Институциональные реформы в социально-культурной сфере

Глава 16

16.1 Необходимость реформ в отраслях социально-культурной сферы

Социально-культурная сфера представляет собой достаточно обширный сектор российской экономики. По данным Госкомстата России, число занятых в здравоохранении, образовании, культуре и учреждениях социального обеспечения составляет более 18% от общей численности работающих.

В советский период официальная идеология подчеркивала достижения в развитии именно этой сферы при сопоставлении положения дел в СССР с зарубежными странами. Упоминалось, что по оценкам Всемирной организации здравоохранения для организации удовлетворительного медицинского обслуживания необходимо иметь 28 врачей на 10 тыс. чел. населения, тогда как 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 была одним из лидеров в мире в сфере развития высшего и среднего образования: число студентов на 10 тысяч чел. в том же году в России составило 206, тогда как в Великобритании — 112, в Германии — 138, в Японии - 142 и только в США — 257.

Вместе с тем в плановой экономике социально-культурная сфера обладала наименьшим приоритетом при распределении ресурсов. По такому показателю, как доля расходов на эту сферу в ВВП, Россия к концу эпохи социализма намного отставала от стран с развитой рыночной экономикой (табл.16.1). Наибольшим был разрыв по уровню затрат на

здравоохранение. Что касается собственно расходов государства на здравоохранение и образование, то общемировая тенденция состоит в том, что чем больше производство ВВП в расчете на душу населения, тем выше доля этих расходов в ВВП (табл. 16.2). По данным показателям Россия уступала странам с развитой рыночной экономикой и почти всем европейским социалистическим странам, оставаясь на уровне несоциалистических стран с близким показателем подушевого ВВП.

Таблица 16.1

Расходы на 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 16.2

Расходы государства на здравоохранение и образование в отдельных странах в 1990 г. (в % ВВП)

	Здравоохранение	Образование	ВВП на душу населения, в долларах США
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	4,4	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

(см. продолжение)

	Здравоохранение	Образование	ВВП на душу населения, в долларах США
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. World Bank. Investing in health. 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; Economies in Transition Studies. Regional Monitoring Report. N 3, 1995, p.124.

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: дисбаланс между трудом и капиталом. 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.

Значительные затраты труда в этой сфере выдавались за “достижение” планомерного ведения хозяйства: статистика якобы отражала высокий уровень социально-культурных услуг. В действительности же ее 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. Об этом свидетельствовали прежде всего неудовлетворительные показатели состояния здоровья населения, высокий уровень смертности, в том числе детской, в сравнении с развитыми странами.

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, находившихся в аварийном состоянии или требовавших капитального ремонта. В 40% школ отсутствовало централь-

ное 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% музейных фондов экспонировались для посетителей.

У врачей, учителей, работников культуры отсутствовали экономические стимулы к эффективной работе. А потребители имели минимальные возможности влиять на качество через легальные механизмы.

Государственное финансирование социально-культурной сферы «по остаточному принципу» и административное сдерживание рыночных отношений в этой сфере имели прямым следствием широкое распространение “теневой” оплаты потребителями деятельности производителей услуг здравоохранения, образования, культуры и развитие коррупции в этих отраслях (“частные койки” в больницах, взяточничество в приемных комиссиях вузов и т.п.).

Недостатки существовавшей государственной системы предоставления социально-культурных услуг населению стали вполне очевидны в 80-е годы. В период "перестройки" центральные органы власти предпринимали попытки мягкого реформирования этой системы. Под влиянием попыток внедрения новых моделей хозяйствования в материальном производстве, расширяющих самостоятельность предприятий, и под давлением профессиональных сообществ, стремившихся 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. эту модель стали вводить еще в 9 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 должны иметь право самостоятельно распоряжаться этими средствами, покрывая из них свои затраты. При этом бюджетные ассигнования рассматриваются как один из видов дохода и должны предоставляться на основе стабильных 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.

Предусматривалось, что бюджетное финансирование здравоохранения будет осуществляться по нормативам в расчете на одного жителя. При этом фондодержателями должны были стать поликлиники, которые рассчитываются с больницами за диагностику и лечение больных в стационарных условиях.

Первые результаты экспериментов были расценены как в целом позитивные, и в конце 1988 г. Комиссия по совершенствованию хозяйственного механизма при Совете Министров СССР приняла "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. только 46% государственных библиотек и 33% клубных учреждений использовали новую модель хозяйствования. По дан-

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

Переход же 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 на нарастающие трудности с формированием доходов государственного бюджета, которые начались как раз с 1989 г.

Реформирование отраслей социально-культурной сферы продолжилось в 90-е годы. Это процесс имел две главные особенности. Во-первых, происходившие преобразования в значительной мере являлись продолжением тех путей их трансформации, которые были заложены еще в советский период. В мировой экономической литературе это явление известно под названием “зависимость от предыдущего пути” (“path dependence”)[327]. Во-вторых, преобразования инициировались и осуществлялись группами специальных интересов, что и определило характер происходивших институциональных изменений.

16.2 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 полном смысле этого термина[328]. Однако 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, и потому обеспечение соответствующих потребностей было обязанностью государства. Именно оно выступало тем субъектом, который определял по-

[327] North D.C. «Structure and Change in Economic History». NY: W.W. Norton, 1981

[328] Barr N. «The Welfare State». Second edition. Stanford, California: Stanford University Press,. 1993

лучаемый 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, определяющий социальный эффект от производства тех или иных видов благ. Вместо централизованного государства возникла совокупность органов власти и политических групп, не обладающая достаточными качествами системной целостности и связности. Такое аморфное государство не в состоянии определить тот эффект, который дает обществу деятельность социально-культурных отраслей.

Во-вторых, размыта критериальная основа для оценки социального эффекта. Известно, что эффект от здравоохранения, и в особенности от развития образования и культуры проявляется по преимуществу в долгосрочном аспекте. Поэтому значимость таких сфер деятельности обусловливается не столько текущими, сколько 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 результата 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 определяется 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[329].

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 общих результатах 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. Отношение к проблемам социально-культурной сферы стало второстепенным, производным от потребностей проводимой экономической политики и перипетий политической борьбы. Правительство было заинтересовано в преобразованиях, обеспечивающих изменение источников финансирования социально-культурной комплекса, и готово было допустить его сжатие. Поэтому в программных правительственных 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 различных 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 необходи-

[329] В ноябре 1991 г., по данным социологического опроса, проведенного ВЦИОМ, 51% опрошенных высказались за существование и платного, и бесплатного медицинского обслуживания. За необходимость и платного, и бесплатного школьного и высшего образования были по 37% опрошенных. 11% считали, что медицинское обслуживание должно быть в основном платным, 5% — что платным должно быть школьное образование, и 9% — высшее. — Л.Г. Зубова. Общественное мнение о социальных гарантиях. Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. Информационный бюллетень № 3 (23), М.: ВЦИОМ,1996, с. 35.

мости социальной переориентации политики, включая изменение отношения к здравоохранению, образованию и культуре. Но после выборов об этом очень быстро забывали, решая другие политические задачи.

Все эти годы позиция населения по отношению к положению дел в социально-культурной сфере заключалась в пассивном недовольстве качеством и доступностью медицинских, образовательных услуг, культурно-досуговой деятельности. Население не было организовано для самостоятельного выражения и реализации своих интересов по отношению к преобразованиям в социально-культурной сфере. А в период после начала кардинальных экономических реформ значимость этих проблем отошла на второй план — людей больше стали волновать проблемы получения денежных доходов[330].

