве гарантированного минимального уровня расходов государства на культуру. У них хватило сил провести в 1992 г. через парламент "Основы законодательства о культуре", в котором говорилось, что финансирование культуры должно составлять не менее 2% средств федерального бюджета и не менее 6% средств местных бюджетов. Нужно заметить, что в условиях острого конфликта исполнительной и законодательной властей Верховный Совет России с легкостью принимал законы, возлагающие дополнительные обязанности на правительство, которое в свою очередь столь же легко игнорировало многие из принимавшихся тогда решений.

В 1993 г. доля затрат на культуру в совокупных расходах федерального бюджета не только не достигла 2%, предусмотренных законом, но и значительно сократилась по сравнению с предыдущим годом: с 1.5% до 1.0%. Для борьбы за соблюдение уже принятого закона у профессиональных сообществ и отраслевых органов управления сил оказалось недостаточно. Сокращение затрат федерального бюджета на культуру происходило в 1993 г. быстрее, чем падение производства ВВП. Расходы на культуру уменьшились в сопоставимой оценке на 44%, а ВВП сократилось на 12%. Однако сокращение ассигнований из федерального бюджета было компенсировано увеличением затрат из местных бюджетов. В 1993 г. эти затраты выросли в сопоставимой оценке на 22% по сравнению с предыдущим годом. В относительном выражении доля затрат на культуру в расходах местных бюджетов увеличилась с 2.4% в 1992 г. до 2.9% в 1993 г. Таким образом, в 1993 г. произошло значительное перераспределение нагрузки между федеральным и местными бюджетами в финансировании сферы культуры. Если в 1992 г. соотношении федерального и местных бюджетов в финансировании культуры равнялось 51 : 49; то в 1993 г. - 33 : 67.

Парламентские выборы, прошедшие в декабре 1993 г., вызвали некоторое усиление внимания

политических сил к состоянию отечественной культуры. Слова о необходимости сохранения культурного наследия, возрождения культуры были в предвыборных программах практически всех партий. Пользуясь ситуацией, группам специальных интересов в сфере культуры удалось усилить свое давление на правительство и парламент. В конце 1993 г. был принят президентский указ, предоставляющий государственным учреждениям культуры, а также творческим союзам и их членам ряд дополнительных налоговых и таможенных льгот. В 1994 г. расходы на культуру из федерального бюджета увеличились в сопоставимой оценке на 8% по сравнению с предыдущим годом. Доля затрат на культуру и средства массовой информации в расходах федерального бюджета возросла с 1.0% до 1.1%.

Однако в 1995 г. затраты государства на культуру, искусство и средства массовой информации уменьшились в сопоставимом выражении на 27.4% по сравнению с 1994 г. В 1996 г. беспрецедентным оказалось секвестрирование расходов федерального бюджета на культуру, искусство и средства массовой информации: выделенные средства равнялись 42.0% от запланированной величины.

Кинематографическому сообществу удалось добиться принятия в августе 1996 г. федерального закона "О государственной поддержке кинематографии Российской Федерации". Закон предусматривает, что государственное финансирование кинематографии устанавливается в размере не менее, чем 0.2 % расходной части федерального бюджета. Но повторилась та же история, что и с "Основами законодательства о культуре". В утвержденном федеральном бюджете на 1997 г. затраты на кинематографию были предусмотрены в размере 0.06% от расходов. Закон предусматривает также предоставление значительных налоговых льгот организациям кинематографии. Но соответствующих изменений собственно в налоговом законодательстве не последовало.

Главной особенностью развития *телевидения и радиовещания* в переходный период стали высокие темпы замещения государственного финансирования внебюджетными средствами, прежде всего доходами от рекламы. До начала 90-х годов затраты на телевидение и радиовещание практически полностью покрывались государством. Объем коммерческой рекламы был незначителен, и реклама носила в основном скрытый характер. Затем правительство, испытывая трудности с формированием бюджета, разрешило использование эфирного времени на государственном телевидении и радио для показа коммерческой рекламы и использования полученной за это платы для финансирования основного вещания. Процесс замещения бюджетного финансирования доходами от продажи эфирного времени для рекламы пошел очень быстро. По данным Федеральной службы по телевидению и радиовещанию, уже в 1994 г. средств, поступающих из федерального бюджета на финансирование вещания по первому каналу телевидения, хватало только на обеспечение пяти часов эфирного времени в сутки. В 1996 г., в год проведения президентских выборов, бюджетные ассигнования государственному телевидению обеспечивали лишь 6 часов вещания в сутки.

В 1992-1996 гг. сокращался объем вещания, непосредственно обеспечиваемый государственным телевидением. Первоначально вечернее время четвертого канала было передано негосударственной телекомпанией НТВ. Затем права вещания по шестому частотному каналу получила негосударственная компания ТВ-6. В 1995 г. вещание на первом частотном канале вместо государственной телекомпании "Останкино" стало осуществлять акционерное общество закрытого типа "Общественное Российское телевидение" (ОРТ). Его учредителями, помимо государства стал ряд негосударственных коммерческих структур. Тем самым был создан прецедент слияния государственного и частного финансирования производства "чистых общественных благ". В 1996 г. указом президента восьмой частотный канал, который использовался Всероссийской государственной телевизионной и радиовещательной компанией в дневное время и негосударственной телекомпанией НТВ в вечернее время, в полном объеме закреплен за НТВ.

Печатные средства массовой информации, наоборот, столкнулись с недостаточностью платежеспособного спроса и доходов от размещения рекламы для покрытия растущих затрат на печатание газет и журналов. С 1992 г. из федерального бюджета ежегодно выделяются субсидии ряду изданий по перечню, утверждаемому парламентом.

