

Институт экономики переходного периода

103918, Россия, Москва, Газетный переулок д. 5 Тел./ факс 229 6596, www.iet.ru

**Политико-экономический анализ
трансформации механизмов
финансирования здравоохранения и
образования**

Авторы:

С.В.Шишкин (руководитель проекта)

В.А.Чернец

А.Е.Чирикова

Москва

Май 2003 г.

Оглавление

1. ВВЕДЕНИЕ.....	3
2. ПРОБЛЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПОЗИЦИЙ ГРУПП ИНТЕРЕСОВ.....	6
2.1. Ключевые проблемы системы финансирования здравоохранения	6
2.2. Интересы субъектов системы финансирования здравоохранения	16
2.3. Экономические условия оказания медицинской помощи населению: конфигурация интересов	28
2.3. Реструктуризация системы медицинского обслуживания: позиции субъектов финансирования.....	36
2.5. Модернизация системы обязательного медицинского страхования: сторонники и противники	40
2.6. Перспективы реформирования системы финансирования здравоохранения	45
3. ИНТЕРЕСЫ ПО ОТНОШЕНИЮ К ОРГАНИЗАЦИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ.....	52
3.1. Ключевые проблемы финансирования высшего образования	52
3.2. Интересы субъектов реформирования системы финансирования высшего образования.....	60
3.3. Развитие платного высшего образования: конфигурация позиций	68
3.4. Перспективы изменения механизмов финансирования высшего образования.....	75



1. Введение

В 90-х годах произошли серьезные преобразования в системе управления и финансирования российского здравоохранения. Главные из них:

- децентрализация управления;
- внедрение системы обязательного медицинского страхования;
- разработка федеральной и территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения медицинской помощью.

Вместе с тем в решении целого ряда важнейших проблем продвижение минимально:

- сохраняется разрыв между стоимостью программы государственных гарантий и ее государственным финансированием;
- сложившаяся бюджетно-страховая система финансирования громоздка и неэффективна;
- реструктуризация системы медицинского обслуживания (внедрение общих врачебных практик, замещение стационарной медицинской помощи лечением в амбулаторных условиях, сокращение больничных коек) идет медленно;
- действия разных субъектов управления и финансирования здравоохранения недостаточно координируются;
- эффективность использования ресурсов не оценивается, и не предпринимается усилий по ее повышению.

Причины замедления реформ объясняются особенностями конфигурации интересов по отношению к общественному здравоохранению. Дальнейший ход реформ будет зависеть от борьбы и взаимодействия друг с другом субъектов финансирования здравоохранения: органов власти разных уровней, органов управления здравоохранением, государственных фондов обязательного медицинского страхования, негосударственных страховых медицинских организаций, а также руководителей медицинских учреждений.

В октябре 2001 года Правительство утвердило Концепцию модернизации российского образования на период до 2010 года. Она предусматривает изменение правил приема в вузы, которое должно осуществляться по результатам единого государственного экзамена школьников, и переход к финансированию вузов на основе государственных именных финансовых обязательств, являющемуся разновидностью ваучерного



финансирования. Стоимость ГИФО разных категорий устанавливается в соответствии с количеством баллов, набранных выпускниками школ по ЕГЭ. С 2002 г. началась экспериментальная апробация этих новых механизмов.

Предполагаемые нововведения вызывают большое сопротивление у многих руководителей вузов и части профессорско-преподавательского состава. Ход реформ будет зависеть от взаимодействия различных групп интересов, сформировавшихся в системе образования. Его политико-экономический анализ выступает необходимым условием для разработки реалистичной стратегии проведения преобразований, определения конкретных форм и последовательности внедрения новых принципов финансирования образования.

Целью данного исследования является анализ конфигурации интересов по отношению в реформированию системы финансирования здравоохранения и высшего образования.

Задачами исследования выступают:

- выявление и систематизация интересов и позиций субъектов систем финансирования здравоохранения и образования по отношению к их реформированию;
- оценка с политико-экономической точки зрения реализуемости обсуждаемых типов преобразований в системах финансирования здравоохранения и образования;
- разработка предложений о реалистичных стратегиях и конкретных институциональных механизмах изменения систем финансирования в рассматриваемых сферах.

Эти задачи решаются путем анализа данных Министерства здравоохранения и Министерства образования, Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, лечебно-профилактических учреждений и образовательных организаций и проведения интервью с работниками этих организаций, а также региональных органов власти и органов местного самоуправления.

Авторами данной работы использованы материалы интервью, проведенных в рамках реализации следующих проектов:



- «Российская Федерация: поддержка управления системой здравоохранения», проект Тасис EDRUS 9702, 1999-2001¹; в ходе реализации проекта проведено интервьюирование более 40 работников Министерства здравоохранения Российской Федерации, работников органов и организаций здравоохранения в двух субъектах Российской Федерации;
- «Региональные элиты и региональные процессы: экономика, политика власть», Институт социологии РАН, 2000-2002²; проведены свыше 140 интервью с руководителями органов власти в четырех субъектах Российской Федерации;
- «Анализ последствий различных стратегий финансового обеспечения государственных гарантий в здравоохранении»; проект Независимого института социальной политики, 2002³; проведены 35 интервью с субъектами управления и финансирования здравоохранения (руководителями региональных исполнительных и представительных органов власти, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, страховых медицинских организаций, главными врачами медицинских учреждений) и 136 интервью с медицинскими работниками в двух субъектах Российской Федерации;
- «Проект Тасис по тиражированию в области здравоохранения для северо-западного региона России», 2002-2003; проведено 25 интервью с руководящими работниками Министерства здравоохранения РФ, руководителями региональных и муниципальных органов исполнительной и представительной власти, руководителями и работниками региональных и муниципальных органов управления здравоохранением, территориальных фондов обязательного медицинского страхования, главными врачами медицинских учреждений в одном субъекте Российской Федерации;
- «Анализ влияния трансформации механизмов приема в вузы и финансирования обучения на доступность высшего образования»; проект, реализуемый Независимым

¹ См.: Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации. М.: Теис, 2001; Russian Federation: Support to Public Health Management. Moscow: TEIS, 2001.

² См.: Лапина Н., Чирикова А. Стратегии региональных элит: экономика, модели власти, политический выбор. М.: ИНИОН РАН, 2000; Лапина Н.Ю., Чирикова А.Е. Регионы-лидеры: экономика и политическая динамика. М.: Изд-во Института социологии РАН, 2002.

³ См.: Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. WP1/2002/07/ Авт. коллектив: Т.В.Богатова, Е.Г.Потапчик, В.А.Чернец, А.Е.Чирикова, Л.С.Шилова, С.В.Шишкин; Независимый институт социальной политики. – М.: ООО «Пробел-2000», 2002; Неформальные платежи за медицинскую помощь в России. Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ», № 142, М.: Московский общественный научный фонд, независимый институт социальной политики, 2003.



институтом социальной политики, 2003; проведено 80 интервью с руководителями органов образования, руководителями и преподавателями высших учебных заведений в двух субъектах Российской Федерации.

Авторы настоящего доклада являлись руководителями или участниками указанных проектов. Данные, полученные в ходе интервью, прежде не анализировались с точки зрения решения задач настоящего исследования.

2. Проблемы финансирования здравоохранения с позиций групп интересов

2.1. Ключевые проблемы системы финансирования здравоохранения

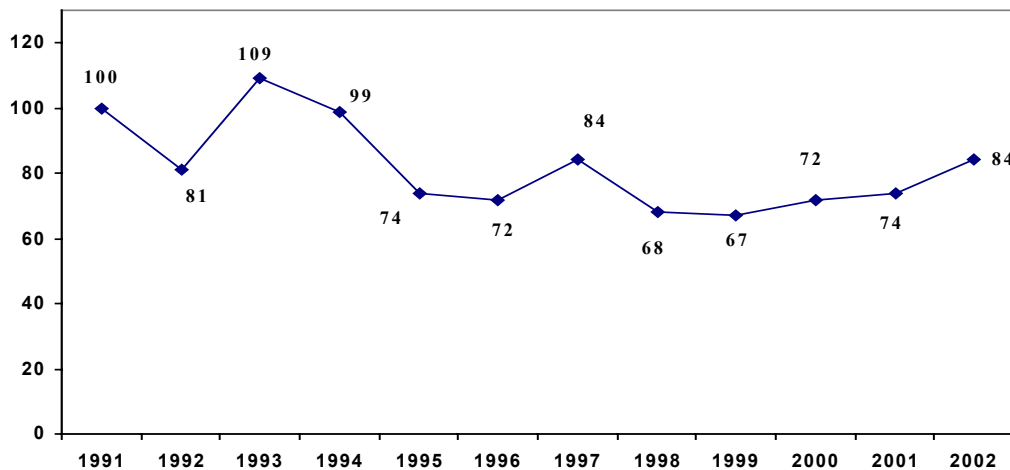
Главной проблемой российской системы здравоохранения является значительный разрыв между государственными гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением. По минимальной оценке, объем государственного финансирования здравоохранения (из бюджетов всех уровней и средств обязательного медицинского страхования) в реальном выражении уменьшился в течение 90-х годов на треть (см. рис. 1). Его рост, начавшийся с 2000 г., пока недостаточен для компенсации произошедшего снижения. Между тем гарантии бесплатного медицинского обслуживания населения, установленные в советское время, остались практически неизменными, а затраты, необходимые для их обеспечения, увеличились вследствие появления новых фондоемких медицинских технологий и новых дорогостоящих лекарственных препаратов.

Страны развивающегося мира с аналогичной долей государственных расходов на здравоохранение гарантируют населению только самые минимальные «пакеты» медицинских услуг, концентрируясь преимущественно на обеспечении медико-социального благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями и проч.). Государства в странах с высокоразвитой экономикой тратят на здравоохранение в среднем 6-7% ВВП, а в реальном выражении – на порядок больше, чем в России, и при этом практически ни в одной из этих стран не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам.



Рис. 1

Динамика расходов государства* на здравоохранение (1991 = 100 %)



* Сумма расходов на здравоохранение и физическую культуру из государственного бюджета и взносов работодателей на обязательное медицинское страхование

Источник: рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, публиковавшихся по истечении соответствующего года (1992 – 17,2; 1993 – 10,2; 1994 – 4,1; 1995 – 2,8; 1996 – 1,4; 1997 – 1,2; 1998 – 1,1; 1999 – 1,6; 2000 – 1,4; 2001 – 1,2; 2002 – 1,2).

Мы унаследовали от социализма предельно широкие обязательства государства по бесплатному медицинскому обслуживанию населения. При этом система здравоохранения, созданная в советское время, была ориентирована на массовое применение относительно простых медицинских технологий. Развитие медицинской науки и фармацевтики значительно расширили возможности лечения многих заболеваний и соответственно обусловили рост потребностей населения в получении медицинских услуг более высокого качества. Но удовлетворить эти потребности путем бесплатного предоставления всем гражданам медицинской помощи государство уже не в состоянии и в обозримой перспективе не будет способно это сделать. Объем государственного финансирования здравоохранения составляет в России в последние годы около 3% ВВП (табл. 1). Это примерно соответствует тому, сколько тратят на здравоохранение государства с аналогичным уровнем подушевого ВВП (. Государства в странах с высокоразвитой экономикой тратят на здравоохранение в среднем 7% ВВП, а в реальном выражении – на порядок больше, чем в России , но практически ни в одной стране не гарантируется бесплатность всех видов медицинской помощи всем гражданам.

ТАБЛИЦА 1.

Расходы государства на здравоохранение, в % к ВВП

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Здравоохранение в т.ч.	2,9	2,5	3,7	3,9	2,9	3,1	3,4	3,1	2,9	2,6	2,8	3,0
Государственный бюджет	2,9	2,5	3,1	3,2	2,4	2,5	2,8	2,4	2,2	1,9	2,1	2,4
Обязательные страховые взносы юридических лиц	-	-	0,6	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6

Источник: рассчитано по данным Госкомстата РФ.

Дисбаланс между государственными обязательствами и реальным их финансированием оказывает негативное влияние на функционирование системы здравоохранения. Государственные средства расходуются на поддержание существующих медицинских учреждений, прежде всего стационарных, в ущерб необходимому развитию профилактической работы и амбулаторно-поликлинической помощи. Из-за невозможности предоставить всем бесплатно желаемую медицинскую помощь происходит ухудшение доступности любой качественной медицинской помощи для широких слоев населения, нарастание платности медицинских услуг и расширение практики неформальных платежей.

В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Велико неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи. Ссылки на недостаточность государственного финансирования здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обслуживания служат самооправданием для медицинских работников и руководителей здравоохранения за снижение качества медицинских услуг и за предоставление за плату услуг, которые реально могли бы быть оказаны для граждан бесплатно.

Таким образом, проблема состоит в том, что сформировавшиеся еще в 30-е годы прошлого века гарантии предоставления медицинской помощи населению и механизмы их обеспечения в современных условиях не позволяют достичь справедливого и эффективного предоставления населению необходимой качественной медицинской помощи за счет тех ресурсов, которое общество в состоянии тратить на охрану здоровья своих граждан.

Возможны три основные стратегии достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий. Первая стратегия предусматривает рост государственного

финансирования здравоохранения в сочетании с ограниченными мероприятиями по реструктуризации системы медицинского обслуживания и повышению ее эффективности.

Вторая и третья стратегии, предполагая постепенное увеличение государственных расходов на здравоохранение, отдают приоритет структурным и институциональным изменениям.

Вторая стратегия ориентирует на существенное повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, достигаемое за счет масштабной реструктуризации медицинской помощи с переносом максимально возможной ее части на амбулаторный этап и одновременным прекращением финансирования из общественных источников высвобождающихся мощностей стационарных медицинских учреждений.

Третья стратегия предполагает сочетание мер по повышению эффективности системы здравоохранения с частичным пересмотром гарантий и сокращением медицинской помощи (по видам, гарантированным объемам и условиям предоставления), полностью оплачиваемой за счет общественных источников.

«Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренные Правительством РФ в июне 2000 г., ориентируют на реализацию второй стратегии: реструктуризацию существующей сети медицинских организаций, вывод из системы общественного здравоохранения финансово необеспеченных учреждений, усиление государственного регулирования платной медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных ЛПУ.

Фактически же, начиная с 2000 г., реализуется первая стратегия. Размеры государственного финансирования здравоохранения увеличиваются в реальном выражении, отражая рост ВВП. В то же время процесс реструктуризации системы медицинского обслуживания населения идет медленно. Для ответа на вопрос, почему реальные действия расходятся с декларируемыми задачами, необходимо обратиться к анализу интересов различных типов субъектов управления и финансирования здравоохранения. Такой анализ проводится в последующих разделах данной работы.

Неэффективность сложившейся системы финансирования

В первой половине 90-х годов была предпринята попытка реформировать систему финансирования российского здравоохранения. Она заключалась во внедрении системы



обязательного медицинского страхования (ОМС), которая должна была заменить систему бюджетного финансирования, содействовать повышению экономической стабильности работы отрасли и росту эффективности использования ее ресурсного потенциала.