В условиях, когда реформирование отраслей социально-культурной сферы оказалось на периферии внимания и правительства, и парламента, и общественности, озабоченных другими проблемами переходного периода, главную роль в проведении институциональных преобразований в этой сфере стали играть группы специальных интересов. Мы относим к ним прежде всего государственные органы отраслевого управления в центре и в регионах, а также профессиональные сообщества. Направленность преобразований и их успешность стали определяться содержанием этих специальных интересов и силой влияния 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 фи-

---

[330] По данным опроса населения, проведенного ВЦИОМ в феврале 1994 г., среди проблем, в наибольшей степени осложняющих жизнь россиян, 65% городских семей назвали низкие доходы; 28% — плохое здоровье и низкое качество лечения; 24% — опасение потерять работу; 23% — безысходность и отсутствие перспектив; 22% — бытовые трудности; 16% — усталость, переутомление; 15% — плохое жилье; 9% — недостаток свободного времени; 7% — пьянство кого-либо из членов семьи и по 6% — трудности с образованием детей и взаимоотношения в семье. — Экономические и социальные перемены: мониторинг общественного мнения. Информационный бюллетень N1, 1995. М.: ВЦИОМ, 1995. С.35.

нансирования своей отрасли. Политико-экономические интересы работников отраслевых органов государственного управления связаны прежде всего с сохранением самих этих управленческих учреждений и с сохранением собственной роли как распорядителей средств, выделяемых государством на социально-культурные нужды. И это понятно: чем в большей мере сохраняются функции чиновников в процессе распределения бюджетных ресурсов, тем шире у них возможности и тем сильнее стремление к извлечению ренты из положения распорядителей ограниченных ресурсов.

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 им были нужны такие экономические преобразования, которые устанавливали бы 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.

16.3 Переход от бюджетной к страховой медицине: идеология и цели реформы здравоохранения

Главные цели упоминавшегося выше эксперимента по введению новой модели бюджетной медицины в 1988 г. состояли в том, чтобы децентрализовать управление здравоохранением, влить в систему новые финансовые ресурсы и стимулировать инновации[331]. Интересно отметить, что западные специалисты придают этому эксперименту несравнимо большее значение, чем отечественные. Их внимание привлекает попытка превратить поликлиники в держателей средств, которые финансируют больницы, оплачивая им диагностику и стационарное лечение направляемых к ним больных. Между тем гораздо большее значение имела попытка ввести новый порядок выделения бюджетных средств — на основе стабильных подушевых нормативов, что позволило бы сделать шаг в решении проблемы хронического недофинансирования здравоохранения. Но такая попытка не удалась.

---

[331] Rowland and Telyukov, "Soviet health care from two perspectives", Health Affairs, 10(3), p. 84.

Неудача эксперимента подтолкнула многих специалистов к мысли о необходимости кардинального реформирования системы здравоохранения. 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 стал переход к страховой медицине.

Необходимость такого перехода была провозглашена в начале 90-х годов во всех странах Восточной и Центральной Европы. В это время преобладала негативная эмоциональная оценка советской системы здравоохранения. Возникла иллюзия, что стоит только заменить ее на рыночную систему, как все начнет меняться к лучшему — и качество медицинских услуг, и эффективность функционирования системы здравоохранения.

Первыми по пути реформирования системы здравоохранения пошли Венгрия, Россия, Чехия, Эстония, и все они встретились с трудностями, обнаружив, что дело не так просто, как казалось поначалу.

В основу предложений о рыночных реформах в здравоохранении в перечисленных странах 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-е годы вводили квазирыночную систему финансирования здравоохранения, рассматривая это как средство повышения его эффективности[332].

Инициатива введения страховой медицины в СССР принадлежала еще руководству союзного Министерства здравоохранения. Она была поддержана лидерами отраслевых групп специальных интересов — врачами, которые были избраны депутатами Верховного Совета Российской Федерации, и руководителями ряда региональных органов управления здравоохранением, а также значительной частью врачей.

В 90-е годы деятельность по реформированию системы здравоохранения в России была сфокусирована на решении двух главных задач: децентрализации принятия решений и использовании страхования как средства увеличения финансирования[333]. В других постсоциалистических странах введение медицинского страхования также рассматривалось прежде всего как средство получения гарантированных источников финансирования[334].

Между тем при разработке предложений о введении медицинского страхования и в России, и в других постсоциалистических странах не были приняты во внимание существенные обстоятельства:

1. Возможные изменения внешних экономических условий функционирования всей системы здравоохранения в будущем: изменения платежеспособности предприятий, бюджетных возможностей, доходов населения. Планы реформы разрабатывались при неявном (само собой разумеющемся для разра-

---

[332] OECD, Health Policy Studies No. 2, The reform of health care systems: A comparative analysis of seven OECD countries, Paris: OECD, 1992,; European health care reform. Analysis of current strategies. Ed. by Saltman R. and Figueras J. Copenhagen: WHO 1997.

[333] Rowland, D. and A.Telyukov (1991), Op. cit, p. 85.

[334] Davis C. "Eastern Europe and USSR: An Overview", Radio Free Europe/Radio Liberty Research Report, Vol. 2, No. 40, p. 34; 1993, Ensor, Op. cit., p. 7.

ботчиков) предположении, что экономического кризиса не будет, и в уверенности, что местная власть и предприятия, выйдя из-под контроля центра за их расходами, будут давать деньги на здравоохранение. Возможность длительного экономического спада даже не рассматривалась; предполагалось, что после непродолжительного трудного периода начнется подъем экономики.

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

2. Ослабление государства, уменьшение способности центральной власти обеспечивать реализацию принятых законов. В результате этого организационные преобразования могут быть осуществлены лишь частично, с задержками. Причем поразному в разных регионах в зависимости от административных способностей, интересов и силы их руководителей.

3. Интересы чиновников, теряющих часть своей власти. Вопрос в том, будут ли эти потери властных полномочий в достаточной степени компенсированы другими выгодами, а если нет, то будет ли их исполнительская дисциплина и боязнь административных санкций настолько сильной, чтобы выполнять решения, ущемляющие их интересы.

4. Наконец, не учитывалось, что для возникновения реальной конкуренции на рынке медицинского страхования потребуется определенное время, и не рассматривался вопрос о том, что будет происходить, пока такая конкуренция еще не станет определяющим фактором, и как в этот период изменение финансирования скажется на качестве и эффективности услуг здравоохранения.

Альтернативные сценарии развития событий не разрабатывались. Разные варианты преобразований не сопоставлялись.

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, предусмот-

ренной 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.

Вместе с тем, предусматривалось сохранение государственных органов управления здравоохранением, которые должны были выполнять функции контроля и заниматься разработкой и реализацией целевых программ, предмет которых лежит за рамками тех видов медицинской помощи, которые предоставляются в системе ОМС. Это изначально создавало ситуацию двоевластия, так как формировалась двухканальная система финансирования медицинских учреждений[335].

Нетрудно заметить, что такая система финансирования обществом здравоохранения, по сути дела, воспроизводила в несколько иной форме и развивала ту систему, 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 договоры 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

[335] Миронов А., Таранов А., Чейда А. "Медицинское страхование", Москва: Наука, 1994, сс. 163, 169.