Контроль властной элиты за средствами массовой информации и прежде всего за телевидением не только не ослаб, но стал более эффективным. Это со всей убедительностью продемонстрировала предвыборная президентская кампания 1996 г. Традиционные механизмы государственного регулирования, сочетающие бюджетное финансирование с влиянием в рамках системы административного права, трансформировались в механизмы влияния, характерные для клановых отношений.

6. Теневая приватизация в социальной сфере

Приватизация в социально-культурной сфере, в отличие от отраслей материального производства, не получила заметного развития. Первоначально приватизация государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, образования и культуры была запрещена, за исключением аптек и кинотеатров. В принятой программе приватизации государственных предприятий в 1994 г. такой запрет был снят. Предусматривалось разработать специальные федеральные законы, устанавливающие порядок приватизации в отраслях социально-культурной сферы. Но этого не было сделано.

Запрет на приватизацию не распространялся на социально-культурные учреждения, принадлежавшие государственным предприятиям. Исторически эти, так называемые "ведомственные", учреждения не имели статуса государственных, хотя находились на балансе государственных предприятий. В процессе приватизации предприятий такие объекты либо были переданы в муниципальную собственность, либо оставались в собственности уже приватизированных предприятий. Во втором случае происходила их формальная приватизация. Формальная потому, что объект социально-культурной сферы переходил в частный сектор, не приобретая прав юридического лица, и по-прежнему оставаясь на балансе той же самой, но уже негосударственной коммерческой организации. Тем не менее государственная статистика относила такие учреждения к разряду приватизированных.

Еще одной формой легальной приватизации социально-культурных объектов была передача религиозным организациям культовых зданий, национализированных после 1917 г. и являющихся памятниками культуры. Проблема состояла в том, что объектом притязаний церковных общин были главным образом те монастыри и храмы, в которых после национализации были размещены музеи и другие виды социально-культурных учреждений, поскольку соответствующие здания и помещения реставрировались и ремонтировались, в отличие от многих других, которые использовались под склады и производственные помещения. В результате подобная приватизация нередко означала ухудшение условий деятельности организаций культуры, которым зачастую не предоставлялись взамен равноценные по площади и качеству помещения.

В условиях прямого запрета на приватизацию государственных и муниципальных социально-культурных учреждений в 1992-1996 гг. происходил малозаметный процесс спонтанного присвоения отдельных правомочий собственности руководителями и работниками социально-культурных учреждений в отношении их имущества. Некоторые исследователи называют данный процесс "спонтанной приватизацией". Представляется более подходящим термин "*теневая приватизация*", поскольку более важной характеристикой данного процесса является то, что происходит формально нелегитимное присвоение правомочий, которое однако опирается на неформальное взаимное санкционирование таких действий чиновниками

разного уровня и работниками этих учреждений. Нелегитимность фактически означает лишь, что подобное присвоение правомочий собственности не санкционировано в долгосрочном плане. Временной отрезок действия неформальных социальных санкций неопределенен.

Опираясь на известную классификацию правомочий собственности, предложенную А. Оноре, можно выделить в качестве объектов теневой приватизации следующие правомочия:

- право пользования имуществом - право личного использования в своих целях работниками учреждений их помещений, оборудования, мелкого инвентаря;
- право управления - право самостоятельного принятия решений о том, кем и как может быть использовано имущество учреждений;
- право на извлечение дохода - право на получение и личное присвоение денег и иных благ, появляющихся вследствие собственного использования имущества, либо разрешения использовать его другим лицам.

В качестве примеров можно указать следующие распространенные формы такого присвоения правомочий собственности:

- самостоятельное принятие решений руководителями социально-культурных учреждений о сдаче их помещений в аренду, назначение фиксируемой в договоре и теневой платы за аренду, присвоение последней;
- неучтенный прием пациентов с использованием оборудования лечебного учреждения за наличную оплату;
- подготовка абитуриентов к поступлению в вуз преподавателями в аудitorиях того же вуза без оформления арендных отношений;
- использование компьютерной техники для извлечения личных доходов;
- использование музыкальных инструментов и оборудования клубных учреждений для частного обслуживания различного рода праздничных мероприятий, торжеств.

Общим признаком этих разнообразных форм присвоения правомочий собственности является отсутствие платы владельцу имущества за его использование и неуплата налогов с получаемых личных доходов, что обеспечивает высокую экономическую эффективность такого рода деятельности для ее субъектов. Отсюда их заинтересованность в получении, сохранении и расширении возможностей такого присвоения.

С 1992 г., после либерализации экономики, в условиях продолжающегося экономического спада и сокращения бюджетных возможностей государства материальное положение работников здравоохранения, образования, культуры резко ухудшилось в абсолютном и в относительном, в сравнении с другими социальными группами, выражении. Сохраняется низкий престиж их профессий. Интересы персонала социально-культурных учреждений, финансируемых из бюджета, стали сосредоточены на поиске средств для выживания. Они вынуждены искать вторичную занятость, любые возможности получения дополнительных доходов. Приватизация доходов от использования находящегося в их распоряжении имущества государственных и муниципальных социально-культурных учреждений является стала наиболее удобным и легко осуществимым способом решения этой задачи.