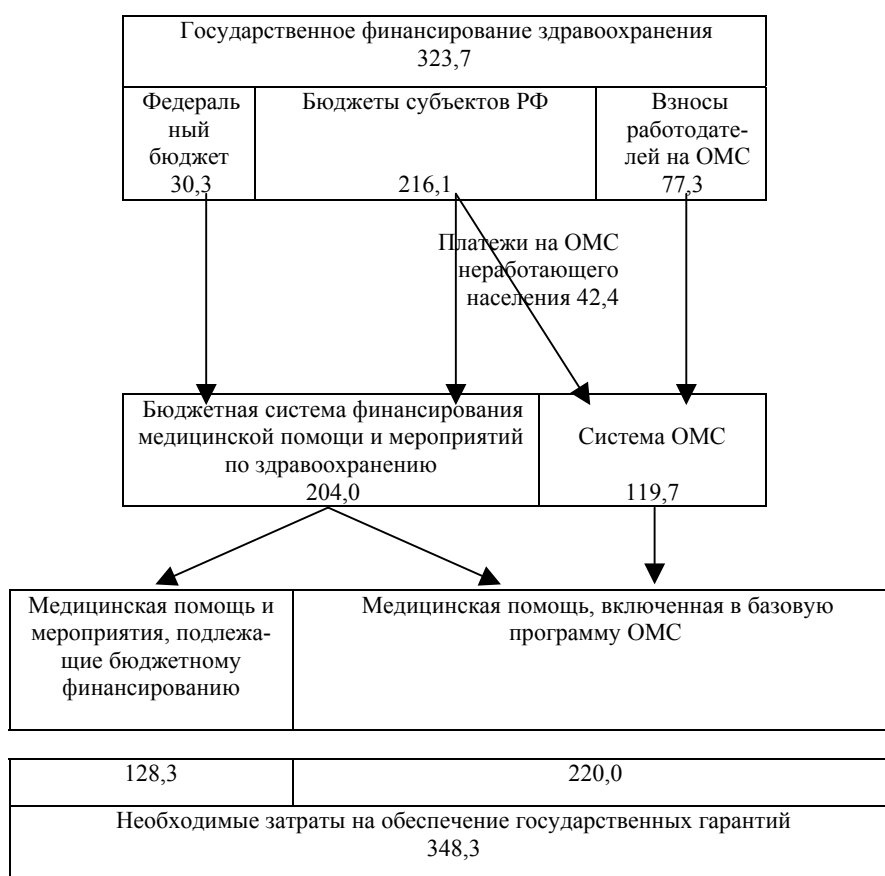
Практическое внедрение ОМС было начато в 1993-1994 гг., но оказалось частичным. Замещение бюджетного финансирования медицинских организаций страховым финансированием не было завершено. Региональные и местные органы власти перечисляли взносы на ОМС неработающего населения в недостаточных объемах. В системе ОМС концентрируется лишь одна треть государственного финансирования здравоохранения, а должно было бы около двух третей (см. рис.2). Так получается потому, что субъекты РФ, органы местного самоуправления предпочитают не платить взносы в систему ОМС за неработающее население, а, как и раньше, самим финансировать медицинские учреждения. В итоге те получают финансовые средства на покрытие издержек одной и той же деятельности одновременно по двум каналам: бюджетного финансирования и ОМС. Существующее эклектичное сочетание элементов страхового и бюджетного финансирования не создает ни у кого стимулов к повышению эффективности использования ресурсов, содействует воспроизводству сложившегося затратного типа хозяйствования.

Сложившееся сочетание систем бюджетного и страхового финансирования ориентирует на поддержание существующей сети лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и объемов медицинского обслуживания, но не на решение назревших задач их реструктуризации и повышения эффективности использования имеющегося в отрасли ресурсного потенциала.

Особенностью российской системы обязательного медицинского страхования является наличие двух типов страховщиков: 1) страховых медицинских организаций и 2) филиалов территориальных фондов ОМС (см. табл. 2). Первые представляют собой, как правило, негосударственные коммерческие организации. Вторые являются структурными подразделениями государственных финансово-кредитных учреждений - территориальных фондов ОМС. В 1997 г. в 42 субъектах РФ функции страховщиков выполняли только страховые компании, в 23 - только территориальные фонды ОМС и их филиалы, в 22 - и те и другие.

РИС. 2

Государственное финансирование здравоохранения в 2002 г. (млрд. руб.)



Ожидаемые позитивные эффекты от деятельности новых субъектов в системе здравоохранения, связанные прежде всего с более рациональным использованием имеющихся ресурсов и с контролем качества лечения не проявились с достаточной определенностью и не уравнивают затрат на содержание этих организаций. У страховых медицинских организаций и ЛПУ отсутствуют стимулы к более эффективному использованию имеющихся ресурсов. Поэтому фонды ОМС и в особенности страховые компании стали восприниматься значительной частью медицинских работников как ненужные и дорогостоящие посредники в системе финансирования здравоохранения в условиях экономического кризиса.

Страховые принципы организации финансирования предоставления медицинской помощи населению оказались практически не выраженными в той системе финансирования, которая реально функционирует под названием обязательное медицинское страхование. В сегодняшнем состоянии система ОМС исчерпала свои возможности, и следует либо отказаться от нее, либо модернизировать.

ТАБЛИЦА 2.

Структура системы обязательного медицинского страхования*

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Территориальные фонды ОМС	86	86	88	88	89	90	90	90	91
Филиалы территориальных фондов ОМС	1058	1103	1140	1108	1160	1170	1123	1129	982
из них выполняющие функции страховщиков		571	486	423	419	487	500	516	485
Страховые медицинские организации	164	439	536	538	461	415	387	362	361

* данные на конец года.

Источник: Федеральный фонд ОМС.

Попытки пересмотра сложившейся системы ОМС стали почти сразу же после ее внедрения. Уже в 1996 г. Правительство РФ внесло в Государственную Думу законопроект, который предусматривал исключение негосударственных страховых организаций из числа субъектов ОМС. Единственными страховщиками должны были стать территориальные фонды ОМС, которые, если захотят, могут привлекать страховые компании в качестве агентов для выполнения тех или иных функций. В течение почти трех лет страховщикам и фондам ОМС удавалось тормозить рассмотрение правительственного законопроекта в Государственной Думе. Да и Правительство поначалу не очень сильно настаивало на его принятии, а затем, после президентских выборов 1996 г. как бы и забыло о нем.

В 1998 г. ряд субъектов РФ (Воронежская, Ленинградская, Читинская области) выступили с законодательными предложениями о внесении изменений в действующий федеральный закон о медицинском страховании. Предлагалось усилить контроль региональных властей за деятельностью фондов ОМС и предоставить им право использовать средства ОМС по своему собственному усмотрению, а также исключить страховые медицинские организации из системы ОМС, оставив территориальные фонды ОМС и их филиалы в качестве основных страховщиков.

В 1999 г. правительство Е.М.Примакова стало настаивать на принятии вышеупомянутого законопроекта, который был внесен в Государственную Думу в 1996 г. В июне 1999 г. под давлением Правительства законопроект был принят Государственной Думой в первом чтении. Но страховые медицинские компании сумели оказать эффективное влияние на законотворческую деятельность. В июне 2000 г. Правительство

РФ по ходатайству Минздрава РФ предложило депутатам подождать с принятием этого законопроекта во втором чтении.

В последние два года широко обсуждался такой возможный путь развития медицинского страхования как создание единой системы обязательного медико-социального страхования. Такая задача была сформулирована в «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных Правительством Российской Федерации 28 июня 2000 г., и в Плане действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000-2001 годы, утвержденном Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2000 г. № 1072-р, была обозначена перспектива реформирования системы ОМС в направлении создания единой системы обязательного медико-социального страхования. Это предполагалось сделать путем объединения существующих систем обязательного медицинского страхования (ОМС) и социального страхования.

Разработка предложений об объединении обязательного и социального страхования в единую систему обязательного медико-социального страхования велась с осени 2000 г. Ключевым препятствием к созданию такой системы стал вопрос об источниках страховых платежей за неработающее население. В существующей системе ОМС не решена проблема перечисления из бюджетов субъектов РФ взносов на страхование неработающего населения. Действенным способом решения этой проблемы является однозначное закрепление финансовых источников таких взносов в виде установления маркированных налоговых поступлений, например, как определенная часть налога на доходы физических лиц, или акцизы на табачные изделия и алкоголь. Соответствующие предложения прорабатывались в правительстве, но в апреле 2002 г. было решено отказаться от объединения двух страховых систем. Министерство финансов, которое в 2000 г. инициировало проработку таких вариантов, весной 2002 года заявило об отсутствии в обозримой перспективе возможностей закрепить определенные налоговые поступления в качестве источников финансирования платежей за неработающее население. Без подобного закрепления источников средств для платежей за неработающее население объединение существующих систем обязательного медицинского и социального страхования потеряло всякий смысл. Создание более сложной системы без решения проблемы финансовой необеспеченности обязательств в рамках одной из

исходных систем оказало бы деструктивное влияние на осуществление и медицинского, и социального страхования.

Вместе с тем сохраняется необходимость реформирования системы ОМС. В течение 2002 года высокую активность в обсуждении этой проблематики проявлял Минэкономразвития Российской Федерации. По его инициативе был подготовлен проект соответствующего закона. Он предполагает:

- создание устойчивой финансовой основы для оказания населению гарантированной бесплатной медицинской помощи;
- установление подушевых нормативов взносов на ОМС неработающих граждан из бюджетов субъектов Российской Федерации;
- исключение местных бюджетов в качестве источника финансирования платежей на ОМС неработающего населения; осуществление платежей на ОМС неработающего населения только из средств бюджетов субъектов Российской Федерации
- использование средств федерального бюджета для субсидирования платежей за неработающее население;
- заключение соглашений между Федеральным фондом ОМС и субъектами РФ о страховании неработающего населения, определяющее обязательства сторон по финансированию платежей за неработающее население, направляемых в территориальные фонды ОМС; субъекты РФ, не заключившие такого соглашения, самостоятельно определяют порядок страхования неработающего населения, предоставления и оплаты медицинской помощи, предусмотренной территориальной программой ОМС;
- концентрация в Федеральном фонде ОМС более весомой части средств ОМС за счет изменения пропорции распределения средств социального налога между Федеральным и территориальными фондами ОМС, и расширение таким образом возможностей Федерального фонда по выравниванию финансовых условий реализации базовой программы ОМС в разных регионах;
- сохранение страховых медицинских организаций в качестве страховщиков в системе ОМС при значительном усилении государственных требований к их деятельности;
- предоставление застрахованным права выбора страховщиков;
- унификация механизмов ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе ОМС.



С августа 2002 года к обсуждению направлений реформирования системы ОМС энергично подключился Пенсионный фонд Российской Федерации. Он выступил с инициативой включения его в число субъектов обязательного медицинского в качестве страхователя неработающих пенсионеров и предложил участвовать в оплате соответствующих взносов в систему ОМС при условии заключения соглашений между фондами ОМС, Пенсионным фондом и администрациями субъектов Федерации о финансировании взносов на ОМС неработающего населения. Пенсионным фондом были подготовлены предложения о соответствующих поправках в действующий закон о медицинском страховании. Можно предполагать, что активность руководства Пенсионного фонда РФ в реформировании ОМС объясняется тем, что такое реформирование является инструментом достижения иных политико-экономических целей.

Инициатива Пенсионного фонда получила поддержку Президента РФ. В марте 2003 г. вопросы медицинского страхования рассматриваются на заседании Государственного совета под председательством Президента РФ. После этого принимается постановление Правительства РФ о проведении эксперимента по участию Пенсионного фонда в ОМС неработающего населения в нескольких субъектах РФ.

Одновременно была продолжена работа по подготовке проекта закона об обязательном медицинском страховании. В дополнение к рассмотренным выше принципам законопроекта, подготовленного под эгидой Минэкономразвития РФ, предполагается, что Пенсионный фонд РФ станет субъектом системы ОМС, будет участвовать в заключении многосторонних соглашений между администрациями субъектов РФ, Минфином РФ, Минздравом РФ, Пенсионным фондом РФ, Федеральным и территориальными фондами ОМС о страховании неработающего населения, проживающего на территории соответствующих субъектов РФ. Соглашения определяют обязательства сторон по объемам финансовых средств, направляемых на обеспечение платежей страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан или их отдельных категорий сроком на один финансовый год. Платежи за неработающих пенсионеров из средств федерального бюджета предполагается финансировать за счет средств единого социального налога, направляемых в федеральный бюджет для финансирования базовой части трудовой пенсии. Пенсионный фонд РФ будет вести регистр всех застрахованных в системе ОМС, участвовать в разработке базовой и

территориальных программ ОМС, осуществлять выборочный контроль за деятельностью страховщиков и медицинских организаций в системе ОМС.

Вместе с тем ведомствам, участвующим в подготовке законопроекта, до настоящего времени не удалось достичь согласия по содержанию законопроекта.

Какова же конфигурация интересов по отношению к модернизации системы ОМС? Как она препятствует завершению перехода от бюджетного к страховому финансированию системы медицинского обслуживания? Эти вопросы будут рассмотрены в разделе 2.5.

2.2. Интересы субъектов системы финансирования здравоохранения

Любые преобразования в системе финансирования здравоохранения в первую очередь затрагивают интересы субъектов этой системы. В качестве таковых выступают:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации – Минздрав;
- Региональные органы управления здравоохранением (департаменты, управления, министерства) – РОУЗ;
- Муниципальные органы управления здравоохранением (в городах - городские и районные управления, в сельской местности - главные врачи центральных районных больниц);
- Региональные и муниципальные органы исполнительной и представительной власти;
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования;
- Территориальные фонды обязательного медицинского страхования;
- Страховые медицинские организации.

От позиций и действий этих субъектов зависят возможности и результативность преобразований в системе финансирования здравоохранения. Опираясь на данные интервью с руководителями и сотрудниками организаций, осуществляющих финансирование медицинской помощи, и руководителями организаций, предоставляющих медицинскую помощь населению, мы можем следующим образом охарактеризовать интересы этих субъектов по отношению к реформированию системы финансирования.



Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Прежде всего следует отметить, что несмотря на наличие целого ряда принятых Минздравом программных документов, определяющих направления необходимых преобразований в системе здравоохранения в целом, и в механизмах ее финансирования в частности, у Минздрава нет четко продуманной и реализуемой им стратегии реформ. Принимаемые концепции и стратегические планы, как правило, не содержат индикаторов реализации, по форме напоминают программные документы советских времен. При их подготовке Минздрав недостаточно учитывает мнение других субъектов системы финансирования здравоохранения. Так, при разработке программных документов, ставящих задачи реструктуризации коечного фонда, внедрения врачей общей практики, не принималось во внимание отрицательное отношение к этому многих руководителей РОУЗ, не созывались совещания с их участием для обсуждения спорных вопросов. Это не было сделано и после того, как выявилось нежелание многих других субъектов выполнять установки, декларируемые Минздравом. Руководители РОУЗ воспринимают позицию Минздрава как навязываемую сверху.