гарантированного поступления средств в сферу 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 организации 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.

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 шли 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 изменения.

Согласно тексту закона о медицинском страховании, принятого 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 финансово-кредитные учреждения. Их соучредителями являются органы предста-

вительной 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 16.3

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 заключают контракты непосредственно с медицинскими учреждениями. Аналоги такой двухступенчатой модели существуют в Нидерландах, Израиле, Чехии. 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.

Права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены законодательством. 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. Основное внимание на подготовительном этапе уделялось преобразованию внешних каналов финансирования отрасли — лидеры медицинского

сообщества стремились быстрее реализовать возможность ввести целевой налог (взносы на ОМС) для финансирования здравоохранения. Такой налог в размере 3,6% от фонда заработной платы был введен в 1993 г. за счет соответствующего сокращения взносов в Пенсионный фонд. Из указанных 3,6% одна часть — 0,2% — направляется в Федеральный фонд ОМС, другая — 3,4% — аккумулируется территориальными фондами ОМС.

16.4 Практическое внедрение новой системы финансирования здравоохранения

В России решающее влияние на характер и ход реформы здравоохранения оказал фактор слабости государства. В разных регионах чиновники относились к реформе по-разному, что, естественно, сказывалось на результативности преобразований. Но 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.

Все это привело к существенным региональным различиям в последовательности, темпах и глубине преобразований. ОМС было внедрено с большими отступлениями от положений закона. Вместо последовательного перехода от одной системы финансирования здравоохранения — бюджетной, к другой системе — страховой, получилось эклектичное сочетание элементов разных систем. По данным Федерального

фонда ОМС, в 1994 г. в 23 субъектах РФ функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 14 — только фонды ОМС, в 34 — и те и другие. В одних регионах из средств ОМС финансируется деятельность только больниц, да и то не всех, в других регионах — только поликлиник, 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. А вот бюджетные средства перечислялись фондам не везде и не в полном объеме.

Таблица 16.4

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

	1993	1994	1995	1996	1997
Количество субъектов РФ	5	51	59	67	61

Источник: Федеральный фонд ОМС.

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, направлявшихся 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 16.5

Доля затрат на здравоохранение в бюджетных расходах (в %)

	1993	1994	1995	1996	1997
Федеральный бюджет	1.7	1.6	1.3	1.2	2.2
Бюджеты субъектов РФ	17.5	15.7	15.3	15.1	14.8

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. — 82 : 18, а в 1997 г. — 81 : 19. То, что взносы на ОМС скорее заместили, чем дополнили бюджетное финансирование, наблюдалось и в других постсоциалистических государствах.

Таблица 16.6

Структура расходов государства на здравоохранение

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Федеральный бюджет	11	9	10	7	6	10
Бюджеты субъектов РФ	89	76	72	75	74	71
Взносы работодателей на обязательное медицинское страхование	-	15	18	18	20	19
Âñåãî	100	100	100	100	100	100

Источник: рассчитано по данным Госкомстата РФ.

Однако 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 16.7).

Если валовой внутренний продукт за период 1992-1997 гг. сократился на 38%, то реальный объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и страховых взносов — на 21%. 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 медицин-

ских услуг. В советском государстве права граждан на получение бесплатной медицинской помощи были в весьма общем виде сформулированы в конституции. При этом перечень видов услуг, которые вправе был получить каждый гражданин, законом не определялся. Фактически это означало право граждан на бесплатное получение помощи в доступных для них медицинских учреждениях; но для лиц с разным социальным статусом, для жителей разных территорий были доступны разные по составу и качеству оказываемой медицинской помощи лечебно-профилактические учреждения. В действующем законодательстве Российской Федерации сохранен прежний подход к формулированию прав граждан на бесплатную медицинскую помощь: гарантии гражданам не конкретизированы в объемных и финансовых показателях. Неспецифицированность государственных гарантий является характерной особенностью патерналистского отношения государства к предоставлению социальных услуг. Установление прав граждан на бесплатную медицинскую помощь обусловливается идеологическими представлениями и политическими факторами и не опосредуется экономическими параметрами.

Таблица 16.7

Расходы государства на отрасли социально-культурной сферы
(в реальном выражении)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Здравоохранение	100	80	108	98	72	71	79
в т.ч. государственный бюджет	100	80	91	81	59	57	65
обязательные страховые взносы юридических лиц	—	—	17	17	13	14	14
Образование*	100	79	79	76	56	58	64
Культура, искусство и средства массовой информации*	100	91	81	87	63	54	60

* Расходы из государственного бюджета.

Источник: рассчитано по данным Госкомстата РФ с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Если обязательства государства оказываются неспецифицированными, то с политико-экономической точки зрения это означает обязательства, как минимум, финансировать существующую сеть государственных и муниципальных лечебно-профилактических учреждений так, чтобы они могли продолжать оказывать те бесплатные медицинские услуги населению, структура которых исторически сложилась. Однако по ме-

ре сокращения финансирования здравоохранения по сравнению с величиной, необходимой для обеспечения нормальных условий деятельности сложившейся сети лечебно-профилактических учреждений, возникает и автоматически увеличивается дисбаланс между обязательствами государства в сфере здравоохранения и их финансовым обеспечением.

Таблица 16.8

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

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Здравоохранение в т.ч.	2,9	2,5	3,7	3,9	2,9	3,1	3,4
государственный бюджет	2,9	2,5	3,1	3,2	2,4	2,5	2,8
обязательные страховые взносы юридических лиц	—	—	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6
Образование*	3,6	3,6	4,1	4,5	3,4	3,7	4,1
Культура, искусство и средства массовой информации*	0,5	0,6	0,6	0,8	0,6	0,5	0,6

* Расходы из государственного бюджета.

Источник: рассчитано по данным Госкомстата РФ.

По расчетам Министерства здравоохранения России, в 1996 г. затраты на финансирование лечебно-профилактической помощи населению в соответствии с базовой программой ОМС равнялись примерно 3,5% ВВП. Это необходимая величина затрат, 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 реальный 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).

В условиях такого недофинансирования новая система не может в полной мере продемонстрировать свои преимущества. Средств не хватает, 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 — оплату труда, расходы на медикаменты и оборудование, на коммунальные услуги и т.п.). Поэтому оказалось невозможным полностью отказаться от старого, затратного принципа финансирова-

ния, 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.

Но 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.

Показательно, что именно в тех регионах, где руководители органов исполнительной власти поддерживали проведение реформы, 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 по отношению к 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. Хотя и были осуществлены некоторые структурные преобразования в системе финансирования здравоохранения, не удалось реализовать ряд важных принципов страховой медицины:

- нет конкуренции между страховщиками; страховые медицинские компании во многих регионах не были созданы, 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[336].

Недостаточная продуманность реформ в здравоохранении, отсутствие последовательности в проводимой политике, рассогласованность 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 несравнимо стабильнее, чем в других постсоциалистических странах, экономика устойчиво растет. И тем не менее, судя по оценке самих китайских исследователей, организация и финансирование здравоохранения в Китае находится в беспорядочном состоянии, нет согласованной и последовательной политики центрального правительства в области здравоохранения, что связано с проведением в стране экономических и политических реформ [337].