В свою очередь, следствием взаимного санкционирования чиновниками своих правомочий собственности в отношении государственного имущества является отсутствие рационального анализа эффективности использования ресурсов в социально-культурной сфере и отсутствие попыток усилить финансовый контроль за использованием бюджетных средств. Сопротивление органов отраслевого управления в центре и на местах, руководителей и работников социально-культурных учреждений приватизации и любым преобразованиям этих учреждений проистекает из того, что значительная часть правомочий собственности на государственное имущество уже ими приватизирована, и они боятся их потерять в случае

преобразований. Сохранение бесплатности предоставления услуг отвечает интересам и чиновников, и работников учреждений, поскольку служит для первых основанием для получения государственных средств в свое распоряжение, а для вторых дает возможность получать плату за свои услуги прямо от клиента.

Нельзя сказать, что теневая приватизация - это "открытие" периода экономической реформы. Широко распространенные в доперестроочный период явления использования оборудования, помещений и другого государственного имущества промышленных предприятий в личных целях работников этих предприятий принадлежали именно к этому классу явлений.

Необходимо отметить, однако, что "теневая" приватизация в централизованно планируемой экономике и в современных условиях имеют разные основания. В первом случае ее основой выступали запретительно высокие - в условиях тотальной государственной собственности - издержки контроля со стороны государства за использованием его имущества. Сегодня основная предпосылка теневой приватизации - слабая спецификация правомочий собственности. Например, как показывает анализ процесса теневой приватизации в научно-исследовательских организациях разных форм собственности, в государственных НИО ее уровень значительно выше, чем в тех институтах, которые трансформировались в акционерные общества.

Таким образом, практика функционирования негосударственного сектора образования и его взаимодействия с государственным сектором убедительно иллюстрирует общую закономерность: законодательный запрет экономически эффективных способов использования ресурсов будет массово нарушаться в целях реализации интересов экономических субъектов. Это означает, что реальным препятствием теневой приватизации, если она рассматривается государством как негативное явление, может стать лишь изменение экономических интересов субъектов образовательной деятельности.

В этой связи предметом особого внимания со стороны государства стать такое явление как некоммерческая приватизация. Именно она выступает тем институтом, который позволяет совместить некоммерческую миссию образовательных учреждений с реализацией принципов эффективного использования ограниченных ресурсов. Принятые федеральные законы "О благотворительной деятельности и благотворительных организациях", и "О некоммерческих организациях" вместе с Гражданским кодексом РФ образуют достаточную нормативную базу для становления некоммерческой приватизации в сфере образования.

7. Коммерциализация деятельности учреждений социально-культурной сферы

Нормативно-правовые ограничения на приватизацию в социально-культурном комплексе, призванные сохранить его отрасли в качестве производителей общественных благ, предоставляемых всему населению на бесплатной и льготной основе, не могли, разумеется, изолировать эту сферу от процессов перехода к рыночным взаимоотношениям в народном хозяйстве страны. Учреждения и организации социально-культурного комплекса повсеместно столкнулись с последствиями таких явлений, как либерализация цен, резкое ужесточение бюджетных ограничений, усиление дифференциации доходов в различных отраслях народного хозяйства, и на предприятиях различных форм собственности и т.д.

Стремясь осуществлять свою миссию в изменившихся экономических условиях, с одной стороны, и справедливо заботясь о приспособлении доходов своих работников к росту цен, учреждения социально-культурной сферы осуществляли адаптацию к формирующейся рыночной экономике прежде всего посредством коммерциализации своей деятельности.

Этот процесс осуществлялся в четырех основных формах:

1. введение фактической (теневой) оплаты за предоставляемые стандартные "бесплатные" услуги населению;
2. сокращение набора бесплатных услуг, "вымывание" бесплатных видов услуг из их традиционного перечня;
3. предоставление новых видов профильных платных услуг;
4. предложение новых видов непрофильных платных услуг, основанных на использовании материально-технической базы учреждений не по ее назначению.

Возможности для реализации той или иной из указанных форм коммерциализации были различными для разных учреждений и секторов социально-культурного комплекса. Среди факторов, обуславливающих распространение этих форм, следует выделить, в первую очередь, такие как:

- наличие пробелов или, наоборот, прямых запретов в правовых актах, регулирующих деятельность в отдельных секторах социально-культурной сферы;
- обслуживаемые контингенты населения, дифференциация их доходов и потребительских предпочтений;
- материально-техническая база учреждений, местоположение, производственная площадь, широта возможностей использования -оборудования;
- дефицитность предоставляемых социально-культурных услуг, то есть наличие и масштабы платежеспособного спроса населения;
- сложившиеся традиции профессионального поведения работников учреждений;
- социальная значимость предоставляемых услуг, уровень социального контроля за ходом и качеством предоставляемых платных услуг;
- наличие традиций теневой коммерциализации в дореформенный период.

В зависимости от сочетания этих факторов, а также от действия различных внешних причин, масштабы и темпы коммерциализации были существенно дифференцированы в отдельных секторах социально-культурной сферы.

Резкое удорожание посещения детских дошкольных учреждений было обусловлено в первую очередь тем обстоятельством, что предприятия и организации, в чьем ведении находилась значительная их часть, и которые дотировали их деятельность, после начала реформ в большинстве своем утратили возможность предоставлять такие дотации. В этих условиях, общий рост цен на товары и услуги и, соответственно, издержек детских дошкольных учреждений, мог быть компенсирован только соответствующим скачком цен за пребывание в них детей. Именно этот фактор и определил общее повышение цен на услуги детских дошкольных учреждений, поскольку в муниципальных дошкольных учреждениях, которые продолжали дотироваться из местных бюджетов, плата за пребывание в них детей росла гораздо меньшими темпами. Иными словами, в данном секторе социально-культурной сферы процесс коммерциализации проходил иначе, чем в других секторах.