Минздрав не оказывает достаточной организационно-методической помощи в осуществлении требуемых преобразований. Приведем несколько примеров. Необходимые методические документы по механизмам финансирования врача общей практики были разработаны спустя несколько лет после начала кампании по внедрению этого института, а рекомендации по трансформации амбулаторно-поликлинических учреждений в центры врачей общей практики отсутствуют и по сей день.

Столкнувшись с препятствиями в практической реализации заявляемых задач, Минздрав не ищет новых способов их преодоления и не вносит корректив в декларируемые стратегические цели. Разрыв между декларациями и практическими действиями с удивительным постоянством воспроизводится каждый раз при реализации очередной концепции.

Такую позицию Минздрава можно во многом объяснить особенностями интересов его руководящих работников. Как и у большинства чиновников, в основе этих интересов лежат две составляющие:

- стремление к сохранению или повышению своего статуса (властных полномочий);
- стремление к сохранению или увеличению своих доходов.

Эти два компонента взаимосвязаны, так как именно статус позволяет получать доходы в обмен на принимаемые властные решения. По предположительным оценкам



ряда респондентов, реальные доходы руководителей министерства во много раз превышают их заработную плату. Индикаторы этого: покупка дорогих машин, квартир в престижных домах, мебели и других предметов долгосрочного пользования; наличие бизнеса у их родственников (чаще всего в сфере здравоохранения), образ жизни (дорогая одежда, привычка к хорошим ресторанам, наличие прислуги), учеба детей или внуков в дорогих заведениях.

Особенности интересов работников Минздрава определяются спецификой источников их доходов. Предположительно, такими источниками являются:

- благодарность фирм за покупку медикаментов и оборудования в рамках реализации федеральных целевых программ;
- благодарность федеральных ЛПУ за учет их потребностей при определении размеров бюджетного финансирования (в частности, выделение денег на покупку запрашиваемого медицинского оборудования и медикаментов, на строительство новых корпусов, проведение капитального ремонта и т.п.);
- благодарность РОУЗ за выделение им и подведомственным им ЛПУ финансовых и материальных ресурсов (оборудование, медикаменты) в рамках реализации федеральных целевых программ;
- благодарность производителей и дистрибьюторов лекарственных средств и медицинского оборудования за проведение их испытаний и регистрацию;
- благодарность фирм-поставщиков за предоставление права работать без лицензии;
- благодарность организаций за выдачу разрешения на ввоз оборудования через таможенную;
- благодарность организаций и частных лиц за госпитализацию в федеральные учреждения, направление на лечение за границу;
- благодарность юридических лиц за различного рода разрешения, выдаваемые министерством.

К примеру, благодарность за регистрацию медицинского оборудования оказывается чиновникам в виде неформальных платежей не за сам факт регистрации (за это организация официально перечисляет Минздраву 5% стоимости прибора), а за помощь в составлении заявки, уменьшающую расходы заявителя, за то, что образец послали на испытания в желаемый институт, за быстроту оформления, и т.д.

Часто благодарность, если она выражается в значительной сумме, не имеет характера неформальных платежей, а поступает в виде безналичного платежа какой-



нибудь фирме за якобы оказанные услуги, предоставленные изделия и т.п. Фирма-получатель, имеет возможность передать обналиченные деньги реальным чиновникам. Такой механизм, с одной стороны, помогает чиновнику сохранить лицо: он просит деньги не себе лично, а якобы для помощи другой организации здравоохранения, благотворительному фонду и т.п. С другой стороны, этот механизм позволяет обезопасить себя от возможных преследований правоохранительных органов.

Для сохранения или повышения своего статуса чиновники должны четко выполнять все указания, поступающие сверху, в данном случае от правительства. Если правительство будет требовать выполнения реформ, то Минздрав будет их проводить. Если требования будут нечеткими, либо неконтролируемыми, то, скорее всего пробуксовка преобразований будет продолжаться.

Чиновники традиционно минимизируют свою активность, зная, что вероятность лишиться места значительно выше в случае не слишком успешной деятельности, чем при бездеятельности. Как правило, у чиновников мотивация на избегание неудач сильнее ориентации на достижение успеха. В то же время чиновникам хорошо известно, что выполнение всех приказов сверху не дает гарантии сохранения своей позиции в министерстве; любой ответственный работник министерства легко может потерять свое место при смене руководства Минздрава. А такие смены до недавнего времени происходили очень часто. Для того чтобы обезопасить себя, чиновники тратят много энергии на создание плацдарма в случае потери министерской должности. Они создают частные коммерческие структуры в сфере здравоохранения, открывают для себя новые институты, больницы, кафедры, получают профессорское звание, обеспечивают существующие больницы оборудованием в расчете на возможность впоследствии перейти в эти больницы и участвовать в получении доходов от коммерческого использования этого оборудования, а в перспективе, может быть и приватизировать их.

Таким образом, реальными приоритетами деятельности руководящих работников министерства, по всей видимости, являются:

- сохранение своего положительного имиджа в глазах вышестоящего руководства, от которого зависит его пребывание в должности;
- создание себе «запасного места» в случае ухода из Минздрава;
- личное материальное благополучие, поиск путей зарабатывания денег сверх официальной зарплаты.



Если дело обстоит именно таким образом, то сила интереса чиновников к реформе системы финансирования здравоохранения зависит от силы требований и контроля за ее проведением со стороны вышестоящего руководства, а также от того, в какой мере намечаемые преобразования могут изменить возможности чиновников в создании «запасных мест» и увеличении собственных доходов.

Обсуждавшиеся выше проблемы системы финансирования здравоохранения и направления их решения не открывают перед чиновниками Минздрава новых возможностей решения этих задач. И это, по-видимому, во многом объясняет недостаточность их инициативы и усилий в продвижении необходимых преобразований.

Напротив, Минздрав весьма инициативен в другой сфере своей компетенции – выполнении разрешительных функций для производителей и дистрибьюторов лекарственных средств и медицинской техники. При отсутствии прогресса в регулировании предоставления платных услуг населению, в реструктуризации здравоохранения, в модернизации ОМС Минздрав в последние три года последовательно и вполне успешно проводит политику усиления своих разрешительных полномочий.

В подтверждение этого вывода приведем следующие факты. В 2001 г. была обновлена нормативная база, регулирующая обращение лекарственных средств. В соответствии с действующим законодательством, реализация лекарственных средств на территории Российской Федерации допускается только при наличии на них сертификата соответствия единого образца, который выдается органами по сертификации сроком на 1 год. Эти органы создаются субъектами РФ. Постановлением Госстандарта России от 3 января 2001 г. N 2 утверждены «Правила сертификации лекарственных средств» взамен действовавших с 1998 г. Главные отличия нового документа состоят в существенном усилении полномочий Минздрава РФ в организации сертификации. Контроль лекарственных средств отечественного и зарубежного производства при сертификации должен теперь проводиться только по нормативным документам, утвержденным Минздравом РФ. Ранее в правилах присутствовала лишь запись о том, что работа по сертификации осуществляется в соответствии с Федеральным законом "О сертификации продукции и услуг". Введена отчетность руководителей органов по сертификации и контрольных лабораторий перед Минздравом РФ. Контрольные лаборатории обязаны теперь осуществлять свою деятельность в соответствии с положением, утверждаемым Минздравом России.



В ноябре 2001 г. правительство внесло изменения в порядок ценообразования на фармацевтическом рынке (Постановление Правительства РФ «О государственном регулировании цен на лекарственные средства» от 9 ноября 2001 г. N 782). С 1999 г. действует механизм государственной регистрации цен отечественных производителей и импортеров лекарственных средств, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Этот перечень включает более 750 непатентованных наименований, которым соответствует более 6 тысяч торговых наименований из более чем 14 тысяч наименований зарегистрированных медикаментов. Нововведения касаются процедуры регистрации цен. Заявляемая производителем или импортером отпускная цена на лекарственное средство должна быть согласована с Министерством экономического развития и торговли РФ и Министерством промышленности, науки и технологий РФ. В новом постановлении решающая роль в организации процесса регистрации отведена Министерству здравоохранения РФ. Ранее оно должно было выполнять, по сути, технические функции – регистрировать цены, согласованные заявителями с указанными министерствами. Теперь необходимые для регистрации документы направляются заявителем не в Минэкономразвития, а в Минздрав, который сам направляет их в вышеуказанные министерства. Если эти два министерства имеют различные мнения о возможности согласования цены, Минздрав выполняет посреднические функции в достижении необходимого согласия. Далее именно Минздрав принимает окончательное решение о государственной регистрации предельной отпускной цены.

Критерии согласования размеров цен, как и в предыдущем нормативном документе правительства, четко не определены, что дает простор для теневых сделок между чиновниками и заявителями. Ранее действовавший порядок предусматривал, что в согласовании и государственной регистрации цены на лекарственное средство, включенное в перечень, может быть отказано в случае, если заявитель представил недостоверную информацию, или если анализ представленной заявителем информации показал, что цена на лекарственное средство в странах Европейского союза либо в стране его происхождения при сопоставимых расходах на транспортировку и хранение существенно ниже предлагаемой для регистрации. В новом постановлении вообще оказались исключенными положения об основаниях для отказа в регистрации цены.

Анализ произведенных изменений в порядке регулирования цен на лекарственные средства заставляет сделать вполне однозначный вывод, что эти изменения служат



интересам сотрудников Минздрава РФ, занимающихся регулированием фармацевтической деятельности.

В 2002 г. Правительство Российской Федерации приняло постановления «О лицензировании отдельных видов деятельности» от 11 февраля 2002 г. № 135; О лицензировании деятельности, связанной с оборотом наркотических и психотропных веществ» от 21 июня 2002 г. № 454; «Об утверждении Положения о лицензировании фармацевтической деятельности» от 1 июля 2002 г. № 489; "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" от 4 июля 2002 г. N 499. Теперь Минздрав получил возможность не только регулировать порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемого органами исполнительной власти субъектов Федерации, что было и ранее, но и самостоятельно лицензировать медицинскую деятельность юридических лиц, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, Российской академии наук и отраслевых академий наук.

В мае Госстандарт РФ по согласованию с Минздравом РФ утвердил Правила проведения сертификации лекарственных средств (Постановление от 24 мая 2002 г. № 36). Они предусматривают обязательную сертификацию каждой партии (серии) произведенного или импортированного лекарственного средства. Ранее такая сертификация проводилась лишь при появлении на рынке нового препарата.

Таким образом, Минздрав успешен в разработке и лоббировании принятия нормативных документов, содержание которых прямо отвечает интересам его руководства. Реформирование же системы финансирования здравоохранения предстает с точки зрения этих интересов как гораздо менее важное дело.

Региональные органы управления здравоохранением.

Интересы руководителей РОУЗ в своей основе мало отличаются от интересов руководящих работников Минздрава, как впрочем, и от остальных чиновников. Ими также движет желание сохранить свой пост и свои доходы.

К предполагаемым источникам их доходов можно отнести:

- благодарность фирм-поставщиков за покупку медикаментов и оборудования для подведомственных ЛПУ, (возможно, это является основным источником дохода);
- благодарность строительных фирм за предоставление права строительства, реконструкции, капитального ремонта подведомственных ЛПУ;



- благодарность подведомственных ЛПУ за учет их потребностей определении размеров их финансирования из регионального бюджета;
- благодарность медицинских организаций и частнопрактикующих врачей за выдачу лицензий на медицинскую деятельность;
- благодарность организаций за различного рода разрешения, выдаваемые РОУЗ.

Для сохранения своего поста необходимо поддерживать положительное к себе отношение со стороны руководителей региональных органов власти и Минздрава. Правда, зависимость от Минздрава гораздо меньше, ведь не он назначает этих руководителей. Однако его мнение в значительной степени учитывается органами власти дотационных регионов при принятии кадровых решений. Кроме того, не сложившиеся отношения с Минздравом означают, что регион мало что получит при распределении ресурсов в рамках выполнения федеральных программ, а это понизит статус руководителей РОУЗ в оценке их непосредственных начальников – руководителей региональных администраций.

Поскольку региональные власти, особенно в преддверии выборов, зависят от электората, они заинтересованы в хорошем уровне оказания медицинской помощи населению, или, по крайней мере, в отсутствии социальной напряженности. Здесь прежде всего важно быстрое реагирование на чрезвычайные ситуации в организации медицинского обслуживания населения региона, которые могут вызвать негативную оценку их деятельности со стороны вышестоящих органов.

В то же время реальным приоритетом деятельности РОУЗ является создание условий для качественной медицинской помощи региональной элите.

В выборе приоритетов своей политики руководители РОУЗ зависят не только от региональных органов власти и Минздрава, но также и от позиций главных врачей подведомственных им ЛПУ, а также и руководителей муниципальных органов здравоохранения. Качество выполнения ими решений РОУЗ, формирование общественного мнения об эффективности работы руководителей РОУЗ может существенно повлиять на устойчивость их пребывания в своей должности.

Руководители РОУЗ в большинстве своем не склонны к проведению реформ по собственной инициативе и будут внедрять новшества лишь под давлением своих региональных властей и Минздрава. При этом они будут руководствоваться своим пониманием нужд и специфики регионального здравоохранения и учитывать пожелания главных врачей подведомственных ЛПУ. Даже обладая большими полномочиями по управлению региональными системами здравоохранения, они не будут проводить

реформы достаточно жестко и последовательно, пока сами не поверят в их необходимость. Кроме того, у них всегда есть причины не торопиться - нежелание рисковать стабильностью работы региональной системы здравоохранения и угроза возможного снижения своего статуса, сокращения полномочий в случае неуспешности проводимых преобразований.

Муниципальные органы управления здравоохранением.

Интересы руководителей городских органов здравоохранения схожи с интересами РОУЗ. Важная особенность состоит в том, что для многих субъектов РФ характерен конфликт между региональными органами власти и руководителями органов власти областного центра. Соответственно и взаимодействие РОУЗ с городскими органами здравоохранения при этом часто характеризуются напряженностью и отсутствием конструктивного взаимодействия. Поэтому городские органы могут сознательно противопоставлять свою политику инициативам, исходящим от вышестоящих органов.

Руководители сельских органов здравоохранения, а они обычно совмещают эту должность с руководством центральной районной больницей (ЦРБ), зависимы в первую очередь от муниципальных властей, которые назначают и освобождают их от должности. Они также зависимы от РОУЗ, поскольку получают дотации из областного бюджета, в определении размера которых РОУЗ обычно играют важную роль. Муниципальные органы назначают их на должность, но РОУЗ во многих случаях имеют возможность влиять на такие назначения. В силу такой двойственной зависимости они не будут оказывать сильного сопротивления проводимым сверху реформам, но и не окажут существенной поддержки тому, с чем внутренне не согласны.