---

[336] Sheiman I. From Beveridge to Bismark: Health Finance in the Russian Federation. Innovations in Health Care Finance: proceeding of a World Bank Conference/March 10-11, 1997/ World Bank Discussion Paper N365.

[337] Hsiao W. "The chinese health care system: lessons for other nations", Soc. Sci. Med., 1995, Vol. 41, No. 8, p. 1052

16.5 Приостановка реформы. Попытки восстановления государственной системы здравоохранения

В течение 1995-1996 гг. фрагментарность введения ОМС и региональная дифференциация фактически сложившихся в 1994 г. переходных моделей ОМС сохранились без существенных изменений. Лишь в нескольких регионах продолжалась работа по развитию нормативно-правовой базы ОМС и расширению круга организаций и медицинских услуг, включаемых в систему ОМС. В большинстве регионов реформа была приостановлена. Причина заключается в конфликте интересов.

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 привело к многочисленным коллизиям между фондами ОМС и страховыми компаниями, с одной стороны, и медицинскими учреждениями — с другой, в связи с условиями и порядком финансирования их деятельности.

Но более серьезными стали конфликты между органами управления здравоохранением и фондами ОМС. В результате проведенных преобразований существенно сократились размеры средств, поступающих в непосредственное распоряжение медицинских чиновников. Часть финансовых потоков пошла мимо них: через фонды ОМС и страховые компании. При этом, как уже говорилось, права и ответственность органов управления здравоохранением и фондов ОМС не были четко разграничены, что в условиях фрагментарности введения ОМС усугубляло проблему.

Все это и 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 зданий, автомобилей, компьютеров и т.п., и более высокий уровень доходов сотрудников фондов и страховых медицинских организаций.

По мнению критиков реформы, неоправданно высоки расходы на содержание исполнительных дирекций федерального и территориальных фондов ОМС: в 1994 г. они равнялись 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[338], в США — около 15%[339], в Великобритании в 1992 г. — примерно 7% от средств региональных бюджетов здравоохранения[340].

Рост административных издержек — неизбежность при проведении реформ. Для повышения 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 все это стали 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[341]. Но на подготовительном этапе реформы на этом не акцентировалось внимание, а реакция на рост издержек стала особенно болезненной, поскольку в российской ситуации, когда финансирование сокращается, неизбежный из-за проведения реформы рост административных расходов выглядит как неоправданное отвлечение средств. Позитивные результаты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные

---

[338] Health Policy Studies No. 7, New directions in health care policy, Paris: OECD, 1995, p. 35.

[339] "World Development Report. Investing in health", World Bank, 1993, p. 122

[340] Maynard A. and K.Bloor"Introducing a market to the United Kingdom National Health Service", New England Journal of Medicine, February 29 1996.

[341] В Великобритании реформирование здравоохранения в начале 90-х годов было результативным во многом благодаря тому, что проводилось со значительным увеличением финансирования —Maynard and Bloor, Op. cit.

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.

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, почти вдвое сократили долю расходов на содержание своего аппарата, размеры которых вызывали особое раздражение. Они, по всей видимости, стали в большей мере делиться с органами здравоохранения своими доходами в разных формах и тем самым пригасили их воинственный пыл.

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 осуществления реформы здравоохранения 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 и страховыми медицинскими организациями. Выбор дальнейшего направления реформирования будет определяться борьбой и взаимодействием этих групп. Интересы населения и даже интересы врачей при этом почти не представлены.

16.6 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, невозможное без соответствующего развития всей пирамиды образования — от начального до высшего — являлось условием успешного функционирования военно-промышленного комплекса. Хотя и в этой сфере, начиная с 70-х годов, все более широко распространялись теневые экономические отношения, включая взяточничество при поступлении в высшие учебные заведения, тот потенциал, который был накоплен в предшествующий период, в сочетании с относительно приоритетным (в рамках все того же остаточного принципа) финансированием, все же позволял сфере образования выполнять ее социальную функцию. 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 спец-

школ и ее сужение и т.д.) относились к организации образовательного процесса и частично к содержанию 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 как возможность отказа от мертвящего идеологического давления, усилившегося в образовательных учреждениях в период застоя, а не как возможность осуществления серьезных экономических преобразований. Это восприятие необходимых перемен сохранилось и в период кардинальных экономических реформ 90-х годов. Изменения, происходившие в этот период в сфере образования, 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 1997 г. — уже 25,1%. В вузах практически отсутствует бюджетное финансирование статей расходов, связанных с приобретением нового оборудования, учебной и 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 979 (1993 г. — 743), лицеев — 627 (1992 г. — 447), негосударственных школ — 540 (1993 г.-368). Техническое обеспечение учебного процесса, бытовые условия в этих образовательных учреждениях, как правило, намного выше по сравнению с основным массивом школ.

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

Правовые контуры преобразований в сфере образования были определены Указом Президента России, принятым 11 июля 1991 г. “О первоочередных мерах по развитию образования в РСФСР” (далее — Указ Президента №1) и Законом РФ “Об образовании”, принятым 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. табл. 16.14, с.698). Более того, даже эта низкая заработная плата систематически задерживается.

Точно так же 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 образовательные 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 договоры 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.

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 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, грозившей 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, 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 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 за счет включения новых учредителей только из числа представительных и исполнительных органов власти, а не частных учредителей. Иными словами, учреждениям образования была предоставлена возможность искать дополнительные финансовые ресурсы в региональных и местных бюджетах.

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 — социально несправедливо.

Стремление стабилизировать финансовое положение вузов обусловило дальнейшее развитие в них 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:

- правами на поступление в вузы теперь обладают выпускники лишь тех негосударственных школ, которые имеют 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 усилили политическую зависимость негосударственных образовательных учреждений от властных структур, осложнили их экономическое положение, вынуждая идти по пути увеличения размера оплаты за обучение, сократили правовые и социальные гарантии учащихся, снизив 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, основанной на возможности использования различных, альтернативных учебников и учебных пособий. 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 РФ. 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 региональные бюджеты. Но средств для этого у субъектов РФ не было. Исключением являлись лишь экономически сильные регионы. Например, московские власти в 1994 г. выделили 3,5 млрд руб. на издание учебной литературы.

В результате правительство скорректировало свою позицию, приняв решение о финансировании издания школьных учебников и о 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 осуществить все это на практике не удалось. Угроза срыва издания федерального комплекта бесплатных учебников регулярно возникала к очередному учебному году.

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 выработать 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”, предписывавший введение специальной защищенной статьи в федеральный бюджет, не был подписан Президентом РФ, сославшимся на его противоречие политике демонополизации и децентрализации процессов учебного книгоиздания.

16.7 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 такие союзы выполняли и функции распределения различных благ для творческих работников. 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. В московских кинотеатрах в 1995 г. лишь 8% сеансов занимали российские фильмы, 73% — американские и 6% — французские фильмы[342]. 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 включены в состав Министерства культуры. Затем произошло 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. В результате в 1993-1995 гг. ежегодно увеличивалось число фильмов, производство которых финансировало государство. Это происходило на фоне быстрого сокращения кинопроизводства.