В отрасли здравоохранения, где перечисленные выше факторы коммерциализации действовали наиболее "согласованно", имела место "классическая" ее форма. Действительно, начиная с середины 70-х годов в учреждениях здравоохранения самое широкое распространение получила теневая оплата оказываемых медицинских услуг. Особенно высоко оплачивалось повышенное качество предоставляемого обслуживания, не только собственно медицинского, но и связанного с бытовыми условиями пребывания в больничных учреждениях. Спрос на медицинские услуги обладает малой эластичностью по ценам на них и определяется объективными нуждами пациентов. В силу резкой ограниченности высококачественного медицинского оборудования соответствующие услуги являлись остро дефицитными, что в сочетании с отмеченной неэластичностью спроса обусловило

возможность резкого повышения цен на них. По той же причине приобретение коммерческими лечебными организациями современного оборудования позволило предоставлять населению новые высококачественные виды услуг, разумеется, - по монопольно высоким ценам. Действовали в этой отрасли и другие из отмеченных выше факторов.

В сфере культуры, в таких секторах, как исполнительское искусство и выставочная деятельность, существовал и существует достаточно устойчивый платежеспособный спрос со стороны определенных слоев населения на услуги, предоставляемые соответствующими видами организаций. К тому же с 1987 г. начались эксперименты по коммерциализации деятельности государственных театрально-зрелищных организаций. Еще до начала рыночных реформ здесь были созданы предпосылки для адаптации этих организаций к условиям рынка. По данным Министерства культуры России, в 1995 г. внебюджетные поступления составляли 27.7% средств государственных и муниципальных театров.

В таких же секторах культуры, как библиотечное и музейное дело, возможности для коммерциализации были более ограниченными. Процесс коммерциализации в библиотеках осуществлялся, в силу высокой эластичности спроса по цене, в основном в двух формах: предоставление дополнительных платных услуг (например, выдача на дом книг и журналов из читальных залов за плату, ксерокопирование, организация платных кружков по изучению иностранных языков и др.) и сдача помещений в краткосрочную аренду для проведения различных мероприятий сторонними организациями. Однако доходность этих форм коммерческой деятельности невелика. В 1995 г. внебюджетные поступления составляли всего 2.8% средств государственных и муниципальных библиотек. Для музеев этот показатель равнялся 18.3%.

8. Эволюция социально-культурных отраслей

В 1992-1996 гг. сеть учреждений здравоохранения, образования, культуры, финансируемых из бюджета, была в основном сохранена. Ограниченностю бюджетных возможностей государства в переходный период обусловила снижение показателей ввода в действие новых социально-культурных учреждений и ухудшение материально-технической базы действующих учреждений. Постепенное формирование негосударственного сектора в этой сфере, как правило, не сопровождалось адекватным развитием его материальной базы: частные школы, детские сады, больницы, театры и т.д. размещаются в уже существовавших зданиях, а не во вновь построенных объектах.

Таблица 10. Ввод в действие объектов социально-культурной сферы.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Больницы, число коек (тыс.)	31.4	21.8	17.4	8.2	14.3	12.4	9.7	8.7
Поликлиники, посещений в смену (тыс.)	76.3	85.5	62.5	30.6	47.3	39.4	36.1	19.0
Общеобразовательные школы, число мест (тыс.)	520.1	514.6	395.8	303.1	296.3	194.0	218.0	149.7

Источник: Госкомстат России.

Серьезные проблемы возникли с объектами социальной инфраструктуры, принадлежавшими промышленным и сельскохозяйственным предприятиям. В плановой экономике значительная часть учреждений культуры и рекреации, здравоохранения, дошкольных учреждений находилась на балансе предприятий. Расходы на их содержание покрывались за счет доходов предприятий, и статус этих учреждений отличался от статуса государственных учреждений. В условиях перехода к рыночной экономике и экономического кризиса содержание таких объектов стало для предприятий тяжелым бременем. Во многих случаях эти объекты стали либо закрываться, либо сдаваться в аренду или продаваться коммерческим структурам, которые использовали их по иному назначению. В результате общее число дошкольных учреждений сократилось за период 1992-1995 гг. на 12%, массовых библиотек - на 10% за период 1992-1996 гг., клубных учреждений - на 17%.

В то же время численность занятых в отраслях социально-культурной сферы не только не сократилась, но выросла за период 1992-1996 гг. на 6.2%. Это происходило вопреки тому, что значительно усилился разрыв в оплате труда между работниками социально-культурной сферы и занятыми в других отраслях экономики. Объяснить это можно тем, что усиление разрыва компенсировалось стабильностью доходов: до конца 1995 года зарплата в отраслях социально-культурной сферы выплачивалась без существенных задержек, в отличие от многих предприятий материального производства.

Таблица 11. Численность занятых в отраслях социально-культурной сферы

(тыс. чел.)

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Здравоохранение, физическая культура и спорт, социальное обеспечение	3747	4238	4305	4227	4243	4400	4500	4600
Образование, культура и искусство	6380	7231	7273	7521	7239	7400	7600	7700

Источник: Госкомстат России.

Таблица 12. Средняя заработная плата в отраслях социально-культурной сферы в %)

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Народное хозяйство в целом	100	100	100	100	100	100	100	100
Здравоохранение	70	68	76	65	76	78	69	74
Образование	77	68	71	62	68	73	62	67
Культура	69	63	67	54	62	63	57	62

Источник: Госкомстат России.

В конце 1995 г. сформировалась и стала нарастать задолженность бюджета по выплате заработной платы работникам социально-культурной сферы. Острой реакцией на это стало мощное забастовочное движение. В первом полугодии 1997 г. сфера образования стала центром забастовочной борьбы, на нее пришлось более 90% всех прошедших в стране забастовок.