Поскольку муниципальные власти, больше чем региональные, зависят от избирателей, и, следовательно, заинтересованы в относительной удовлетворенности населения района уровнем медицинского обслуживания, то и руководители районного здравоохранения в значительной степени заинтересованы в этом. Этот интерес обусловлен и тем, что уровень их зарплаты в основном определяется главой местной администрации (и может быть существенно выше официальной зарплаты главврача в городе), а размер неформальных доплат невелик. По-видимому, неформальных платежей от руководителей своих ЛПУ им не поступает, имеются лишь благодарности от фирм-поставщиков, но масштабы закупок лекарств и оборудования в сельских системах здравоохранения невелики.

Таким образом, приоритетами деятельности руководителей муниципального здравоохранения в сельской местности являются:

- обеспечение удовлетворенности населения района уровнем медицинского обслуживания;
- сохранение позитивного отношения к себе со стороны муниципальных властей, от которых зависит их пребывание в должности и размер зарплаты;
- сохранение позитивных отношений с РОУЗ;
- личное материальное благополучие, поиск путей зарабатывания денег сверх официальной зарплаты.

Региональные органы исполнительной и представительной власти.

Как правило, они в настоящее время не считают здравоохранение приоритетной сферой. Их отношение к реформам в здравоохранении связано с общей политической позицией. Если региональная администрация политически поддерживает правительство и президента, то по крайней мере на словах она поддерживает реформы, в противном случае сопротивляется им.

Сопротивление реформам обычно проходит под лозунгом социальной защиты населения. Так, например, губернатор-коммунист одной из областей, придя к власти, начал критиковать успешно внедряющуюся в этом регионе и неплохо функционировавшую систему врачей общей практики, уверяя, что она служит «защите интересов богатых». Ему не удалось ее развалить – слишком много было сделано, но торможение ее развития все же произошло.

В основе интересов руководителей региональных органов власти лежат те же две фундаментальные составляющие, что и у остальных чиновников: сохранение статуса и увеличение получаемых благодаря ему доходов. Но поскольку, в отличие, например, от чиновников Минздрава, они зависят от избирателей, особенно накануне выборов, то заинтересованы в хорошем уровне оказания медицинской помощи населению, по крайней мере, в отсутствии здесь социальной напряженности. В то же время они хотят, чтобы региональной элите оказывалась своевременная и эффективная медицинская помощь. Источники их неформальных доходов, по-видимому, лежат вне сферы здравоохранения.

Соответственно приоритетом региональных руководителей в сфере здравоохранения является обеспечение такого уровня оказания медицинской помощи, который будет удовлетворительно воспринят электоратом, по крайней мере, не вызовет



социальной напряженности. Региональные руководители будут поддерживать только такие реформы, которые не вызовут недовольства населения.

Муниципальные органы власти.

Их интересы в применении к здравоохранению близки интересам региональных властей. Им важно обеспечить определенный уровень медицинского обслуживания населения, чтобы получить поддержку электората, достаточную для победы в последующих выборах. Но они более чувствительны, чем региональные руководители, к удовлетворенности населения именно состоянием здравоохранения, поскольку находятся ближе к избирателям, и те имеют возможность напрямую связать их действия с изменениями в доступности и качестве обслуживания в муниципальных ЛПУ. Это делает муниципальных руководителей скорее противниками реформ в здравоохранении, чем их сторонниками, поскольку изменения в условиях оплаты медицинской помощи, реструктуризация сети ЛПУ чреваты риском негативной оценки происходящих изменений со стороны сельского населения. Вместе с тем они готовы поддержать такие нововведения в организации и финансировании здравоохранения, которые непосредственно выражаются в улучшении медицинского обслуживания населения данного муниципального образования.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

В целом они более других субъектов удовлетворены существующей ситуацией. Их главный интерес состоит в сохранении их существующего положения, позволяющего им при минимуме ответственности иметь высокие формальные заработки и неформальные доходы.

Они готовы поддержать любые реформы, не ухудшающие их положения, но будут сопротивляться любым изменениям, затрагивающим их интересы и личные интересы их руководителей.

Страховые медицинские организации.

Эти субъекты системы ОМС заинтересованы в сохранении своего положения в системе финансирования здравоохранения, в увеличении размеров средств, которыми они оперируют.



Обсуждаемые направления необходимого реформирования системы финансирования здравоохранения в целом отвечают интересам большей части страховщиков, поскольку усиливают их роль покупателя медицинских услуг для застрахованного населения, создают условия для развития обязательного и добровольного медицинского страхования. Вместе с тем в шкале приоритетов на первом месте для страховщиков все же стоит сохранение того, что у них есть сейчас, сохранение существующих формальных и неформальных правил финансирования в здравоохранении.

Особенностью российских страховщиков является то, что они не выступают в качестве организованной группы специальных интересов, осуществляющей коллективные действия по продвижению необходимых изменений в законодательстве, хотя и имеют свои региональные и всероссийскую ассоциации. Страховщики предпочитают действовать в одиночку, защищая свое собственное страховое поле, свою индивидуальную роль в организации движения финансовых потоков в системе ОМС.

Рассмотрим также интересы руководителей основного звена системы здравоохранения, получателей средств от органов здравоохранения, фондов ОМС, страховщиков - *главных врачей медицинских учреждений*.

Их интересы по отношению к системе финансирования здравоохранения состоят в следующем:

- обеспечение результативной работы руководимых ими ЛПУ, оцениваемой по критериям, используемым вышестоящими органами управления (показатели количества пролеченных больных, смертности, обращаемости койки, средней длительности пребывания пациентов в больнице и т.д.);
- поддержание позитивного отношения к себе со стороны руководителей вышестоящих органов здравоохранения, от которых зависит не только назначение их на должность, но и уровень финансирования руководимых ими ЛПУ;
- обеспечение личного материального благополучия, основными источниками которого являются: доплаты к зарплате за счет доходов, получаемых ЛПУ от платных услуг, благодарности от фирм-поставщиков за приобретаемые у них лекарственные средства и медицинское оборудование, собственный бизнес (чаще всего аптечный, формально принадлежащий другим лицам).

Главные врачи ЛПУ будут сопротивляться реформам, если они грозят уменьшить финансирование ЛПУ и стимулировать отток из них квалифицированных кадров. Но главные врачи не обладают достаточной силой для противодействия реформам. Тем не



менее, для эффективного проведения реформ необходима их включенность в этот процесс: «Лошадь можно принудительно загнать в воду, но невозможно заставить ее пить».

Рассмотрим теперь более детально позиции этих субъектов, а также позиции других потенциальных субъектов реформирования здравоохранения по отношению к трем ключевым компонентам необходимых преобразований:

- экономическим условиям оказания медицинской помощи населению и возможностям их изменения;
- реструктуризации системы медицинского обслуживания;
- модернизации системы ОМС.

2.3. Экономические условия оказания медицинской помощи населению: конфигурация интересов

Субъекты системы финансирования здравоохранения имеют весьма разноречивые позиции как по отношению к сохранению гарантий бесплатного медицинского обслуживания, так и по отношению к возможности легализации платных медицинских услуг, ради сокращения практик неформальной оплаты медицинской помощи.

Министерство здравоохранения Российской Федерации постоянно декларирует необходимость обеспечения сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения с объемами их государственного финансирования.

Для решения этой задачи Минздраву в 1996-1998 гг. удалось разработать и добиться принятия Правительством РФ Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. В этой программе впервые были определены показатели объемов медицинской помощи, которые государство обязуется бесплатно предоставить населению страны. С 1998 г. эта программа ежегодно принимается Правительством.

Программа государственных гарантий ориентирует на частичное уменьшение потребностей в государственном финансировании здравоохранения за счет его реструктуризации, включая сокращение больничных мест, использование которых имеет низкую затратную эффективность. Программа предусматривала уменьшить на 18,5% объем лечения в стационарных условиях и переместить его в сектор амбулаторно-



поликлинического обслуживания, то есть проводить соответствующее лечение в дневных стационарах больниц и в поликлиниках.

Программа обосновывает требуемые объемы финансирования здравоохранения. Но фактические размеры государственного финансирования здравоохранения не обеспечивали покрытия расчетных показателей стоимости программы. К тому же и сами эти показатели являются заниженными.

Минздрав считает, что дефицит финансирования программы должен быть восполнен за счет увеличения либо бюджетных ассигнований на здравоохранение, либо социального налога. В официальном докладе Минздрава в 2001 г. предлагалось ввести официальные соплатежи пациентов за оказываемую им медицинскую помощь⁴. Но никаких действий со стороны Минздрава по инициации соответствующего пересмотра государственных гарантий не последовало.

Региональные органы власти.

Анализ данных интервью, проведенных с руководителями администраций субъектов РФ, показывает, что их позиции по отношению к перспективам сохранения гарантий бесплатной медицинской помощи дифференцируются в зависимости от экономического уровня развития региона, стабильности власти и сложившейся направленности социальной политики в регионе.

Чем ниже уровень социально экономического развития региона, тем выше вероятность того, что его руководители будут придерживаться патерналистски ориентированной социальной политики, в рамках которой сохранение гарантий бесплатной медицинской помощи рассматривается как необходимое. Такие руководители чаще всего негативно относятся к практике развития платных услуг в здравоохранении, а легальное ее развитие рассматривают как нежелательное в своем регионе. Похожие патерналистские ориентации демонстрируют также руководители регионов с нестабильной и слабой властью, оставаясь весьма зависимыми от своих элит, и не желая проводить каких-либо преобразований, способных еще более дестабилизировать власть в регионе и вызвать негативную реакцию со стороны населения.

Напротив, в регионах с высоким уровнем социально-экономического развития, губернаторы, вице-губернаторы, руководители департаментов областных администраций

⁴ О ходе реализации Концепции развития здравоохранения медицинской науки, задачах на 2001-2005 годы и на период до 2010 года. Доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации. М., 20 марта, 2001 г., с. 85

ориентированы на относительно инновационную социальную политику в своих регионах и считают целесообразным ее дифференциацию, которая бы учитывала различные возможности высокодоходных и низкодоходных групп населения по оплате услуг в социальной сфере.

Рыночно ориентированная социальная политика присуща также губернаторам, обладающим сильным потенциалом влияния на свои элиты и имеющих хороший уровень поддержки своего населения.

При этом лидеры как с относительно высоким так и с низким потенциалом влияния не поддерживают радикальные стратегии социальной политики в своих регионах, предпочитая радикальным вариантам преобразований эволюционные.

Как в регионах с патерналистски ориентированной социальной политикой, так и в регионах с рыночно ориентированной политикой, высшие руководители хорошо осведомлены о размахе практики неформальных платежей за медицинские услуги, однако не видят других механизмов борьбы с подобными явлениями, кроме правовых, отмечая недостаток правового и законодательного обеспечения для борьбы с подобными явлениями. Некоторые из них признают, что только благодаря практике неформальных платежей, ведущим стационарам регионов удастся сохранить квалифицированный костяк врачей и специалистов, успешно работающих в медицинских учреждениях.

Высшие руководители регионального уровня убеждены, что любые инициативы по пересмотру гарантий медицинского обслуживания населения должны исходить из Центра.

Муниципальные органы власти.

Мэры городов, руководители муниципальных образований демонстрируют еще более осторожное отношение к практике вмешательств в гарантии бесплатной медицинской помощи, а легализацию платных услуг рассматривают как достаточно опасный шаг, способный привести к массовым недовольствам со стороны населения. Одновременно, они признают необходимость решения назревших проблем сохранения гарантий бесплатного медицинского обслуживания и увязки этих гарантий с имеющимися финансовыми ресурсами, однако доминирующей точкой зрения является убеждение, что эти меры должны инициироваться федеральным Центром и не могут быть решены на уровне одного региона или муниципалитета.

Региональные органы управления здравоохранением.



Их руководители уверены, что принятие программы государственных гарантий является в целом шагом вперед по сравнению с предыдущим временем. Это повысило прозрачность системы финансирования здравоохранения, хотя и незначительно. В то же время РОУЗ убеждены, что «не гарантированные гарантии» – это нонсенс.

Проблема необеспеченности декларируемых гарантий усугубляется на региональном уровне т.к. даже те деньги, которые пришли из центра, не всегда доходят до здравоохранения т.к. часть их перераспределяется при составлении регионального бюджета между другими сферами, более нуждающимися в деньгах, на взгляд региональных органов исполнительной и представительной власти. Среди таких сфер в первую очередь можно назвать жилищно-коммунальное хозяйство и образование. Такое перераспределение, по мнению РОУЗ, может быть обусловлено не только большими реальными нуждами других сфер, но и просто хорошими отношениями их руководителей с финансовыми департаментами либо губернаторами или же, наоборот, плохими отношениями этих субъектов с руководством РОУЗ.

Превалирующая позиция региональных органов управления здравоохранением в отношении экономических условий медицинского обслуживания населения сводится к следующему:

Планируемые объемы медицинской помощи по программе государственных гарантий должны быть сбалансированы с объемами их государственного финансирования или же уменьшены, исходя из реальных возможностей государства и регионов.

Если придется уменьшить гарантированные объемы предоставляемой медицинской помощи, то возможно введение платы за медицинские услуги «сверх гарантированных». Отличие от нынешней системы платных услуг будет заключаться в том, что плата за них будет обязательной для всех, тогда как в настоящее время одна и та же услуга может быть предоставлена как бесплатно, так и за деньги.

Регионы должны быть поставлены в равные условия финансирования реализации программы государственных гарантий.

Следует усилить координацию действий субъектов финансирования здравоохранения по горизонтали и вертикали. Межбюджетные отношения должны быть абсолютно прозрачными. Минздраву следует выступить с инициативой установления в бюджетном законодательстве норм, запрещающих региональным и муниципальным властям перераспределять поступившие из бюджета целевым назначением деньги.

Сохранение дефицита финансирования программы государственных гарантий содействует:

- увеличению объема платных услуг и неформальных платежей и, как следствие, росту социальной напряженности;
- оттоку квалифицированных врачей (в частные медицинские организации или в другие сферы деятельности);
- ухудшению здоровья населения.

Позиция *муниципальных органов управления здравоохранением* практически такая же.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования считают, что у них должно быть достаточно средств, необходимых для покрытия реальных расходов ЛПУ по существующим нормам. Для этого федеральные власти должны обеспечить поступление платежей за неработающее население в полном объеме или же централизованно вносить недостающие суммы.

Главные врачи медицинских учреждений признают целесообразность изменения гарантий бесплатной медицинской помощи, реалистичного пересмотра со стороны государства и региональной власти объема этих гарантий, допускают возможность введения соплатежей населения в зависимости от уровня доходов тех или иных групп населения.

Однако руководители учреждений здравоохранения специально отмечают в своих интервью невозможность реализации подобных шагов по трем основным причинам:

- невозможность пересмотра Конституции;
- ожидаемая негативная реакция со стороны населения региона;
- отсутствие желания у лидеров регионов вмешиваться в этот процесс по политическим мотивам.

Главные врачи ЛПУ, расположенных в областных центрах и в крупных городах регионов позитивно оценивают практику развития платных услуг, так как благодаря им они получают дополнительные доходы на административные расходы, а также имеют возможность повысить официальный уровень заработной платы себе и другим руководителям ЛПУ – составляющих их управленческие команды. Несмотря на то, что

главные врачи больниц имеют высокий уровень доходов вне стационаров, или используют свою иерархическую позицию для повышения неформальных доходов, обеспечение управляемости командой остается для них приоритетной задачей, решение которой невозможно без дополнительных финансовых ресурсов.