Таблица 16.9

Выпуск полнометражных игровых фильмов

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Выпуск кинофильмов, всего	375	178	137	74	51	30
в т.ч. с государственным финансированием	24	19	26	29	35	15

Источник: Госкомстат РФ

Активную роль в преобразованиях, проводимых в сфере культуры, сыграл Союз театральных деятелей. Он добился введения для государственных театров очень удобной модели хозяйствования. В ней был

[342] Культурная политика в Российской Федерации. Доклад европейской группы экспертов, подготовленный Ж. Ренаром. Страсбург, 1996. С.127.

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. 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.

Таблица 16.10

Бюджетное финансирование сферы культуры

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Доля затрат на культуру, искусство и средства массовой информации в бюджетных расходах (в %):						
Федеральный бюджет	1,5	1,0	1,1	1,0	0,6	0,6
Бюджеты субъектов РФ	2,4	2,6	2,7	2,7	3,1	2,9
Соотношение затрат федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ на сферу культуры (в %):						
Федеральный бюджет	51	33	36	29	17	16
Бюджеты субъектов РФ	49	67	64	71	83	84

Источник: Госкомстат РФ

В 1993 г. доля затрат на культуру, искусство и средства массовой информации 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%. Для борьбы за соблюдение уже принятого закона у профессиональных сообществ и отраслевых органов управления сил оказалось недостаточно.

Сокращение ассигнований из федерального бюджета частично компенсировалось увеличением затрат из бюджетов субъектов РФ. Доля затрат на культуру в расходах региональных бюджетов увеличилась с 2,4% в 1992 г. до 2,9% в 1997 г. Таким образом, произошло значительное перераспределение нагрузки между федеральным и региональными бюджетами в финансировании сферы культуры. Если в 1992 г. соотношении федерального и региональных бюджетов в финансировании культуры равнялось 51 к 49; то в 1997 г. — 16 к 84.

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. Но затем ситуация изменилась.

Таблица 16.11

Доля затрат на отрасли социальной сферы в расходах федерального бюджета (%)

	Исполнение за 1995 г.	Закон на 1996 г.	Исполнение за 1996 г.	Закон на 1997 г.	Исполнение за 1997 г.
Отрасли социально-культурной сферы, всего в том числе	5,4	6,5	4,9	7,4	6,3
Здравоохранение	1,.3	1,7	1,2	2,2	2,2
Образование	3,1	3,6	3,2	3,5	3,5
Культура, искусство и средства массовой информации	1,0	1,2	0,6	1,7	0,6

Источник: Госкомстат РФ.

Сокращение расходов из федерального бюджета сопровождалось задержками выплат и невыполнением принимаемых решений о размерах финансирования. При утверждении федерального бюджета на 1996 и на 1997 гг. декларировалось намерение увеличить долю затрат на социальные отрасли, и в частности, на сферу культуры. Однако именно

сфера культуры оказалась наиболее пострадавшей от бюджетного кризиса. В 1995 г. расходы на культуру, искусство и средства массовой информации из федерального бюджета сократились в сопоставимом выражении на 40% по отношению к предыдущему году, а в 1996 г. — еще на 43%. Секвестирование расходов федерального бюджета на сферу культуры в 1996 г. и 1997 г. было беспрецедентным: в 1996 г. выделенные средства равнялись 42% от запланированной величины, в 1997 г. — 40%.

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 определены в размере 0,06% от расходов. Закон предусматривает также предоставление значительных налоговых льгот организациям кинематографии. В 1997 г. от налога на добавленную стоимость, действительно, были освобождены обороты по производству кинопродукции, реализации прав на ее прокат или показ. Остальные меры поддержки (льготы по налогу на прибыль, по оплате коммунальных услуг и т.д.) остались нереализованными.

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 году 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 телекомпании 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. Традиционные механизмы государственного регулирования, сочетающие бюджетное финансирование с влиянием в рамках системы административного права, трансформировались в механизмы влияния, характерные для клановых отношений.

16.8 Теневая приватизация в социальной сфере

Приватизация в социально-культурной сфере, в отличие от отраслей материального производства, не получила заметного развития. Перво-

начально 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. 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 присвоения отдельных правомочий собственности руководителями и работниками социально-культурных

учреждений в отношении их имущества[343]. Некоторые исследователи называют данный процесс «спонтанной приватизацией»[344]. 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 не определен.

Опираясь на известную классификацию правомочий собственности, предложенную А. Оноре[345], 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 личного использования имущества, либо разрешения использовать его другим лицам.

---

[343] Иванов В., Т.Клячко, Б.Розенфельд, Г.Швырков, Т.Широкова "Социально-культурная сфера: актуальные проблемы государственной политики", Народнохозяйственное прогнозирование, № 4, 1993, сс. 112-125; Марков А. "Институциональные аспекты обновления российского высшего образования", Введение в институциональный анализ, Москва: Теис, 1996, сс. 165-170.

[344] Тамбовцев В.Л., Спонтанная приватизация в научно-исследовательских организациях // Проблемы прогнозирования, № 4, 1995.

[345] Honore A.M. «Ownership», Oxford essays in jurisprudence. Ed. by Guest A.W., Oxford, 1961, pp. 112-128.

Общим признаком 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 сотрудников социально-культурных учреждений, финансируемых из бюджета, сосредоточились 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 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 как полноценного анализа эффективности использования ресурсов в социально-культурной сфере, так и попыток усилить финансовый контроль за использованием бюджетных средств. Органы отраслевого управления в центре и на местах, руководители и работники социально-культурных учреждений сопротивляются приватизации и любым преобразованиям этих учреждений часто лишь потому, что значительная часть правомочий собственности на государственное имущество уже ими фактически приватизирована. Сохранение бесплатности предоставления услуг отвечает интересам и чиновников, и работников учреждений, поскольку служит для первых основанием для получения государственных средств в свое распоряжение, а вторым дает возможность получать плату за свои услуги прямо от клиента.

Нельзя сказать, что теневая приватизация — это “открытие” переходного периода. Широко распространенная в доперестроечный период

практика использования оборудования, помещений и другого государственного имущества промышленных предприятий в личных целях работников этих предприятий относилась именно к этому классу явлений.

Однако “теневая” приватизация в централизованно планируемой экономике и в современных условиях имеет 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 учреждениях ее уровень значительно выше, чем в тех институтах, которые трансформировались в акционерные общества[346].

Практика функционирования негосударственного сектора образования и его взаимодействия с государственным сектором убедительно иллюстрирует общую закономерность: законодательный запрет экономически эффективных способов использования ресурсов будет нарушаться в массовом порядке 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.

Для того, чтобы преподаватели государственных образовательных учреждений посвящали свое рабочее время исключительно выполнению задач, возложенных на эти учреждения, а не использовали его для повышения своих доходов, работая “на сторону”, заработная плата, получаемая ими по основному месту работы должна обеспечивать им общественно нормальный уровень жизни. Поскольку государство в настоящее время не в состоянии этого обеспечить, очевидно, оно должно не препятствовать “теневой” приватизации, а легализовать ее, предоставив работникам учебных заведений право и возможность самим обеспечивать достойный уровень жизни.

---

[346] Тамбовцев В.Л., 1995, Указ. соч.

В этой связи предметом особого внимания со стороны государства должна стать такая возможность, как некоммерческая приватизация, — преобразование государственных и муниципальных учреждений в некоммерческие организации иных форм[347]. Именно она выступает в качестве того института, который позволяет совместить некоммерческую функцию 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 осуществления некоммерческой приватизации в социально-культурной сфере.