Отсутствие необходимой финансовой базы функционирования отраслей социально-культурной сферы породило процесс размывания системы бесплатного социально-культурного обслуживания. Ухудшается качество социально-культурных услуг, предоставляемых основной массе населения, происходит замена бесплатных услуг платными, развивается система теневой оплаты, сужаются возможности низкодоходных групп населения в получении этих услуг и в воздействии на тех, кто эти услуги предоставляет.

Обозначилась тенденция к поляризации секторов, обслуживающих массового и элитарного, высокодоходного потребителя. В то время как экономическое положение организаций, ориентированных на высокодоходные группы, достаточно благоприятное, подавляющее большинство социально-культурных учреждений по-прежнему решает задачи собственного выживания, и их положение является критически неустойчивым. В условиях стабильно недостаточного бюджетного финансирования и низкой платежеспособности населения этот сектор медленно деградирует.

Здравоохранение.

В 90-е годы состояние здоровья населения России ухудшалось. До 1995 г. увеличивалась смертность населения и уменьшалась средняя продолжительность жизни. В 1995-1996 гг. обозначилась противоположная тенденция. В 1993-1995 гг. росла общая заболеваемость населения. Наиболее значительным был рост числа заболеваний инфекционными и паразитарными болезнями: в 1.4 раза за 1991-1995 гг., болезнями крови и кроветворных органов - в 1.7 раза, болезнями органов пищеварения - в 1.3 раза, туберкулезом - в 1.7 раза, сифилисом - в 24.6 раза.

Ухудшение состояния здоровья населения - это результат не только сложной социально-экономической и экологической ситуации в стране, но и ухудшения уровня медицинского обслуживания населения. Об этом свидетельствует, в частности, превышение темпов роста смертности от инфекционных и паразитарных болезней - 1.7 раз за период 1991-1995 гг. над показателем темпов роста заболеваемости этими болезнями - 1.4 раза.

Между тем в самом здравоохранении обозначились некоторые структурные изменения. Отмена административного планирования развития сети лечебно-профилактических учреждений и сокращение государственного финансирования здравоохранения привели к ликвидации в период с 1992 г. по 1996 г. 6% больничных учреждений и уменьшению на 8 % количества больничных коек в расчете на 1000 человек населения. Следует отметить, что аналогичный процесс происходил и в других государствах с переходной экономикой. В среднем по странам Центральной и Восточной Европы показатель обеспеченности населения больничными койками уменьшился на 5% в 1992-1994 гг. В России закрывались маленькие больницы, главным образом в сельской местности, которые были не способны предоставить полноценное лечение и использовались скорее как учреждения социальной помощи. Учитывая избыточную по сравнению с другими странами обеспеченность больничными койками, указанное их сокращение также нельзя расценивать как негативное изменение. К тому же оно сопровождалось расширением возможностей амбулаторного лечения. Число коек в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях возросло к концу 1996 г. в 1.6 раза по сравнению с 1989 г.

Таблица 13. Показатели состояния здоровья и медицинского обслуживания населения.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Число заболеваний с впервые установленным диагнозом (на 1000 населения)	н.д.	651,2	667,5	615,6	654,3	653,2	678,8	646,8
Смертность (на 1000 населения)	11,3	11,2	11,4	12,2	14,5	15,7	14,9	14,3
Ожидаемая продолжительность жизни (при рождении)	69,3	69,2	69,0	67,9	65,1	64,0	65,0	65,9
Число больничных учреждений (тыс.),	12,5	12,8	12,7	12,6	12,6	12,3	12,1	12,0
- в них коек (на 1000 населения)	13,5	13,8	13,5	13,1	12,9	12,7	12,6	12,4
Средняя продолжительность пребывания в больничном учреждении (в днях)	17,0	16,6	16,7	17,0	16,8	18,0	16,8	
Число амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс.),	19,4	21,5	20,9	20,7	20,9	21,6	21,1	22,0
- число посещений в смену (тыс.)	201,9	217,4	220,6	223,9	228,7	233,0	235,6	236,0

Источник: Госкомстат России.

Структурные изменения происходили и в кадровом составе отрасли. Число врачей увеличивалось, а численность среднего медицинского персонала сокращалась. Последнее является косвенной характеристикой снижения качества медицинского обслуживания населения, так как именно средний медицинский персонал обеспечивает в значительной мере и эффективность работы врачей-специалистов, и степень комфорта пребывания пациентов в лечебных учреждениях. Низкое соотношение численности среднего медицинского персонала и численности специалистов, составлявшее в 1996 г. 2,46, свидетельствует, что значительный объем работ, не требующий высокой квалификации, но необходимый для обеспечения качественного лечения, либо выполняется врачом, либо вообще не выполняется.

Таблица 14. Численность занятых в здравоохранении.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Число врачей всех специальностей, всего, тыс.	620,7	667,3	632,2	637,2	641,6	636,8	653,4	650,0
на 10000 населения	43,2	45,0	42,6	43,0	43,4	43.3	44,5	44,0
Численность среднего медицинского персонала. Всего, тыс.	1756,7	1844,0	1717,3	1709,1	1674,2	1613,2	1628,4	1600,0

на 10000 тыс. населения	122,4	124,5	115,8	115,3	113,1	109,7	110,0	110,0
----------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Источник: Госкомстат РФ

Образование.