Как и лидеры регионов, они достаточно хорошо осведомлены о практике неформальных платежей, однако убеждены, что вмешиваться в нее возможно только в случаях официальных заявлений потерпевших от подобной практики или скандалов. Несмотря на то, что многие из них отмечают наличие практик контроля за неформальными платежами в своих клиниках со стороны заведующих отделениями, они признают, что сложившиеся механизмы контроля не дают пока должных результатов.

Более последовательными сторонниками контроля за неформальными платежами являются главные врачи поликлиник, задачи которых значительно облегчаются за счет практики горизонтального контроля со стороны врачей поликлиник, который в стационарах выражен значительно слабее, однако и они отмечают возможность влияния на неформальные практики «по факту своего свершения». Главные врачи поликлиник также заинтересованы в развитии платных услуг, однако отмечают, что пока не располагают для этого должной материальной базой. Кроме того низкая платежеспособность населения, посещающего поликлиники, устанавливает естественно низкий уровень для развития платных услуг в поликлиниках.

Главные врачи частных поликлиник не признают аргументов, выдвигаемых главными врачами муниципальных поликлиник и убеждены, что реальным барьером на пути развития платных услуг является низкий уровень квалификации врачей поликлиник, которым никто не согласится платить за предоставляемый уровень медицинской помощи.

Врачи частных поликлиник позитивно оценивают перспективы развития платных услуг в системе частных клиник, благодаря высокому уровню медицинских услуг, предоставляемых в них, и убеждены, что контингент населения, согласный платить за медицинские услуги, постоянно растет, причем он не обязательно состоит из высокодоходных семей.

Одновременно главные врачи даже частных клиник отмечают низкую готовность населения платить за медицинскую помощь детям, что, по их мнению, объясняется сложившимися еще в советское время представлениями о том, что медицинская помощь детям должна оказываться только на условиях бесплатности медицинских услуг.



Главные врачи ЦРБ также оценивают возможность пересмотра гарантий бесплатной медицинской помощи как весьма назревшую проблему, но скептически высказываются по поводу ее реализации, особенно если речь идет о сельском населении с низким уровнем доходов и массовой безработицей.

Также весьма осторожно они оценивают возможность развития системы платных услуг для сельского населения, справедливо полагая, что уровень платежеспособности данного населения, а также консервативность сложившихся привычек и ожиданий, может существенно препятствовать этому процессу.

Работники медицинских организаций.

Как показали данные исследований, чем ниже мы спускаемся по иерархическому уровню, тем меньшее число сторонников преобразований в здравоохранении мы встречаем, хотя данный вывод нельзя признать абсолютным. Часть врачей (около 30%), в процессе интервью продемонстрировали высокий уровень заинтересованности в пересмотре гарантий бесплатной медицинской помощи, что объясняется желанием любой ценой повысить уровень материальных доходов, который у большинства из них, остается весьма низким. Одновременно, подавляющая часть врачей, непосредственно работающих с больными, отмечала низкий материальный уровень своих пациентов, большую долю среди последних так называемых социальных больных, что предопределяло осторожный характер сделанных ими оценок. Большинство из них, около 2/3, за сохранение гарантий бесплатной медицинской помощи. Остальные, около 1/3 опрошенных из данного контингента, убеждены, что высокодоходные пациенты могут и должны платить за медицинскую помощь. Для остальных она должна оставаться бесплатной. Предложение стратифицировать подходы к сохранению гарантий бесплатной медицинской помощи дополняются предложениями о введении накопительной системы на медицинскую помощь или другими предложениями, позволяющими минимизировать платы со стороны населения или растянуть их во времени. Практически все, кто позитивно относится к легализации платных услуг, считает, что при этом необходим дифференцированный подход к введению такой платы для разных категорий населения

С другой стороны, часть врачей не поддерживает идею введения стратификации в оплате для разных доходных групп, объясняя это сложностью практической реализации подобной идеи.



Развитие системы платных услуг и их последующая легализация достаточно скептически оценивается практикующими врачами, что объясняется низкой долей получаемых средств лечащими врачами от оплаты за платные услуги. Более того, врачи признают, что развитие системы платных услуг может приводить и в реальности приводит к появлению «параллельного коридора» неформальных выплат, которые могут быть ниже официальных цен и устраивают обе стороны.

Данные исследования позволяют, однако, зафиксировать важную тенденцию - чем выше уровень развития платных услуг, тем меньший размах неформальных платежей можно констатировать. И наоборот, чем менее развиты платные услуги, тем выше вероятность появления неформальных платежей. Это позволяет говорить о том, что развитие системы платных услуг сохраняет вероятность присутствия неформальных платежей, однако их размах все же остается меньшим по сравнению с тем, когда развитие платных услуг по каким-либо причинам сдерживается.

Однозначно поддерживают идею развития системы платных услуг и легализацию неформальных платежей, не обговаривая это дополнительными условиями, те врачи, кому платят неформально лишь эпизодически или в небольших объемах в сравнении с зарплатой. Для таких лиц введение обязательности оплаты пациентами предоставляемых им услуг - это реальный способ повысить свои доходы, сняв с себя груз риска и моральной ответственности, связанных с получением денег от пациентов в руки. Те медицинские работники, которые систематически получают неформальные доходы в значительных объемах, заинтересованы в их сохранении, так как им это дает на сегодняшний день значительно большую прибавку к заработной плате, чем оказание платных услуг. Поэтому они поддерживают возможную легализацию оплаты медицинской помощи, если это значительно не снизит их доходы.

Старшие медсестры рассматривают шаги по реформированию гарантий как малоперспективные, так как замечают в своих интервью, что именно богатые люди и большие начальники стараются получить медицинскую помощь бесплатно и не щедры на подарки, хотя признают, что ситуация, при которой уровень доходов медсестер остается на таком низком уровне, требует своих решений. Правда, в своих ожиданиях они больше ориентируются на помощь со стороны государства в виде повышения заработной платы для среднего и младшего медицинского персонала, так как более сложные схемы и возможность медицинских учреждений зарабатывать на платных услугах не гарантируют

им заметного повышения заработной платы для среднего и младшего медицинского персонала.

В целом проделанное исследование позволяет убедиться в нецелесообразности радикальных мер по реформированию правил предоставления медицинской помощи населению, что объясняется как низкой готовностью региональных властей и главных врачей стационаров к подобным мерам, так и низким уровнем доверия к радикальному реформированию медицинской отрасли со стороны врачей и среднего медицинского персонала.

2.3. Реструктуризация системы медицинского обслуживания: позиции субъектов финансирования

Для того, чтобы за счет реструктуризации добиться существенной экономии финансовых ресурсов, нужно значительные объемы медицинской помощи, оказываемой в круглосуточных стационарах, переместить в стационары одного дня и в амбулаторно-поликлинический сектор. Это потребует перепрофилирования и закрытия части стационаров. В свою очередь необходимы структурные изменения и внутри амбулаторно-поликлинического сектора. Система оказания амбулаторно-поликлинической помощи, обеспечиваемая работой узкоспециализированных врачей (врачей-терапевтов и врачей-специалистов) должна быть частично заменена системой оказания первичной медицинской помощи врачами общей практики.

Эти меры, естественно, связаны с серьезными политическими и социальными издержками, которые будут различными для разных участников системы финансирования здравоохранения, и потому определяют различное отношение к реструктуризации.

Министерство здравоохранения Российской Федерации является инициатором и главным сторонником реструктуризации системы здравоохранения. В марте Коллегия Минздрава даже принимает решение о разработке программы реструктуризации.

Минздрав пытается проводить политику реструктуризации, используя административно-командные методы, но в условиях разрыва прежней вертикали отраслевого управления не имеет для этого достаточных властных ресурсов. Позиция Минздрава сводится к декларированию задач реструктуризации в ряде соответствующих документов и определенному административному нажиму на тех руководителей РОУЗ,

которые недостаточно работают в этом направлении. Нажим заключается в «увещательных беседах» и угрозах не заключить трехстороннее соглашение между Минздравом, Федеральным фондом ОМС и Администрацией субъекта РФ, предметом которого со стороны субъекта РФ являются обязательства по реализации территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, со стороны Минздрава - обязательства по передаче медикаментов и оборудования и проведении других мероприятий в рамках реализации федеральных целевых программ, со стороны Федерального фонда ОМС - субсидии на выравнивание условий финансирования территориальной программы ОМС (являющей составной частью территориальной программы государственных гарантий).

Однако, встречая повсеместное затягивание в реализации предлагаемых реформ, Минздрав не предпринимает других мер для изменения ситуации. Такими мерами, по мнению некоторых руководителей РОУЗ, могло бы быть:

- заинтересованное обсуждение с руководителями РОУЗ путей осуществления реструктуризации, выявление трудностей и проблем, корректировка первоначальных целевых ориентиров;
- внедрение механизмов финансирования ЛПУ, стимулирующих к оптимизации числа больничных коек;
- оказание организационной и методической помощи по проведению реструктуризации сети стационаров и внедрению института врачей общей практики.

Минздрав обладает возможностями для разработки реалистичной концепции (программы) реструктуризации, может проявить инициативу в создании и лоббировании принятия необходимой правовой базы для обеспечения реструктуризации. Минздрав в состоянии наладить обратную связь с регионами и оказывать им масштабную организационную и методическую помощь. Однако без сильного давления сверху Минздрав вряд ли будет прикладывать усилия к осуществлению этих действий. Декларируемые задачи реструктуризации системы здравоохранения будут решаться медленно и непоследовательно. Разработка программы реструктуризации станет скорее всего очередной формальной кампанией.

Региональные органы власти занимают, как правило, нейтральную позицию по отношению к реструктуризации. Они публично не высказывают сомнений в ее



необходимости, но, как правило, и не оказывают серьезного давления на муниципальные органы, требуя ее проведения. Однако в некоторых регионах их руководители требовали и добивались сокращения коечного фонда, не имея возможности профинансировать его содержание.

Для *региональных органов управления здравоохранением* вопросы реструктуризации не являются приоритетными.

Руководители РОУЗ декларируют необходимость дальнейшего сокращения коечного фонда, однако внутренней убежденности в необходимости этого процесса у них, как правило, нет. Они делают это скорее под давлением со стороны Минздрава. Эта внутренняя неуверенность передается руководителям муниципальных органов здравоохранения и главным врачам ЛПУ, которые говорят: «Мы не знаем, действительно ли нашему руководству это нужно? Будут ли рубить головы, если мы недостаточно сократим койки? А может руководство вынуждено требовать реструктуризации по политическим соображениям, само не разделяя такого подхода, и, если мы не будем торопиться с реструктуризацией, то ничего не будет?»

Соглашаясь с самой идеей реструктуризации и требуя ее проведения от руководителей муниципальных органов здравоохранения, РОУЗ не всегда считают ее необходимой для региональных ЛПУ, которые находятся в их собственном подчинении.

Подобно Минздраву, они пытаются проводить реструктуризацию административно-командными методами. Но в сравнении с Минздравом они обладают большими властными и экономическими ресурсами воздействия на нижестоящие органы управления. Тем не менее, они точно также недостаточно привлекают их к разработке реалистичных планов реструктуризации.

В некоторых субъектах РФ органы здравоохранения активно проводят политику внедрения врачей общей практики, особенно если этому содействуют международные проекты. Большинство же РОУЗ считают эту идею мало приемлемой для организации медицинского обслуживания городского населения. По их мнению, широкое внедрение врачей общей практики в поликлиниках с достаточно развитой специализированной помощью чревато ухудшением ее качества т.к. соответствующие специалисты будут сокращены, а семейному врачу потребуется не один год работы для того, чтобы достичь их уровня знаний и навыков

В то же время они полагают, что в сельской местности, где слабо развита специализированная помощь, создание института врачей общей практики весьма перспективно и поддерживают открытие таких практик, но процесс этот идет все равно медленно. Причинами выступают длительность необходимой подготовки и переподготовки врачей общей практики, недостаточность финансовых средств, выделяемых на эти цели и на оборудование их кабинетов и амбулаторий.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховщики являются сторонниками реструктуризации, так как взятие курса на ее осуществление будет означать снятие с фондов и страховщиков обязанностей финансировать все существующие ЛПУ, превращает их в реальных покупателей медицинских услуг, могущих выбирать ЛПУ, с которыми они заключают договоры, а следовательно повышает их статус в системе финансирования.

Муниципальные органы власти по политическим соображениям противятся сокращению больничных коек, особенно в преддверии выборов. Они убеждены, что задачи сокращения коечного фонда в сельской местности совершенно не учитывают специфику нашей страны. Малоимущее сельское население ограничено в возможностях ездить в другие населенные пункты, и в частности в райцентры за медицинской помощью, такие поездки требуют больших затрат времени вследствие больших расстояний между райцентрами, где расположены ЦРБ, и другими населенными пунктами, а также плохого качества дорог. Поэтому сокращение числа коек, закрытие участковых больниц и ФАПов приведет, по их мнению, к резкому снижению доступности медицинской помощи и росту социальной напряженности.

Муниципальные органы власти в сельских районах имеют реальные возможности для противодействия реструктуризации и используют их, вплоть до организации политических кампаний против закрытия сельских ЛПУ.

В то же время они поддерживают внедрение врачей общей практики, если считают, что это улучшит медицинское обслуживание населения района.

Муниципальные органы управления здравоохранения в отношении реструктуризации является аналогичной позиции муниципальных органов власти.



Главные врачи медицинских учреждений, как правило, сопротивляются реструктуризации коечного фонда и ЛПУ, так как убеждены, что реструктуризация приведет к уменьшению финансирования ЛПУ и оттоку из них квалифицированных врачей.

Задача создания института врачей общей практики мало волнует тех главных врачей больничных учреждений, которые не имеют поликлинических отделений или предоставляют в таких отделениях только специализированную медицинскую помощь. Руководители других ЛПУ, и в частности поликлиник, обычно выступают противниками внедрения врачей общей практики, так как это усложняет для них организацию работы ЛПУ и создает проблемы с использованием врачей терапевтов и врачей специалистов.

2.5. Модернизация системы обязательного медицинского страхования: сторонники и противники

Необходимость развития медицинского страхования стала в последние два года предметом внимания Президента РФ. Об этом говорилось в его ежегодных посланиях Федеральному собранию РФ в 2002 и 2003 гг.; медицинскому страхованию было посвящено состоявшееся в марте 2003 г. специальное заседание Государственного Совета РФ.

Но, по всей видимости, указанными декларациями давление президента на правительство по данному вопросу пока и исчерпывается. За год, прошедший после опубликования Президентского послания 2002 г., правительством было принято лишь одно решение, касающееся модернизации ОМС. Это решение о проведении во второй половине 2003 г. эксперимента по участию Пенсионного фонда в обязательном медицинском страховании неработающих пенсионеров. Но этот эксперимент был инициирован самим Пенсионным фондом.