16.9 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 отношениям 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 свои функции в изменившихся экономических условиях, с одной стороны, и справедливо заботясь о повышении доходов своих работников в соответствии с ростом цен, учреждения социально-культурной сферы осуществляли адаптацию к формирующейся рыночной экономике прежде всего посредством коммерциализации своей деятельности.

---

[347] Рудник Б., Шишкин С., Якобсон Л., Приватизация в социально-культурной сфере: проблемы и возможные формы // Вопросы экономики, № 4, 1996, с.18-32.

Этот процесс осуществлялся в четырех основных формах:

1. введение фактической (теневой) платы 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, обусловливающих 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;
- дифференциация доходов и потребительских предпочтений обслуживаемых контингентов населения;
- хорошая материально-техническая база учреждений, выгодное местоположение, излишки производственной площади, возможность использования оборудования;
- дефицитность предоставляемых социально-культурных услуг, то есть наличие значительного платежеспособного спроса населения;
- сложившиеся традиции профессионального поведения работников учреждений;
- социальная значимость предоставляемых услуг, высокий уровень социального контроля за 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 по секторам социально-культурной сферы.

Так, плата за услуги по содержанию детей в детских дошкольных учреждениях за период 1993-1996 гг. увеличилась в 266 раз, в то время как сводный индекс роста потребительских цен равнялся 83. 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 повышением цен на данный вид услуг. 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 дорого стоило высокое качество 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 организаци-

ями современного оборудования позволяло предоставлять населению новые высококачественные виды услуг, — разумеется, по монопольно высоким ценам[348]. 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 соответствующие услуги. 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.

Между тем в таких 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 сторонним организациям для проведения различных мероприятий. 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%.

16.10 Эволюция социально-культурных отраслей в годы реформ

В 1992-1997 гг. сеть учреждений здравоохранения, образования, культуры, финансируемых из бюджета, была в основном сохранена. Огра-

[348] Например, в январе 1997 г. цена платной услуги по проведению компьютерной томографии колебалась в тех нескольких лечебных учреждениях столицы, где она оказывалась всем нуждающимся, от 500 до 600 тыс. руб.

ниченность 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 16.12

Ввод в действие объектов социально-культурной сферы

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Больницы, число коек (тыс.)	31,4	21,8	17,4	8,2	14,3	12,4	9,7	8,7	7,0
Поликлиники, посещений в смену (тыс.)	76,3	85,5	62,5	30,6	47,3	39,4	36,1	19,0	26,4
Общеобразовательные школы, число мест (тыс.)	520,1	514,6	395,8	303,1	296,3	194,0	218,0	149,7	149,8

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 либо закрывались, либо сдавались в аренду или продавались коммерческим структурам, которые использовали их по иному назначению. В результате общее число дошкольных учреждений сократилось за период 1992-1996 гг. на 18%, массовых библиотек — на 9%, 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 произошло вопреки значительному увеличению разрыва в оплате труда между работниками социально-культурной сферы и других отраслей экономики. Объяснить это можно тем, что усиление раз-

рыва 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 16.13

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 16.14

Средняя заработная плата в отраслях социально-культурной сферы (в %)

	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Народное хозяйство в целом	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Здравоохранение	70	68	76	65	76	78	69	74	67
Образование	77	68	71	62	68	73	62	67	62
Культура	69	63	67	54	62	63	57	62	59

Источник: Госкомстат России.

В конце 1995 г. сформировалась и стала нарастать задолженность бюджета по выплате заработной платы работникам социально-культурной сферы. Реакцией на это явилось забастовочное движение. В 1997 г. сфера образования стала центром забастовочной борьбы, на нее пришлось более 80% всех прошедших в стране забастовок.

Как указывалось, недостаточность финансирования отраслей социально-культурной сферы привела к «размыванию» 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 получения этих услуг низкодоходными группами населения и их воздействия на тех, кто эти услуги предоставляет.

Обозначилась тенденция к поляризации секторов, обслуживающих массового и 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.

Описанные процессы характерны для всех отраслей социально-культурной сферы. Обратимся теперь вновь к *здравоохранению*.

В 90-е годы состояние здоровья населения России ухудшалось. До 1995 г. увеличивалась смертность населения и уменьшалась средняя ожидаемая продолжительность жизни. В 1994 г. она составила всего лишь 64 года по сравнению с 69,2 годами в 1990 г. Однако с 1995 г. обозначилась противоположная тенденция. В 1997 г. ожидаемая продолжительность жизни достигла 67 лет. В 1993-1995 гг. росла общая заболеваемость населения. Но с 1996 г. наметилось ее уменьшение. В целом за период 1991-1996 гг. заболеваемость инфекционными и паразитарными болезнями увеличилась в 1,3 раза, болезнями крови и кроветворных органов — в 1,8 раза, болезнями органов пищеварения — в 1,2 раза, туберкулезом — в 2 раза, сифилисом — в 36,8 раз. Показатели состояния здоровья населения России значительно хуже показателей стран с развитой рыночной экономикой.

Ухудшение состояния здоровья населения стало результатом не только сложной социально-экономической и экологической ситуации в стране, но и снижения уровня медицинского обслуживания населения. Об этом свидетельствует, в частности, превышение показателем темпов роста смертности от инфекционных и паразитарных болезней (2,2 раза за период 1991-1996 гг.) показателя темпов роста заболеваемости этими болезнями (1,3 раза за тот же период).

Таблица 16.15

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	17.0
Число амбулаторно-поликлинических учреждений (тыс.)	19,4	21,5	20,9	20,7	20,9	21,6	21,1	22,0

Источник: Госкомстат России.

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. 7% 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 за 1992-1994 гг. уменьшился на 5%[349]. В России закрывались маленькие больницы, главным образом в сельской местности, которые не имели возможности предоставлять полноценное лечение и использовались скорее как учреждения социальной помощи. Учитывая избыточную по сравнению с другими странами обеспеченность больничными койками, указанное 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.

Структурные изменения происходили и в кадровом составе отрасли. За период с 1992 г. по 1996 г. число врачей увеличилось на 11%, а численность среднего медицинского персонала сократилась на 4%. Последнее является косвенной характеристикой снижения качества меди-

[349] Trends in health status, services, and finance. The transition in Central and Eastern Europe. World Bank Technical Paper No. 341. Vol. 1. P. 18.

цинского обслуживания населения, так как именно средний медицинский персонал обеспечивает в значительной мере и эффективность работы врачей-специалистов, и степень комфортности пребывания пациентов в лечебных учреждениях. Низкое соотношение численности среднего медицинского персонала и численности специалистов, составлявшее в 1996 г. 2,46, свидетельствует о том, что значительный объем работ, не требующий высокой квалификации, но необходимый для обеспечения качественного лечения, либо выполняется врачом, либо вообще не выполняется. Правда, начиная с 1995 г., численность среднего медицинского персонала и указанное соотношение постепенно увеличиваются.

Таблица 16.16

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	669,2
на 10000 населения	43,2	45,0	42,6	43,0	43,4	43.3	44,5	45,7
Численность среднего медицинского персонала. Всего, тыс.	1756,7	1844,0	1717,3	1709,1	1674,2	1613,2	1628,4	1648,6
на 10000 тыс. населения	122,4	124,5	115,8	115,3	113,1	109,7	110,0	112,7

Источник: Госкомстат РФ

Происходящие в 90-е годы изменения в системе *образования* были связаны в первую очередь с развитием 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.