Происходящие в 90-е годы изменения были связаны в первую очередь с развитием новых видов образовательных учреждений, внедрением и распространением новых инновационных и авторских программ обучения, введением альтернативности и ликвидацией всеобщей унификации обучения при одновременном сохранении всего лучшего из накопленного опыта российской системы образования.

Позитивные изменения в содержании образования сопровождались ухудшением материально-технической базы отрасли. Сокращение инвестиций привело к росту численности учеников, занимающихся во вторую и третью смены. Если в 1985 г. их доля составляла 19,3% от общего числа школьников, то в 1996 г. - уже 25,0%.

Таблица 15. Показатели развития сферы образования.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Детские дошкольные учреждения	81,8	87,9	87,6	82,0	78,3	72,8	68,6	62,9
Дневные общеобразовательные школы (тыс.),	67,1	67,6	67,9	68,3	68,1	68,2	68,4	68,8
в них детей (тыс.)	18574	20328	20427	20503	20565	21104	21521	21700
Число учителей на 1000 учащихся	63,0	70,6	73,0	76,1	79,0	78,9	78,4	79,5
Высшие учебные заведения	502	514	519	535	548	553	569	573
Число студентов вузов на 10000 населения	206	190	186	178	171	172	179	190
Число выпускники вузов на 10000 населения	33	27	27	29	30	28	27	28
Негосударственные общеобразовательные школы	-	-	-	-	368	447	525	540
Негосударственные высшие учебные заведения	-	-	-	-	78	157	193	244

Источник: Госкомстат России.

Количество высших учебных заведений в России увеличилось по сравнению с 1991 г. почти на 11,5% и достигло в 1996 г. 573. Особенно интенсивно за последние годы росла сеть негосударственных вузов. В настоящее время они составляют более 43% от общего числа вузов, однако около половины из них сосредоточено в Московском регионе, а обучается в них менее 6% всех студентов страны.

Число студентов, приходящееся на 10 тыс. населения, сокращалось вплоть до 1994 г. Это сокращение происходило в основном за счет учащихся по заочной и вечерней формам обучения. В последние годы снижается прием на обучение по тем специальностям, масштабы подготовки специалистов по которым были "раздуты" в предшествующие годы в связи с потребностями идеологической сферы и гигантского военно-промышленного комплекса. С 1994 г. тенденция снижения численности студентов изменилась на противоположную.

Культура.

Эту сферу отличала разнонаправленность эволюции различных ее секторов в рассматриваемый период. Если общее число библиотек, клубных учреждений, парков культуры и отдыха, кинотеатров уменьшалось, то сеть театров и музеев, наоборот, расширялась. Однако показатели посещаемости всех видов учреждений культуры снижались.

Таблица 16. Развитие сети и показатели деятельности государственных и муниципальных учреждений культуры.

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Театры, всего	338	382	393	421	439	460	470	490
Посещаемость театров (на 1000 населения)	507	375	340	298	279	235	213	198
Музеи, всего	964	1315	1379	1425	1478	1602	1725	1740
Посещаемость музеев (на 1000 населения)	724	972	769	641	541	447	509	511
Библиотеки, всего (тыс.)	62.7	62.6	59.2	57.2	56.9	54.8	54.4	53.9
Число посетителей библиотек (на 1000 населения)	571	487	441	418	417	402	407	403
Клубные учреждения, (тыс.) в них мест (на 1000 населения)	76.3 97	73.2 90.4	70.6 85.1	66.0 80.8	63.7 75.9	61.3 76.0	59.9 74.6	58.7 73.6

Источник: Госкомстат России.

Тенденция резкого увеличения кинопроизводства в 1988-1991 гг. сменилась столь же быстрым его сокращением: в 1985 г. в России было выпущено 86 художественных кинофильмов, в 1991 г. - 375, в 1992 г. - 178, а в 1996 г. - только 20.

9. Направления необходимых преобразований

Для того, чтобы приостановить деградацию отраслей социально-культурной сферы, необходимы преобразования, которые можно сгруппировать в три группы:

- преобразование системы финансирования;
- институциональные преобразования;
- структурные преобразования.

Преобразование системы финансирования. В первую очередь нужна нормализация экономической ситуации в социально-культурных отраслях, нормализация экономических условий функционирования медицинских, образовательных организаций, учреждений культуры. Необходимо четко определить обязательства государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи и образования и сбалансировать эти обязательства с реальными финансовыми потоками. Обязательства должны быть специфицированы в нормативах и стандартах, определяющих перечни и объемы медицинских и образовательных услуг, предоставляемых населению бесплатно, и размеры затрат на них, гарантируемые государством. Выделение бюджетных ассигнований на здравоохранение и образование и финансирование организаций этих отраслей должно происходить на основе таких финансовых нормативов.

Для того, чтобы сбалансировать обязательства и их финансовое обеспечение, нужно либо увеличить финансирование, либо пересмотреть обязательства, ввести платность части медицинских услуг и высшего образования с одновременным установлением компенсаций для малоимущих категорий населения.

Сокращение перечня бесплатных или дотируемых услуг и изменение условий их получения - мера радикальная, крайне непопулярная. Если рассматривать эту меру как чисто финансовую и осуществлять ее изолированно, без изменений в других компонентах государственной политики, то такая мера может повлечь значительные негативные социально-экономические последствия. Если установленные государством обязательства гарантии финансирования не будут выполняться, если не будет обеспечен эффективный контроль за расходованием выделяемых средств, если не будут созданы дееспособные механизмы защиты прав граждан (и тех, кто будет теперь оплачивать услуги, и тех, кто по-прежнему будет получать их бесплатно), то такая мера приведет к воспроизведству прежних проблем на новом уровне и усилению социального недовольства.