Все это свидетельствует о том, что значимость проблем, связанных с состоянием системы финансирования здравоохранения, хотя и осознается руководством страны, но пока не в той мере, которая побуждает к осуществлению ощутимого политического давления на органы власти, от которых зависит модернизация ОМС.

Министерство здравоохранения РФ.



В начальный период внедрения ОМС в 1991-1993 гг. Минздрав был главным субъектом этого процесса, инициировав его и приложив много усилий к формированию этой системы. С приходом в 1993 г. на должность министра Э.Н.Нечаева Минздрав превратился в активного противника ОМС, но процесс был уже запущен, и новое руководство Минздрава было не в силах его остановить. Но отказ Минздрава от участия в процессе внедрения ОМС дорого обошелся системе финансирования здравоохранения. Прямыми следствиями отсутствия целенаправленной федеральной политики по введению ОМС стала децентрализация процесса введения ОМС и формирование различных региональных моделей эклектичного сочетания бюджетной и страховой систем финансирования.

В период с 1993 по 1999 г. в должности министра здравоохранения побывало пять человек, и политика Минздрава по отношению с ОМС колебалась от негативной до нейтральной. В последние четыре года руководство министерства не менялось, а позицию, занятую по отношению к реформированию ОМС, можно охарактеризовать как позицию пассивного сторонника реформ.

Многие работники Минздрава считают, что введение ОМС себя не оправдало, затраты на содержание аппарата фондов ОМС и страховых медицинских организаций значительны, а необходимость их для системы здравоохранения сомнительна. Однако руководство министерства декларирует необходимость сохранения и развития ОМС, обосновывая перед подчиненными, а также перед РОУЗ и руководителями медицинских учреждений такую позицию тем, что ОМС дает отрасли дополнительные средства. Минздрав готов поддерживать такие варианты модернизации системы ОМС, которые обеспечивают увеличение размеров государственного финансирования здравоохранения и не сокращают полномочий министерства в регулировании системы здравоохранения. При этом Минздрав сам не проявлял активности в разработке соответствующих предложений, отдал инициативу в этом процессе Минэкономразвития и в целом поддерживал выдвигаемые им предложения.

Занятая Минздравом позиция подтверждает выводы о том, что реформирование существующей системы финансирования здравоохранения, необходимое для решения присущих ей проблем, не относится к числу приоритетных с точки зрения реализации интересов руководства этого ведомства.

Соответственно без сильного давления со стороны политического руководства страны Минздрав не станет проводить сам прикладывать усилия к модернизации ОМС.



Обсуждая позиции различных субъектов модернизации системы ОМС, особого внимания требует позиция **Министерство финансов РФ**, которая в решении этой проблемы является ключевой.

Поддерживая в последние три года на словах необходимость существования медицинского страхования и модернизации сложившейся системы ОМС, Минфин фактически затягивал принятие каких-либо определенных решений. Обсуждаемые изменения не приносили Минфину никаких ощутимых позитивных результатов. Проблемы несбалансированности программы ОМС, эклектичности сочетания бюджетной и страховой систем финансирования, неэффективного использования государственных средств в системе здравоохранения не выступают для Минфина проблемами, имеющими высокую значимость с точки зрения его ведомственных интересов. Наоборот, обсуждаемые варианты модернизации ОМС означают для Минфина появление в федеральном бюджете дополнительной статьи расходов – финансирование платежей на ОМС неработающего населения. Контроль за целевым расходованием средств в системе ОМС представляется Минфину гораздо менее результативным, чем в бюджетной системе. Участие негосударственных страховщиков в ОМС – как создающее условия скорее для их обогащения за счет государства, чем для улучшения медицинского обслуживания. Поэтому Минфин занимает выжидательную позицию в отношении реформирования ОМС. Эта позиция может быть изменена лишь в случае сильного давления руководства страны.

Региональные органы власти.

Их руководители в основном критически относятся к существующей системе ОМС, но заинтересованы в сохранении территориальных фондов ОМС. Средства внебюджетных фондов легче использовать, по сравнению с региональным бюджетом, для решения различных политических задач поддержки того или иного муниципального образования, для финансирования предвыборных кампаний и т.п.

Случаи положительного отношения к системе ОМС и поддержка участия в ней негосударственных страховщиков, по всей видимости, обуславливаются личными экономическими интересами руководителей, которые контролируют деятельность той или иной страховой медицинской организации. Соответственно такие региональные руководители не имеют прямой заинтересованности в реформировании сложившейся системы ОМС.



Введение нового порядка страхования неработающего населения будут поддерживать те регионы, которые рассчитывают получить при этом из федерального бюджета или из Федерального фонда ОМС дополнительные средства. Но никто не имеет прямой заинтересованности в приложении усилий к модернизации сложившихся территориальных систем ОМС, повышении прозрачности деятельности территориальных фондов ОМС и страховых организаций, внедрении механизмов финансового планирования и методов финансирования ЛПУ, повышающих эффективность использования ресурсов в системе.

Региональные органы управления здравоохранением.

Среди руководителей региональных органов управления здравоохранением можно выделить две позиции по отношению к системе ОМС: «полное неприятие» и «критическое отношение». Сторонники первой позиции считают, что введение ОМС совершенно себя не оправдало: происходит распыление и разворовывание средств. На их взгляд, необходимо вернуться к бюджетному финансированию, это позволит сосредоточить деньги в одних руках и уменьшить субъективизм в их расходовании. Вторая часть руководителей РОУЗ тоже убеждена в неэффективности сложившейся системы ОМС, но тем не менее отдает ей предпочтение по сравнению с бюджетным финансированием при котором отсутствует контроль за деятельностью ЛПУ, а само планирование предстоящих расходов больше опирается на субъективное мнение «распорядителей», чем на обоснованные нормативы.

Муниципальные органы власти, как правило, не занимают какой либо четкой позиции по отношению к модернизации ОМС. Они не вовлечены и не стремятся участвовать в обсуждении этой проблематики. Позиция муниципальных властей по отношению к модернизации ОМС, если она будет инициирована вышестоящими уровнями, будет, скорее всего, выжидательной. Модернизация ОМС может принести им как некоторые потери, так и преимущества. Перераспределение государственных средств в пользу системы ОМС будет означать сокращение возможностей муниципальных органов власти самим финансировать из бюджета свои ЛПУ. Но одновременно это снимет с них часть ответственности перед населением за состояние здравоохранения.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования будет поддерживать модернизацию системы ОМС постольку, поскольку это обеспечит увеличение доли средств ОМС, которые аккумулируются в этом фонде. Но в течение последних лет фонд, подобно Минздраву, не проявлял активности в продвижении идей модернизации ОМС. Это заставляет предположить, что сложившиеся механизмы функционирования системы ОМС в целом скорее устраивают фонд и вполне обеспечивают реализацию экономических интересов его руководителей. Соответственно фонд и в будущем будет минимизировать свои усилия по формированию новой нормативной базы ОМС и контролю за ее исполнением, в случае, если модернизация ОМС реально начнется под давлением руководства страны.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования являются последовательными сторонниками и защитниками существующей системы ОМС. Ее недостатки связывают с недостаточным финансированием, вызванным непоступлением платежей за неработающее население и низким социальным налогом. Модернизация ОМС выгодна фондам, поскольку превратит их в главных субъектов финансирования территориальных систем здравоохранения. Поэтому они поддерживают предложения о новых источниках платежей на ОМС неработающего населения, поддерживают проведение эксперимента по участию Пенсионного фонда в финансировании этих платежей. Что же касается других предлагаемых мер по модернизации ОМС, то отношение к ним фондов будет неравнозначным и будет различным в разных регионах, в зависимости от наличия в них страховых медицинских организаций. В тех регионах, где такие организации действуют, фонды будут поддерживать предложения об усилении требований к их деятельности. В тех регионах, где частных страховщиков нет, фонды будут и далее препятствовать их появлению.

Страховые медицинские организации заинтересованы больше всех в сохранении сложившейся системы ОМС. Им, а точнее говоря, нескольким крупнейшим страховым медицинским организациям до сих пор удавалось блокировать все попытки пересмотра не в их пользу законодательства об ОМС.

Объективно предлагаемая модернизация системы ОМС отвечает интересам страховщиков, но они не прикладывают серьезных усилий к продвижению необходимых изменений в законодательстве, расценивая издержки организации коллективных действий



и риск неудачи как слишком высокие по сравнению с возможными выгодами от изменения институтов, регулирующих систему ОМС. Сохранение существующих институтов и существующих доходов от участия в системе ОМС представляется для них более насущным и легче обеспечиваемым за счет индивидуальных, а не коллективных действий.

Главные врачи медицинских учреждений являются наиболее последовательными противниками сложившейся двухканальной системы финансирования ЛПУ: из бюджета и из системы ОМС. Еще недавно большинство из них выступали против системы ОМС и за возвращение к бюджетному финансированию, поскольку взаимодействовать со страховщиками и фондами ОМС для них было сложнее, чем с органами здравоохранения. С переводом бюджетного финансирования на казначейское исполнение и введением жесткого контроля органов казначейства за исполнением утвержденной каждому ЛПУ детальной сметы доходов и расходов многие руководители ЛПУ изменили свое отношение к ОМС, поскольку в этой системе они обладают большими правами самостоятельно распоряжаться полученными средствами.

В реальности главные врачи более всего заинтересованы в том, чтобы государственное финансирование покрывало их расходы и поступало в срок. А по каким каналам оно будет осуществляться, - для них менее существенно.

2.6. Перспективы реформирования системы финансирования здравоохранения

Анализ конфигурации интересов и позиций субъектов системы финансирования по отношению к ее реформированию позволяет сделать следующие выводы.

Пересмотр государственных гарантий оказания медицинской помощи населению, реструктуризация системы медицинского обслуживания, модернизация системы ОМС не являются в настоящее время приоритетными с точки зрения реализации интересов субъектов финансирования здравоохранения. Соотношение возможных выгод и издержек проведения преобразований для каждого из этих типов субъектов оказывается хуже, чем соотношение выгод и издержек сохранения существующей ситуации.

Фактический отказ от пересмотра государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания населения в сочетании с сокращением размеров их государственного финансирования в 90-е годы привели к широкомасштабному замещению государственных расходов частными, преимущественно в формах теневых и квазиформальных платежей. Это обуславливает неэффективное расходование государственных средств. При этом политические и экономические издержки изменения сложившегося сочетания формальных и неформальных институтов оплаты медицинской помощи оказываются очень высокими.

Легализация неформальных платежей населения за медицинскую помощь будет сопровождаться значительным ростом цен на медицинские услуги, которые будут значительно выше, чем прежние теневые цены. Это приведет к падению доступности медицинских услуг для низкодоходных и среднедоходных слоев населения, что также будет способствовать росту социальной напряженности и недовольству большей части населения.

В среде врачей и медицинского персонала легализация неформальных платежей приведет к снятию проблемы лишь частично. Круг врачей, вовлеченных в эту практику, а по оценкам экспертов это от 30% до 70% врачей, и уставших от издержек теневой практики, со временем осознают, что их собственные потери от доходов с использованием легальной схемы превышают прогнозируемые первоначально, и вернуться к схемам взимания неформальной оплаты за свои услуги параллельно официальным платежам населения. Учитывая, что механизмы контроля подобных практик работают неэффективно, возврат к старым схемам будет достаточно быстрым.

Преобразования, могущие вызвать неоднозначную реакцию со стороны населения и чреватые повышением уровня социальной напряженности, не могут найти и не найдут поддержки у руководителей региональных и муниципальных органов власти, политическое время пребывания которых у власти ограничено четырьмя годами и зависит от мнения электората. Без поддержки же региональной и муниципальной власти, столь широкие и масштабные преобразования просто не могут быть реализованы.

Масштабная реструктуризация системы здравоохранения, которая необходима для существенного повышения эффективности государственного финансирования здравоохранения, связана со значительными политическими рисками для органов власти всех уровней. Сохранение существующей сети ЛПУ, обуславливающей неэффективное

размазывание имеющихся средств, оказывается более приемлемым с политической точки зрения, чем ее реструктуризация.

Институциональной ловушкой стала внедренная система ОМС. Отсутствие четких правил осуществления страховых платежей за неработающее население из местных и региональных бюджетов обусловило несбалансированность базовой программы ОМС с финансовыми ресурсами, аккумулируемыми в системе ОМС. Их недостаточно для полноценного финансового обеспечения медицинской помощи застрахованных. Это породило множество эклектичных и неэффективных региональных бюджетно-страховых моделей финансирования здравоохранения. Изменение положения возможно путем либо участия федерального бюджета в софинансировании платежей на ОМС неработающего населения, либо принятия политических решений, однозначно обязывающих субъектов РФ осуществлять такие платежи в необходимых размерах. В первом случае высоки экономические издержки для федеральных органов власти, а во втором случае – политические издержки.

Другой институциональной ловушкой стали условия участия страховых компаний в системе ОМС. Сформированная нормативно-правовая база не стимулирует развитие конкуренции между страховщиками и не ориентирует их на рост эффективности использования страховых средств и ресурсного потенциала системы здравоохранения. В результате многие страховщики стали пассивными и потому излишними посредниками в движении финансовых средств от фондов обязательного медицинского страхования к медицинским организациям. Формальные правила заключения договоров между страхователями, страховщиками и медицинскими организациями в значительной мере дополняются неформальными правилами и соглашениями, препятствующими эффективному использованию страховых средств. В сложившейся ситуации административные издержки развития легальной конкуренции между страховщиками и превращения их в эффективных участников системы обязательного медицинского страхования оказываются слишком велики.

Таким образом, существующая система государственного финансирования здравоохранения находится в положении достаточно устойчивого, но неэффективного институционального равновесия. Субъекты внутри отрасли здравоохранения заинтересованы в большей мере в сохранении этой системы, чем в ее модернизации. Серьезные изменения могут произойти лишь под сильным внешним давлением со стороны руководителей органов власти на федеральном и региональном уровнях. Его



сила, в свою очередь, будет зависеть от степени недовольства населения доступностью и качеством медицинской помощи и оценки потенциального влияния этого недовольства на электоральное поведение.

Можно предполагать, что экономический рост, увеличение занятости и доходов населения будут повышать для значительной части населения ценность здоровья и усиливать электоральную значимость состояния здравоохранения и возможностей доступа к качественной медицинской помощи. Учет этого фактора заставит органы исполнительной и представительной власти оказывать более сильное давление на субъектов системы финансирования здравоохранения, побуждая их к реальным преобразованиям и контролируя их ход.

Соответственно в качестве стратегической задачи реформирования системы финансирования здравоохранения следует декларировать обеспечение большей доступности медицинской помощи для населения. Декларирование в качестве задач реформы повышение эффективности системы здравоохранения не выступает для субъектов системы финансирования достаточным мобилизующим фактором к активным модернизационным действиям.

Достижение сбалансированности гарантий и их финансового обеспечения, реструктуризация сети ЛПУ, внедрение врачей общей практики, модернизация системы ОМС будут выступать не самоценными направлениями реформы, которыми они фактически предстают в существующих стратегических документах, а средствами решения задачи повышения доступности медицинской помощи для населения и осуществляемыми в той мере и теми способами, которые именно эту задачу непосредственно решают.