Таблица 16.17

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	64,2
Дневные общеобразовательные школы (тыс.),	67,1	67,6	67,9	68,3	68,1	68,2	68,4	68,3
в них детей (тыс.)	18574	20328	20427	20503	20565	21104	21521	21682
Число учителей на 1000 учащихся	63,0	70,6	73,0	76,1	79,0	78,9	78,4	79,5

Негосударственные обще-образовательные школы в них детей (тыс.)	- -	- -	- -	- -	368 33	447 40	525 46	540 47
Государственные высшие учебные заведения	502	514	519	535	548	553	569	573
Негосударственные высшие учебные заведения	-	-	-	-	78	157	193	244
Число студентов вузов на 10000 населения*	206	190	186	178	171	180	189	202
Число выпускников вузов на 10000 населения	33	27	27	29	30	28	27	28

* До 1994 г. — показатели по государственным вузам.
Источник: Госкомстат России.

Количество высших учебных заведений в России увеличилось по сравнению с 1991 г. на 57% и достигло в 1996 г. 817. Особенно интенсивно за последние годы росла сеть негосударственных вузов. В настоящее время они составляют 30% от общего количества 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 до 1994 г. Снижался 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 уменьшения численности студентов изменилась на противоположную.

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

Таблица 16.18

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	489
Посещаемость театров (на 1000 населения)	507	375	340	298	279	235	213	198
Музеи, всего	964	1315	1379	1425	1478	1547	1725	1814

Посещаемость музеев (на 1000 населения)	724	971	770	639	538	424	509	470
Библиотеки, всего (тыс.)	62.7	62.6	59.2	57.2	56.9	54.8	54.4	53.5
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	58.6 73.6
Число посещений киносеансов в среднем на одного жителя	16	11	9				0,5	0,4

Источник: Госкомстат России.

16.11 Направления необходимых преобразований

Для того, чтобы приостановить деградацию отраслей социально-культурной сферы, необходимы дальнейшие преобразования, которые можно сгруппировать следующим образом:

- преобразование системы финансирования;
- организационно-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, образования, по обеспечению доступности культурных благ и сбалансировать эти обязательства с реальными финансовыми потоками. Обязательства должны быть специфицированы в нормативах и стандартах, определяющих перечни и объемы услуг, предоставляемых населению бесплатно, и размеры затрат на них, гарантируемые государством.

Для того, чтобы сбалансировать обязательства и их финансовое обеспечение, нужно либо увеличить финансирование, либо пересмотреть обязательства, ввести платность части услуг 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 ее как чисто финансовую и осуществлять изолиро-

ванно, без изменений в других компонентах государственной политики, то такая мера может иметь значительные негативные социально-экономические последствия. Если установленные государством 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 воспроизводству прежних проблем на новом уровне и усилению социального недовольства.

Нельзя также рассчитывать 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, так же как и описанный выше российский опыт, 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 преодолеть злоупотребления, установить и соблюдать четкий порядок предоставления 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 оборудования, медикаментов, расходных материалов и т.п., обязательность публикации всеми получателями государственных средств отчетов о расходовании этих средств и своих бюджетов.

Необходимые *организационно-институциональные преобразования*, то есть изменения организационных форм осуществления деятельности в рассматриваемой сфере, связаны прежде всего с превращением социально-культурных учреждений в самостоятельно хозяйствующих субъектов. 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 в финансировании деятельности социально-культурных учреждений:

- осуществить серию пилотных 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.

Важно также обеспечить более четкое разграничение 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 населения, в частности, необходимо расширение подготовки кадров по специальностям, пользующимся спросом со стороны абитуриентов и работодателей и сокращение масштабов обучения по ряду специальностей естественнонаучного и инженерного профилей, по которым существует перепроизводство специалистов;
- представляющих собой негосударственные организации.

Правительство осознает необходимость решения этих задач. Об этом свидетельствуют Концепция развития здравоохранения и медицинской науки, которая была утверждена Правительством РФ в ноябре 1997 г., и Концепция организационно-экономической реформы образования, одобренная Комиссией Правительства РФ по экономической реформе осенью 1997 г. Оба эти документа предусматривают нововведения в системе финансирования, институциональные и структурные преобразования, в которых просматриваются все перечисленные выше направления реформирования.

Здравоохранение. Правительство не решилось на пересмотр гарантий предоставления бесплатной медицинской помощи. Даже при условии финансовой стабилизации и признаков скорого начала экономического роста внесение изменений в Конституцию весьма проблематично. Уже сама постановка Правительством вопроса о пересмотре конституционных гарантий будет использована оппозицией для обострения политической ситуации.

Тем не менее обязательства государства будут специфицированы. Ежегодно предполагается утверждать "Федеральную программу государственных гарантий по обеспечению граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью". Программа определяет перечень видов медицинской помощи, предоставляемых бесплатно, их объемы, а также федеральные подушевые нормативы затрат на ее оказание. Составной частью данной программы является базовая программа обязательного медицинского страхования, определяющая условия и объемы предоставления медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования. На основе федеральной программы должны будут утверждаться территориальные программы государственных гарантий по обеспечению граждан медицинской помощью.

Правительственная концепция делает ставку на то, чтобы стимулировать структурные сдвиги в предоставлении медицинской помощи и посредством этого сократить общую потребность отрасли в государственном финансировании. В проекте федеральной программы на 1998 г. нормативы объемов медицинской помощи рассчитаны с учетом структурных сдвигов в пользу внестационарной помощи. Соответственно и финансовые нормативы ориентированы на новую более эффективную структуру медицинской помощи. При этом общая сумма средств, которые необходимо затратить на обеспечение федеральной программы, составляет в сопоставимом выражении 93% от фактического объема финансирования здравоохранения в 1997 г. из бюджетов субъектов РФ и за счет взносов работодателей на ОМС.

Такой путь содержит в себе две серьезные опасности. Во-первых, желаемые структурные изменения могут происходить очень медленно. И если структура предоставляемой помощи мало изменится, то предусмотренных программой финансовых средств окажется недостаточно для обеспечения работы медицинских учреждений. Во-вторых, существует большая вероятность, что сбалансированного бюджета в ближайшие год-два достигнуть не удастся, а плановые назначения попрежнему не будут выполняться. В результате в среднесрочной перспективе следует ожидать сохранения несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения.

Однако если строго выдерживать курс на спецификацию государственных обязательств (ежегодно утверждать детальную программу

государственных гарантий и стремиться делать ее реалистичной), то остроту проблемы дисбаланса можно будет ослабить по мере выхода из экономического кризиса. Тем не менее в будущем не обойтись без серьезного пересмотра обязательств государства в сфере здравоохранения. Но в более благоприятной экономической ситуации, когда начнется устойчивый рост доходов населения, решить эту задачу будет легче.

В правительственной концепции медицинское страхование рассматривается как основной механизм финансирования медицинской помощи. Главная задача на ближайшую перспективу — преодолеть фрагментарность введения системы ОМС и двоевластие в финансировании медицинской помощи, предусмотренной программами ОМС. Для решения этой задачи предполагается ввести новый порядок платежей на ОМС неработающего населения. Они должны производиться на долевой основе из федерального бюджета и из бюджетов субъектов РФ. Тем самым будет создана экономическая заинтересованность исполнительных органов власти субъектов РФ в осуществлении финансирования системы ОМС из региональных бюджетов в полном объеме.