Нельзя также рассчитывать и на то, что можно просто сократить участие государства в предоставлении социальных услуг, ввести квазирыночные механизмы, которые сами собой рационализируют деятельность в этой сфере. Опыт реформ в странах с развитой рыночной экономикой показывает, что необходимым условием успешности рыночных реформ в социальной сфере является высокий уровень административной способности соответствующих органов власти и высокий уровень государственной дисциплины. Без этого введение элементов рынка оборачивается ослаблением механизмов регулирования производства социальных благ и наносит ущерб и государству в целом, и слабо защищенным слоям населения.

Наоборот, если изменение условий финансирования социальных услуг будет сопровождаться нормализацией условий экономической деятельности социально-культурных учреждений, если социально слабо защищенные слои населения в результате не проиграют, а выиграют от улучшения качества предоставляемых именно им бесплатных услуг, если будет продемонстрирована решимость президента и правительства в преодолении злоупотреблений,

в установлении и соблюдении четкого порядка в предоставлении социальных услуг, то такая мера будет воспринята спокойно и окажет позитивное влияние на положение дел в социальной сфере.

Для того, чтобы обеспечить рациональное расходование государственных средств, необходимо добиться "прозрачности" соответствующих финансовых потоков и экономической деятельности государственных и муниципальных некоммерческих организаций. Обеспечение "прозрачности" включает осуществление таких мер, как введение системы национальных счетов в социально-культурных отраслях, обеспечивающей учет всех источников доходов соответствующих учреждений и направлений их использования; установление конкурсного порядка закупки медикаментов и оборудования; обязательность публикации всеми получателями государственных средств отчетов о расходовании этих средств и своих бюджетов.

Необходимые *институциональные преобразования* связаны прежде всего с превращением социально-культурных учреждений в самостоятельно хозяйствующих субъектов. Это необходимое условие повышения экономической эффективности их деятельности. Статус юридического лица должны иметь все лечебно-профилактические и образовательные учреждения за исключением малокомплектных школ, расположенных в сельской местности, и медицинских учреждений, жестко связанных друг с другом в рамках единой технологии оказания медицинской помощи (например, поликлиники в составе больниц).

Необходимо устранить институциональные препятствия на пути привлечения негосударственных структур к участию финансированию деятельности социально-культурных учреждений:

- осуществить серию pilotных проектов по созданию новых образовательных учреждений, медицинских организаций, и организаций культуры, соучредителями которых выступают органы государственной власти, местного самоуправления и негосударственные организации, и отработке механизмов их финансирования и управления их деятельностью;
- отменить нормы законодательства, запрещающие приватизацию государственных и муниципальных образовательных учреждений; в специальном законе определить допустимые формы и порядок преобразования государственных и муниципальных образовательных, медицинских и культурных учреждений в некоммерческие организации, имеющие разных соучредителей.

Важное значение имеет также обеспечение более четкого разграничения полномочий и ответственности в области здравоохранения, образования и культуры между органами исполнительной власти разных уровней, органами местного самоуправления.

Структурные преобразования связаны с рационализацией сети социально-культурных учреждений и перераспределением имеющихся в отраслях социально-культурной сферы материальных и кадровых ресурсов и выделяемых государством финансовых средств в пользу секторов:

- обеспечивающих более эффективное использование ресурсов; в частности в здравоохранении - перераспределение средств в пользу профилактики и амбулаторно-поликлинического обслуживания;
- предоставляющих услуги, отвечающие реальному платежеспособному спросу, в частности расширение подготовки кадров по специальностям, пользующимся спросом со стороны абитуриентов и работодателей и сокращение масштабов обучения по ряду специальностей естественно-научного и инженерного профилей, по которым существует перепроизводство специалистов;

- представляющих собой негосударственные организации.

Необходимость решения этих задач осознана правительством. Весной 1997 г. реформаторское крыло правительства инициировало подготовку нового этапа **реформирования здравоохранения**. Упорядочение государственных гарантий в сфере здравоохранения, установление нормативов затрат на предоставление медицинской помощи, проведение структурных преобразований отвечало интересам Министерства здравоохранения, стремящегося усилить свою роль в системе управления здравоохранением. Усиление финансовых гарантий в рамках системы обязательного медицинского страхования и объединение фондов социального страхования и обязательного медицинского страхования отвечало интересам последних. Выявившаяся общность интересов стала основой для разработки концепции реформирования здравоохранения, которая была утверждена Правительством 7 августа 1997 г.

В концепции просматриваются все те направления преобразований, которые были рассмотрены выше, и главные задачи реформы предстают следующим образом.

Преобразование системы финансирования здравоохранения.

1. Ежегодно будет утверждаться "Федеральная программа государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью". Программа будет содержать перечень видов медицинской помощи, предоставляемых бесплатно, их объемы, а также федеральные подушевые нормативы затрат на ее оказание. При этом не предусматривается сокращения перечня видов медицинского обслуживания, предоставляемого населению бесплатно.
2. Медицинское страхование рассматривается как основной механизм финансирования медицинской помощи. Для того, чтобы он полноценно заработал, будет изменен порядок платежей на ОМС неработающего населения. Они будут производиться на паритетной основе из федерального бюджета и из бюджетов субъектов РФ. Федеральный фонд ОМС должен получать средства из федерального бюджета и распределять их по регионам, так, чтобы обеспечить выравнивание среднедушевых затрат на здравоохранение в соответствии с федеральными нормативами. Регионы будут получать трансферты из федерального фонда ОМС при условии перечисления ими своей доли финансирования в территориальные фонды ОМС. Соотношение трансфертов из федерального фонда ОМС и соплатежей из региональных бюджетов составит в 1998 г. в среднем 1 : 1,6.