В качестве направлений преобразований в системе финансирования здравоохранения предлагается рассматривать следующие.

Необходимо более четкое определение обязательств государства по оказанию бесплатной медицинской помощи в системе ОМС. Нужно установить объемы медицинской помощи не только в целом по стране и субъектам Федерации (что сделано в существующей программе ОМС), но и определить конкретный состав, объемы медицинских услуг и лекарственного обеспечения, бесплатное предоставление которых государство гарантирует гражданам в случае разных видов заболеваний. Это должны быть медико-экономические стандарты, определенные по каждой нозологии, и отражающие не желаемый уровень оказания медицинской помощи, а экономически возможный для

государства при реальных размерах финансирования здравоохранения. Нужно четко определить состав медицинской помощи, который государство может действительно бесплатно предоставить сейчас всему населению в рамках системы ОМС. Этот пакет услуг должен быть сбалансирован с выделяемыми государством на его выполнение средствами.

Состав видов медицинской помощи, включаемый в базовую программу ОМС, при этом может оказаться уже по сравнению с существующей программой. Но это будет полностью сбалансированная с финансовыми ресурсами программа.

В качестве других направлений необходимой модернизации системы ОМС выступают:

- установление подушевых нормативов взносов на ОМС неработающих граждан из бюджетов субъектов Российской Федерации;
- использование средств федерального бюджета для субсидирования платежей за неработающее население;
- концентрация в Федеральном фонде ОМС более весомой части средств ОМС за счет изменения пропорции распределения средств социального налога между Федеральным и территориальными фондами ОМС, и расширение таким образом возможностей Федерального фонда по выравниванию финансовых условий реализации базовой программы ОМС в разных регионах;
- устранение существующей двойственности каналов финансирования медицинских учреждений за одну и ту же деятельность; все средства, предназначенные для финансирования медицинской помощи, предусмотренной программой ОМС, должны быть сосредоточены в системе ОМС и использоваться для оплаты страховщиками объемов помощи, оказываемых гражданам медицинскими учреждениями;
- значительное усиление государственных требований к деятельности страховщиков в системе ОМС с тем, чтобы превратить их из пассивных посредников в движении финансовых средств в активных покупателей оптимальных для населения объемов медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях;
- предоставление застрахованным права выбора страховщиков;
- унификация механизмов ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

При этих условиях и при усилении контроля за порядком оказания бесплатных и платных медицинских услуг может быть обеспечена доступность гарантируемого в системе ОМС пакета медицинских услуг и лекарственной помощи для всех граждан. Медицинская помощь, включенная в программу ОМС, действительно станет предоставляться населению бесплатно и на приемлемом уровне качества.

Гарантии медицинской помощи сверх программы ОМС, то есть программу государственных гарантий в целом, менять нецелесообразно, так как политические издержки этого слишком высоки. Однако следует легализовать правило, согласно которому помощь предоставляется в порядке очереди, либо оплачивается самими гражданами, и разработать единообразные правила, регулирующие такую очередь и условия оказания медицинских услуг на платной основе.

Целесообразно легализовать и развивать механизмы альтернативного выбора условий получения медицинской помощи, обеспечивающие повышение доступности медицинских услуг высокого качества для семей, готовых затратить на это дополнительные средства из своего бюджета. В числе таких механизмов следует в первую очередь указать на разрешение добровольного выхода из системы ОМС с частью взносов при условии заключения договоров добровольного медицинского страхования⁵.

Решающим условием преодоления социальных и политических барьеров реструктуризации является выход на качественно иной уровень координации политики органов государственной власти по горизонтали (прежде всего органов здравоохранения, социальной защиты и финансов, фондов ОМС) и по вертикали и обеспечение ее комплексности и последовательности. Необходимо создание системы комплексного планирования здравоохранения.

Если давление политического руководства на остальных субъектов финансирования здравоохранения, направленное на реформирование этой системы, будет слабым, то даже принятие законодательных актов, инициирующих реформу, не будет сопровождаться ее адекватным исполнением. Но даже и при сильном давлении рациональнее ориентироваться на реализацию стратегии последовательных преобразований, носящих скорее эволюционный характер. Важнейшими принципами этой стратегии должны стать экспериментальная отработка нововведений в пилотных

⁵ Подробнее об этом см.: Анализ возможностей создания системы добровольного медико-социального страхования. Авторы: С.В.Шишкин, Л.Д.Попович, Е.Г.Потапчик, С.В.Сурков. ИЭПП. М., 2003.

регионах. В тех, где субъекты более заинтересованы в их осуществлении. Выявленная дифференциация позиций между регионами позволит найти желающих быть пилотными площадками. А отработанные механизмы легче будет перенести затем в другие регионы. Такой порядок снизит степень возможного сопротивления и возможность за ссылками на непродуманность нововведений отказаться от их осуществления.



3. Интересы по отношению к организации финансирования высшего образования

3.1. Ключевые проблемы финансирования высшего образования

Российская система высшего образования претерпела значительную трансформацию в переходный период. За девять лет после принятия в 1992 г. Закона «Об образовании», разрешившего создание негосударственных образовательных организаций, в России было создано 387 негосударственных вузов, в которых в 2000 г. обучалась 630 тысяч студентов (11,6% от общего числа студентов вузов). Сокращение приема в вузы в 1990-1992 годах сменилось ростом, темпы которого стали особенно высокими с 1996 г. В 2001 г. государственные вузы приняли 1,3 млн. студентов, или в 2,4 раза больше, чем в 1992 году, а вместе с приемом в негосударственные вузы рост составил 2,8 раза. Численность студентов высших учебных заведений достигла в 2001 г. 5,4 млн. человек, или 376 на 10 тыс. населения, что является наивысшим показателем за всю историю страны. По относительной численности студентов высших учебных заведений Россия занимает одно из лидирующих мест в мире⁶. По сравнению с концом 80-х годов доля лиц с высшим образованием в общей численности занятых в экономике возросла почти вдвое и составила в начале третьего тысячелетия почти четверть занятых.

До начала 90-х годов расходы на обучение почти полностью покрывались государством. Однако объемы государственного финансирования системы образования сокращались на протяжении 90-х годов, причем в наибольшей степени это коснулось системы высшего образования. Государственные расходы на образование в целом уменьшились с 3,6% ВВП в 1991-1992 гг. до 3,1% ВВП в 2000 году (табл. 3). При этом государственное финансирование высшего образования, исчисляемое в процентном выражении к ВВП, сократилось примерно в четыре раза: с 1,2% ВВП до 0,3% ВВП.

В сопоставимых ценах государственные расходы на образование составили в 1999 г. 49% от уровня 1991 г., и лишь с 2000 г. они стали увеличиваться (см. рис. 3). В 2002 г. бюджетные ассигнования на образование достигли 3,8% ВВП, в том числе на высшее образование – 0,4% ВВП.

⁶ В России в 2000 году на 10 000 чел. населения приходилось 327 студентов ВУЗов. В 1995 году в США – 333, в Канаде – 331, Великобритании – 234, Германии – 228, Японии - 217 (Полетаев



ТАБЛИЦА 3.

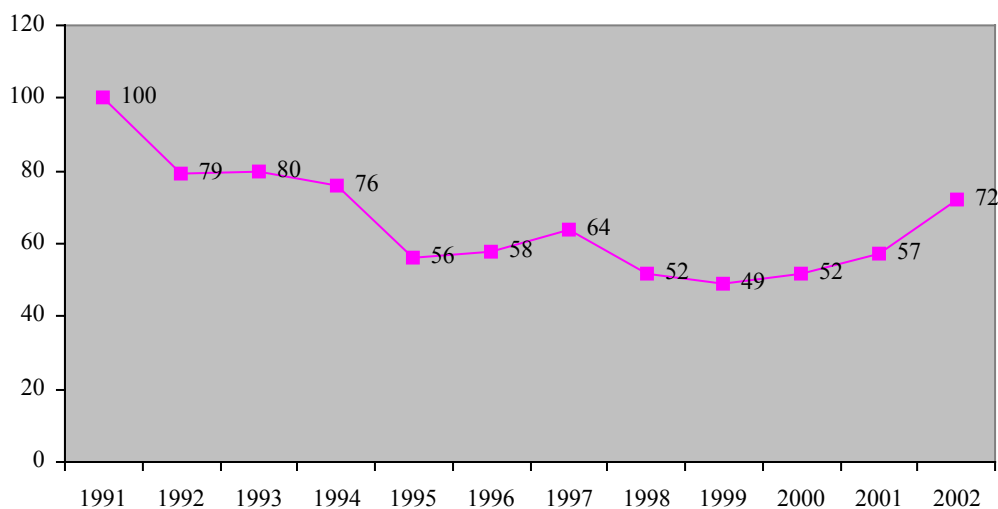
Расходы государственного бюджета на образование (в % к ВВП)

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Образование	3,6	3,6	4,1	4,5	3,7	3,9	4,4	3,6	3,2	3,1	3,2	3,8

Вследствие недостаточности бюджетного финансирования для возмещения расходов на содержание вузов и обеспечения достойной заработной платы преподавателям, эти расходы перекладываются на абитуриентов и студентов.

РИС 3.

Расходы государства на образование (1991 = 100 %)



Источник: рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов-дефляторов ВВП, публиковавшихся по истечении соответствующего года (1992 – 17,2; 1993 – 10,2; 1994 – 4,1; 1995 – 2,8; 1996 – 1,4; 1997 - 1,2; 1998 – 1,1; 1999- 1,6; 2000 – 1,4; 2001 – 1,2, 2002 – 1,2).

С 90-х годов в России официально существует система платного образования, когда затраты на обучение возмещаются за счет личных средств населения (студентов, их родителей), или за счет предприятий и организаций, финансирующих подготовку нужных им специалистов. Стремление стабилизировать финансовое положение организаций профессионального образования обусловило развитие в них системы платного обучения.

Развитие системы платного обучения, которое повлекло за собой интенсивное развитие системы частных образовательных учреждений, сочеталось с развитием системы платного образования внутри бюджетных вузов, что привело к существенной стратификации образовательных институтов. Государство, в лице руководителей вузов и департаментов образований, не имея возможности финансировать свои учреждения полностью, фактически пошло на коммерциализацию высшего образования за счет средств населения.

Прием и обучение студентов на платной основе стал стремительно увеличиваться во второй половине 90-х годов. В 1995 г. на условиях полного возмещения затрат в государственных вузах России было зачислено 15% от числа всех принятых студентов, а в 2001 г. – уже 60%, в том числе в государственных вузах – 46%. Сумма средств, полученных в 2000 г. вузами от студентов, обучающихся за плату, оценивается в размере 24,7 млрд. руб., в то время как размеры государственного финансирования высшего образования составили 19,5 млрд. руб.

Развитию платных образовательных услуг (платных курсов, репетиторства) способствовало также усиление разрыва между требованиями к уровню знаний, достаточному для успешного и даже отличного окончания школы, и требованиями к уровню знаний абитуриентов, предъявляемых высшими учебными заведениями.

Объем всех видов платных образовательных услуг, оказанных населению в 2001 году, составил, по данным Госкомстата России, 56,0 млрд.руб. (0,6% ВВП).

Помимо легальной оплаты за обучение в вузе, широкое распространение получила практика неформальных платежей за услуги, связанные с получением высшего образования. По преимуществу, это расходы на репетиторов перед поступлением в вуз, а также на прямые взятки, которые платятся в связи с поступлением в вуз и в процессе обучения в вузе. По имеющимся оценкам, 20% абитуриентов становятся студентами за взятки⁷. В 2001 году официально выявлено более тысячи таких фактов⁸. По оценкам

⁷ Данные Фонда «Индем».

⁸ По данным Главного управления по борьбе с экономическими преступлениями МВД России - Российская газета, 17 апреля 2002.



Центра образовательной политики ГУ-ВШЭ, легальные и неформальные расходы семей и юридических лиц на финансирование высшего профессионального образования составили в 2000 г. примерно 37% от общего объема поступивших бюджетных и внебюджетных средств (табл. 4).

Согласно расчетам, сделанным другими специалистами ГУ -ВШЭ, плата за обучение в государственных вузах составляет в 2002 г. время 1,5 млрд. долл., а если учитывать затраты, связанные с приобретением литературы, плату за проживание, а также «серую часть»: оплату за репетиторство, протекцию при сдаче экзаменов, то тогда расходы составят еще около 2 млрд. долл.⁹.

ТАБЛИЦА 4.

Финансирование высшего профессионального образования в 2000 г.

Источники финансирования	Млрд. руб.
Бюджетные ассигнования	24,4
Платное обучение за счет средств предприятий	6,8
Платное обучение за счет средств семей	12,7
Платные образовательные услуги (дополнительные)	19,5
Платные услуги за пределами образовательного процесса	0,3
Аренда и иное коммерческое использование основных фондов	1,7
Спонсорские средства и помощь из местных бюджетов	0,6
Всего	66,0

Источник: данные Центра образовательной политики ГУ-ВШЭ

Последствия всех вышеуказанных процессов для доступности образования гражданам страны оказываются неоднозначными. Если рассматривать агрегированные количественные показатели развития системы высшего образования в России, то они свидетельствуют о повышении доступности профессионального образования. Так, численность студентов вузов вдвое увеличилась за прошедшие десять лет, в то время как численность лиц в возрасте от 15 до 24 лет выросла лишь на 12%. Данные государственной статистики о численности выпускников 11 класса и приеме в вузы в последние годы сближаются: в 2000 году выпуск составил 1,5 млн. школьников, прием – 1,3 млн. студентов¹⁰. Российское законодательство устанавливает, что на бесплатной

⁹ Галицкий Е.Б. Левин М.И. Затраты домохозяйств на рынке высшего профессионального образования. Тезисы доклада. Научно-практическая конференция «Экономика системы образования: результаты первого года мониторинга. Москва. ГУ-ВШЭ, 18 апреля 2003 г.

¹⁰ Данные государственной статистики о численности выпускников 11 класса и приеме в вузы в последние годы сближаются: в 2000 году выпуск составил 1,5 млн. школьников, прием – 1,3 млн. студентов. Оценки доли выпускников школ, поступивших в вузы сразу после окончания



основе должно обучаться не менее 170 студентов на 10 тыс. населения¹¹. Фактически в 2000 г. за счет бюджетных средств обеспечивалось обучение 193 студентов на 10 тыс. человек. Однако этот показатель является весьма формальной характеристикой экономической доступности высшего образования для населения страны. Изменения в доступности высшего образования предстают совсем в ином свете, если принять во внимание изменения в структуре финансирования образования и в качестве предоставляемых образовательных услуг¹².