Пропорция, в которой трансферты из Федерального фонда соотносятся с платежами в территориальные фонды из бюджетов субъектов РФ, должна рассчитываться для всех регионов по единой методике. Величина трансферта каждому региону будет зависеть от стоимости выполнения федеральной программы ОМС на территории данного региона и от уровня его социально-экономического развития, определяющего размер собираемых взносов на ОМС работающего населения и доходной части регионального бюджета. Размеры трансфертов должны устанавливаться при утверждении федерального бюджета.

В проекте федерального бюджета 1998 г. было предусмотрено выделение 8 млрд руб. для предоставления целевых трансфертов субъектам РФ на выполнение программы ОМС. Соотношение трансфертов из федерального фонда ОМС и соплатежей из региональных бюджетов должно было составить в среднем 1 к 2,25. Однако Государственная Дума не утвердила выделение таких трансфертов.

Концепция правительства сохраняет ориентацию на конкурентную модель ОМС, предполагающую создание условий для конкуренции меж-

ду страховщиками и между медицинскими организациями. Необходимыми условиями для перехода к конкурентной модели ОМС является устранение существующего дублирования функций страховщиков, которые выполняются и страховыми медицинскими организациями; и филиалами фондов ОМС. Последним это должно быть разрешено лишь в районах с малой плотностью населения, где по этой причине объективно затруднена деятельность страховых организаций.

Содействуя созданию правовых условия для развития конкуренции страховщиков, нельзя не видеть, что в настоящее время в тех регионах, где в системе ОМС действуют страховые компании, в отношениях между ними просматривается скорее разделение сфер влияния, чем конкуренция. По оценке Федерального фонда ОМС, из почти 500 страховых компаний в системе ОМС не более чем 150 действуют активно, а остальные являются пассивными посредниками между фондами ОМС и медицинскими учреждениями.

Такая ситуация является питательной почвой для появления со стороны руководителей Федерального фонда ОМС и ряда региональных органов здравоохранения предложений произвести селекцию "эффективно работающих" страховых компаний, используя механизм их государственной аккредитации. В результате в системе ОМС останутся только те "избранные", с которыми у органов здравоохранения и/или фондов ОМС (в зависимости от того, кто будет проводить аккредитацию) сложились доверительные отношения. Нужно сказать, что данный подход уже апробирован в Москве и Ханты-Мансийском АО. Так, в Москве, в конце 1996 г. была произведена аккредитация страховых медицинских компаний, действовавших в системе ОМС, и из 25 было оставлено всего 9. В Ханты-Мансийском АО аккредитацию в системе ОМС в 1997 г. получили лишь 4 из 15 страховых компаний.

Очевидны издержки такого пути. Устранение страховых организаций из системы ОМС порождает опасность ее превращения в квазигосударственную бюрократическую систему финансирования здравоохранения. Нерыночная селекция страховых организаций повлечет укрепление клановых структур, реализующих свои интересы в ущерб общественным. Страховые организации, участвующие в ОМС, должны, разумеется, соответствовать ряду требований, выдвигаемых государством. Но эти требования должны быть установлены в законода-

тельстве в качестве однозначных критериев получения лицензии на участие в ОМС и условий ее лишения.

На федеральном уровне обоснованной представляется следующая политика. В тех территориях, где есть элементы конкуренции между субъектами ОМС или возможно ее создать, — нужно предпринимать такие усилия. Однако не следует пытаться внедрить конкурентную модель отношений в ОМС во что бы то ни стало. В тех территориях, где страховые организации не работают, нельзя искусственно стимулировать их появление. Но и не следует отступать назад, инициируя или поощряя исключение страховых организаций из региональных систем ОМС либо целенаправленное сокращение их числа. Необходимо видеть роль страховых организаций в утверждении экономического подхода к организации предоставления медицинской помощи и содействовать выполнению этой роли. Такая политика минимизирует риски негативных последствий и даст возможность со временем на основе сравнительного анализа результативности деятельности фондов ОМС и страховых компаний в разных регионах внести в случае необходимости коррективы в модель ОМС.

В качестве возможного перспективного направления преобразований в концепции названо создание единой системы обязательного медико-социального страхования. Такая консолидация может создать реальную заинтересованность объединенных фондов медико-социального страхования и страховых организаций в снижении заболеваемости застрахованных, в рационализации расходования средств на профилактику заболеваний, лечение и реабилитацию. Появляются возможности перераспределения средств в пользу приоритетных и более эффективных форм профилактики заболеваний и видов медицинского обслуживания за счет сокращения низкоэффективных направлений расходования средств существующей системы социального страхования (финансирование санаторно-курортного обслуживания и лечебно-профилактических мероприятий на предприятиях). В конце 1997 г. Нижегородская область обратилась в Правительство с предложением о проведении в 1998 г. на ее территории эксперимента по объединению фондов социального страхования и обязательного медицинского страхования.

В нашей стране около 15% всех амбулаторных учреждений и 6% стационарных учреждений принадлежит различным министерствам и ведомствам и финансируется из бюджетов. На долю ведомственного здравоохранения приходится около 6% всего коечного фонда, 10% численности медицинского персонала. На финансирование ведомственной сети расходуется около 15% всех выделяемых за счет общественных источников средств.

Для того чтобы избавиться от дублирования лечебных учреждений в государственном секторе и обеспечить реализацию принципов социальной справедливости и рациональное использование государственных финансовых и материальных ресурсов, необходима поэтапная интеграция ведомственных медицинских учреждений в территориальные системы здравоохранения. 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.

Ресурсные ограничения развития *образования* в современном российском обществе обусловливают необходимость руководствоваться следующей логикой: четкое определение государственных обязательств по предоставлению бесплатного образования: структуры, стандартов качества, объемов образовательных услуг, минимального уровня их финансового обеспечения за счет государственного бюджета. Все, что превышает эти обязательства, может осуществляться при наличии у субъектов РФ дополнительных финансовых возможностей либо покрываться за счет внебюджетных средств (заказов предприятий, платы учащихся). При этом необходимо введение более эффективных — рыночных — механизмов государственного финансирования образовательных организаций по принципу “деньги следуют за учащимся”.

Именно такая логика отражена в упоминавшейся выше Концепции организационно-экономической реформы образования. Трансформация организационно-экономического механизма функционирования в сфере образования должна идти по следующим главным направлениям:

- замена постатейного финансирования образовательных учреждений на подушевое финансирование с перечислением всех средств непосредственно учреждениям как бюджетополучателям; формирование регулируемого рынка образовательных услуг на основе подушевого бюджетного финансирования организаций, оказывающих такие услуги независимо от формы их собственности;
- расширение вариативности образования в сочетании с введением национальной системы образовательных стандартов и тестирования для обеспечения единства требований к качеству предоставляемых услуг и получаемого образования;
- создание условий для эффективного управления переданной образовательным учреждениям собственностью и для эффективного использования полученных доходов в качестве существенного дополнительного источника финансирования образовательной деятельности;
- обеспечение адресной поддержки учащихся и студентов, которая позволит уйти от сегодняшней фактически уравнительной системы распределения стипендий.