Намеченные преобразования создадут условия для полного введения системы ОМС. Деятельность медицинских учреждений будет финансироваться из одного источника - средств ОМС. Это позволит оказаться от принципа содержания медицинских учреждений независимо от объема оказываемых ими услуг и реализовать принцип "деньги следуют за пациентом", создаст условия для повышения эффективности работы медицинских организаций и реструктуризации их сети. Расширяются возможности граждан в выборе медицинской организации и врача.

В качестве задачи на перспективу рассматривается консолидация средств социального и обязательного медицинского страхования и создание единой системы обязательного медико-социального страхования. Такая консолидация создаст реальную заинтересованность объединенных фондов медико-социального страхования и страховых организаций в снижении заболеваемости застрахованных, в рационализации расходования средств на профилактику заболеваний, лечение и реабилитацию.

3. Обеспечение "прозрачности" финансовых потоков в системе здравоохранения.

Институциональные преобразования.

1. Поэтапная интеграция ведомственных медицинских учреждений в территориальные системы здравоохранения. Это необходимо, чтобы избавиться от дублирования лечебных учреждений в государственном секторе и обеспечить реализацию принципов социальной справедливости и рациональное использование государственных финансовых и материальных ресурсов. Объекты ведомственных систем здравоохранения должны постепенно передаваться в собственность субъектов Российской Федерации и в муниципальную собственность, а их финансирование будет осуществляться через систему обязательного медицинского страхования или из бюджетов субъектов Российской Федерации.
2. Устранение существующего дублирования функций страховщиков, которые выполняют и страховые медицинские организации, и филиалы фондов ОМС; последним это будет разрешаться лишь в районах с малой плотностью населения, где по этой причине объективно затруднена деятельность страховых организаций.
3. Приведение правового положения лечебно-профилактических учреждений в соответствии нормам гражданского законодательства, расширение спектра организационно-правовых форм медицинских организаций.

Структурные преобразования в системе предоставления медицинской помощи.

1. Усиление роли первичной медико-санитарной помощи.

Увеличение объемов медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях. Развитие системы оказания медицинской помощи врачами общей практики и предоставление им права распоряжения финансовыми средствами. Развитие поликлиник как центров предоставления специализированных консультативно-диагностических и реабилитационных услуг, амбулаторной терапии и хирургии, медико-социальной помощи.

2. Реорганизация стационарной медицинской помощи.

Сокращение и рационализация коечного фонда, уменьшение объемов дорогостоящей стационарной помощи при одновременном увеличении объемов услуг в стационарах дневного или краткосрочного пребывания. Возрождение межрегиональных и межрайонных специализированных медицинских центров, как форме приближения специализированной помощи к населению с учетом современных условий.

3. Воссоздание и развитие межрегиональных и межрайонных специализированных медицинских центров, рассматриваемое как средство увеличения территориальной доступности специализированной помощи для населения.

4. Создание правовых условий для развития частной медицинской деятельности.

Объектом внимания обновленного правительства стало и положение дел в ***сфере общего и профессионального образования.*** В течении летних и осенних месяцев 1997 г. велось интенсивное обсуждение концепции организационно-экономической реформы образования. Как и в концепции реформирования здравоохранения, здесь также просматриваются перечисленные выше направления необходимых преобразований. Выделим наиболее важные специфические для этой сферы задачи реформы.

Введение новых механизмов реализации конституционных гарантий в области образования.

1. Создание и введение национальной системы образовательных стандартов и тестирования для обеспечения единства требований к качеству предоставляемых услуг

- и получаемого образования.
2. Переход к бюджетному финансированию общего образования на основе подушевых нормативов; федеральные нормативы будут служить для расчета потребностей регионов в бюджетном финансировании общего образования и определения соответствующей целевой компоненты в трансферах регионам из федерального бюджета; на региональном уровне должны быть разработаны территориальные нормативы подушевого финансирования образовательных организаций.
 3. Обеспечение "прозрачности" финансовой и хозяйственной деятельности образовательных организаций и органов управления образованием.

Институциональные преобразования.

1. Расширение самостоятельности образовательных учреждений, предоставление основной части из них статуса юридического лица; это расширит возможности привлечения внебюджетных ресурсов, а в сочетании с введением нормативного подушевого финансирования создаст условия для преодоления иждивенческих мотивов в деятельности администрации и трудовых коллективов школ и породит у них стимулы к эффективному использования средств, к экономии и снижению неоправданных потерь на коммунальных и хозяйственных расходах и т.п.
2. Развитие практики "многоучредительства" образовательных организаций, что откроет возможности для кооперации государственных и муниципальных органов власти, заинтересованных юридических и физических лиц в поддержке образовательной деятельности.
3. Развитие перспективных форм интеграции учебных заведений (объединение вузов в крупные многопрофильные классические, технические и социально-экономические университеты, присоединение к укрупненным университетам и академиям профильных средних специальных учебных заведений и отраслевых институтов повышения квалификации).
4. Реорганизация системы управления образованием, развитие демократических форм управления образовательным процессом.

Структурные преобразования в системе образования.

1. Изменение структуры предложения на рынке образовательных услуг, используя механизм государственного заказа на подготовку специалистов.
2. Развитие вариативности образования.
3. Отмена ограничений по коммерческому приему в учебные заведения сверх выполнения государственного заказа.
4. Расширение форм финансовой поддержки платежеспособного спроса населения на образовательные услуги (целевой социальный образовательный кредит).