Рост общей численности студентов был обеспечен в основном за счет расширения платного приема. За поступление в вузы на бесплатные места родителям многих абитуриентов приходится производить неформальные платежи. Все это ставит под сомнение вывод о повышении доступности высшего образования. Динамика показателей развития системы образования в России в последнее десятилетие и многочисленные данные наблюдений свидетельствуют об усилении дифференциации услуг высшего образования с точки зрения их качества. Вследствие коммерциализации деятельности образовательных организаций усиливается неравенство возможностей различных слоев населения получить качественное образование. Дети из низкодоходных семей и прежде всего из сельской местности потеряли реальную возможность доступа в те вузы, где за обучение надо платить.

На фоне развития платности образовательных услуг система государственного управления и финансирования образования, сохранив основные принципы ее организации, присущие командной экономике, эволюционировала в сторону ослабления ответственности государства за ресурсное обеспечение отрасли и ослабления контроля за рациональностью использования средств. Государственное финансирование образования обладает очень низким уровнем прозрачности. Материальные и нематериальные активы государственных образовательных учреждений широко используются для извлечения личных доходов их руководителей и работников.

школы, колеблются, по данным разных социологических исследований, от 40% (Полетаев, Савельева, Указ соч.) до 80% (Я.М.Рощина, М.А.Другов. Социальные детерминанты неравенства доступа к высшему образованию в современной России. - Проблемы доступности высшего образования. Препринт WP3/2003/01/ Независимый институт социальной политики. – М.: СИГНАЛЬ, 2003, сс. 174-175.

¹¹ Закон Российской Федерации “О высшем и послевузовском образовании”.

¹² Д.Л.Константиновский, М.Д.Красильникова, Т.М.Малева, Я.М.Рощина, С.В.Шишкин. Анализ доступности высшего образования. Программа исследований. - Проблемы доступности высшего образования. Препринт WP3/2003/01/ Независимый институт социальной политики. – М.: СИГНАЛЬ, 2003, сс. 174-175.



Система образования плохо вписывается в формирующийся рынок труда, продолжение ее финансирования только за счет государства при сохранении административного распределения финансовых ресурсов между образовательными учреждениями становится неразрешимой задачей для бюджета. Все это обуславливает необходимость реформирования системы финансирования образования.

Направления необходимых преобразований в системе финансирования высшего образования были определены в «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных Правительством Российской Федерации в июне 2000 года. В октябре 2001 года Правительство утвердило Концепцию модернизации российского образования на период до 2010 года.

Основой для введения новой системы финансирования станет формирование национальной системы тестирования для обеспечения единства требований к качеству предоставляемых услуг и получаемого образования. С 2001 г. началась апробация механизма проведения единого государственного экзамена (ЕГЭ) для выпускников школ. Экзамен проводится в форме теста, имеющего несколько составных частей. Предполагается, что ЕГЭ заменит вступительные экзамены в вузы. Прием абитуриентов на бесплатное обучение будут осуществляться в соответствии с оценками, полученными ими по ЕГЭ.

Это нововведение вызывает множество сомнений и критики. Сомнения связаны прежде всего с возможностью обеспечить объективность проведения тестирования и с адекватностью тестовой формы экзамена задаче выявления способностей абитуриентов. Руководство ряда лучших вузов настаивает на необходимости сохранения собеседования или дополнительного экзамена для поступающих.

Необходима трансформация механизма финансирования профессионального образования на основе более последовательной реализации принципа “деньги следуют за учащимся”. Это будет стимулировать организаций профессионального образования к привлечению большего количества учащихся и к приспособлению структуры специальностей, по которым ведется обучение, к потребностям рынка труда.

В качестве перспективы реформирования механизма государственного финансирования высшего профессионального образования в настоящее время рассматривается введение государственных именных финансовых обязательств (ГИФО). По своей экономической сути они являются разновидностью образовательного ваучера.



Они будут выдаваться выпускникам школ по итогам единого государственного экзамена, заменяющего выпускные экзамены в средней школе и вступительные экзамены в высшие и средние профессиональные учебные заведения. ГИФО будет гарантировать оплату государством обучения в любом образовательном учреждении в пределах определенной суммы. Учебные заведения получают право самостоятельно устанавливать плату за обучение, и желающие в них учиться должны будут доплатить за обучение сверх суммы ГИФО. Для обеспечения гарантии бесплатного получения профессионального образования учебные заведения будут обязаны принять определенную долю студентов без взимания дополнительной платы, то есть обучать их только за суммы, гарантируемые ГИФО. Согласно существующим правилам, эта доля должна составить не менее 50%. Предполагается, что внедрение такого механизма финансирования профессионального образования должно сделать движение финансовых средств зависимым от реального соотношения спроса и предложения на рынке труда, а не от административной оценки потребностей экономики в различных категориях специалистов.

Принятию решений о широкомасштабном введении ГИФО предшествует его экспериментальная апробация с 2002 г. в трех субъектах РФ: Республика Марий-Эл, Чувашская Республика, Республика Якутия.

Начало этого эксперимента показало, что результативное применение предлагаемого механизма ГИФО требует существенных дополнительных издержек. Бюджетное финансирование вузов, участвующих в эксперименте, выросло на 80%. Рост был обусловлен установлением одинаковой стоимости ГИФО для студентов очной и заочной форм обучения и использованием ГИФО высокой второй категории (из пяти возможных) для всех абитуриентов, принимаемых вузами по так называемому целевому набору. Этот механизм предусматривает прием в вузы на бюджетные места по направлениям муниципальных и региональных органов власти. Его официально декларируемый смысл состоит в обеспечении целевой подготовки определенных категорий специалистов для прежде всего сельских районов. Предоставление «целевикам» ГИФО более высокой категории и соответственно стоимости в сравнении с тем, что они должны были бы получить согласно результатам сданного ими ЕГЭ, преследовало цель стимулировать вузы к принятию целевиков. Но в результате размеры целевого приема резко намного увеличились в вузах, участвующих в эксперименте. Поэтому по итогам эксперимента 2002 г., Минобрнауки отказался от такой практики в 2003 г. Никаких преференций в категории получаемых ГИФО «целевики» теперь иметь не будут.



Введение ЕГЭ и ГИФО по замыслу должно повысить доступность высшего образования для способных выпускников школ, прежде всего для сельских жителей. Однако более половины опрошенных нами руководителей и преподавателей вузов, где эта системы ЕГЭ и ГИФО апробировались в 2002 г. считают, что они фактически не решают данной проблемы. Доля абитуриентов из сельской местности, поступивших в вузы, участвующие в эксперименте, или осталась на том же уровне, или увеличилась незначительно, причем увеличение это происходило под воздействием других факторов, не связанных с изменением системы финансирования и введения ЕГЭ. Теперь студенты, благодаря введенной системе ГИФО, если они не относятся к 1-ой или 2 категории, вынуждены доплачивать за свое обучение суммы, которые в условиях сельской местности, на фоне всеобщей безработицы, заработать довольно сложно. Таким образом, преимущества получили только наиболее способные абитуриенты из сельской местности, в то время как основной контингент фактически ухудшил свои возможности поступления.

Введение системы ЕГЭ, как показали данные опроса, практически не повлияли на объем репетиторских услуг, оказываемых преподавателями вузов. Они и сейчас являются весьма востребованными, так как уровень доверия со стороны родителей к качеству обучения, которые могут обеспечить школьные учителя, остается достаточно низким. Теперь репетиторство вузовских преподавателей сместилось с приемных экзаменов на единые государственные экзамены, которые требуют, для получения высоких баллов, доведения знаний учащихся до более высокого уровня, чем это могут обеспечить школьные учителя. Более того, по некоторым оценкам, в связи с изменением процедуры приема, эти расценки имеют тенденцию к росту.

Одновременно ЕГЭ, согласно данным исследования, повлиял на размер теневой оплаты и условия ее получения. Можно сделать весьма предварительное заключение, что стоимость попадания в вуз «блатных» несколько возросла, так как ЕГЭ вызвало усложнение цепочки преимущественного попадания, чем способствовало увеличению расходов на ее надежное функционирование. Одновременно респонденты фиксируют сужение круга лиц, способных помочь на вступительных экзаменах и в целом уменьшение прямого влияния на результаты экзаменов с помощью теневых выплат. Но более половины из опрошенных убеждены в том, что это является результатом шока, который быстро пройдет и соответствующие механизмы компенсации сужения влияния на приемные экзамены все равно, со временем, будут найдены. При этом ректорские



списки продолжают существовать, хотя попадание в них определяется не размером взятки, а капиталом социальных связей.

3.2. Интересы субъектов реформирования системы финансирования высшего образования

В процессе анализа проведенных интервью выделены следующие значимые субъекты процесса реформирования системы финансирования образования, способные к активным действиям по продвижению или торможению намеченных преобразований:

- Министерство образования РФ (Минобразования);
- региональные и муниципальные органы управления образованием;
- региональные органы власти;
- ректоры и другие руководители вузов
- профессорско-преподавательский состав вузов.

. Они представляют собой субъектов, обладающих разными ресурсными потенциалами на процесс реформирования и принимают различное участие в финансировании образовательной деятельности в системе высшего образования. Рассмотрим их интересы по отношению к введению систем ЕГЭ и ГИФО.

Министерство образования РФ.

Минобразования является инициатором проведения обсуждаемых преобразований их разработчиком и проводит их в жизнь. Однако особенностями инновационной стратегии министерства являются высокая доля неопределенности этой стратегии, хроническое нахождение в стадии экспериментирования, постоянная смена правил игры по ходу эксперимента. Ситуация осложняется также тем, что внутри Минобразования существуют разные группы интересов, которые борясь за свое влияние, стремятся менять правила игры для вузов, что практически приводит к тому, что ни один из экспериментов не является законченным и последовательным. Это создает ситуацию хронической аварийности в осуществлении реформы, что негативно сказывается на общем состоянии вузовской системы в России.

Предпринимаемые шаги по внедрению системы ЕГЭ вызывают сопротивление со стороны имеющих в Минобразования сторонников другой системы - централизованного

тестирования. Соответственно и в регионах формируются как противники, так и сторонники двух разных стратегий, которые не могут найти общего языка.

Несмотря на то, что система ГИФО внедряется с помощью Минобразования достаточно последовательно, она, по мнению опрошенных, не сопровождается серьезной корректировкой системы по ходу эксперимента, что свидетельствует о недостаточной гибкости данного субъекта как реализатора реформы.

Ведущей группой интересов у сторонников идеи реформирования среди руководителей Минобразования является стремление создать институциональные условия, стимулирующие рост качества высшего образования, повышение доступности качественного образования для населения, освобождения системы образования от теневых практик.

Противники данной идеи рассматривают ее как весьма затратную и несвоевременную, требующую дополнительных затрат со стороны бюджета, не приводящую в результате декларируемых преобразований к заявленным результатам. Значительный рост бюджетного финансирования вузов, участвующих в экспериментальной апробации ГИФО в 2002 г., впечатлил работников Минобразования и усилил позиции противников реформы.

Две указанные группы интересов в Минобразовании демонстрируют стратегии минимизации риска и рассматривают предлагаемые направления реформ как результат выигрыша одной группы над другой. Однако и у той, и у другой группы доминирующими интересами продолжают оставаться интересы сохранения себя в руководстве министерством, с одной стороны, а с другой - стремление контролировать финансовые потоки. При этом вверх берет то одна, то другая группа, что создает размытую стратегию реформы.

Региональные и муниципальные органы управления образованием.

Данные проведенных нами опросов в двух регионах свидетельствует о высокой заинтересованности представителей региональных органов образования во введении системы ЕГЭ. Они мотивируют свой интерес прежде всего теми возможностями, которые открываются благодаря этому перед органами управления для отслеживания качества образовательных услуг, предоставляемых различными учебными учреждениями. Хотя пока данный ресурс не используется ни для санкционирования худших, ни для поощрения лучших. Кроме того, по мнению руководителей региональных систем образования, это



позволяет подтянуть до более высокого уровня качество подготовки в сельских школах, так как ставит сельских учителей перед необходимостью соответствовать новым стандартам, к тому же легко проверяемым и оцениваемым.

В основе интереса к введению ЕГЭ лежат следующие стремления:

- получить дополнительные средства на организацию ЕГЭ, позволяющие укрепить информационно-аналитическую базу региональной системы образования;
- владеть эксклюзивной информацией (сравнительные результаты сдачи ЕГЭ в разных районах, школах), с помощью которой регулировать отношения с другими субъектами образовательной политики в регионе;
- получить лидирующие позиции в области реформирования, чтобы повысить свой авторитет в Минобразования в профессиональном сообществе;
- повысить свой авторитет с помощью участия в процессе реформирования у руководителей региональных органов власти, от которых зависит их пребывание в должности.

Городские муниципальные органы управления образованием, оставаясь традиционно инертными структурами, не расположенными к радикальным инновациям, не демонстрируют явно негативного или явно позитивного отношения к системе проводимых изменений. Скорее их позиция может быть обозначена как «выжидательная». Одновременно среди них присутствует группа лиц, приветствующая передачу части возможностей при поступлении в вуз школам, так как именно школы входят в их управленческую компетенцию, что воспринимается как повышение своей значимости внутри действующих субъектов.

Настороженно и даже с неприятием к новой системе финансирования относятся муниципальные органы управления образованием на селе. Предполагая, что уровень знаний школьников на селе ниже, чем у городских школьников, муниципальные руководители опасаются, что это приведет к резкому возрастанию платы за обучение со стороны родителей абитуриентов, которые не смогут подняться до высоких уровней ГИФО, что в свою очередь, вызовет волну недовольства со стороны сельского населения. Политический цикл в четыре года и избираемость муниципальных глав не рассчитаны на резкие инновационные шаги, затрагивающие интересы населения, что естественно вызывает настороженность у данной группы управленцев. Кроме того, сельская элита склонна ориентироваться на привычную схему приема и финансирования, так как она имела отработанные механизмы попадания в вуз нужных людей, например, по модели

целевого приема. Новации в этой сфере ломают сложившиеся каналы продвижения своих кандидатов, требуя больших издержек для реализации прежних задач.

Одновременно материалы исследования позволяют говорить о том, что реформирование системы финансирования открывает некоторые новые возможности для руководителей муниципальных органов образования. Например, дает им в распоряжение новые информационные ресурсы, позволяющие оценивать деятельность подведомственных школ. Некоторые из них это осознают и относятся к реформе позитивно.

В перспективе в этой группе управленцев, по мере привыкания к эксперименту, будет снижаться потенциал сопротивления реформе, так как будут отрабатываться механизмы компенсации возможных потерь, а позитивные результаты реформы будут перевешивать издержки, связанные с реформированием. Более того, повышение контроля над ректорами, которые традиционно менее управляемы, приведет к появлению новых контрактов между этими двумя субъектами, что может таить в себе новые возможности для обоих участников этих договоренностей.

Региональные органы власти.

Влиятельными региональными субъектами реформы финансирования в образовании является слой политической и экономической региональной элиты и региональной бюрократии, который, имея высокий потенциал влияния в своих регионах, воздействует практически на все политические и экономические процессы, происходящие в регионе, в том числе на региональные и муниципальные органы образования, которые зависят в большей степени от них, чем от руководства в Москве.

В целом можно говорить, что проводимая реформа финансово не затрагивает основные интересы региональных элит, однако, по полученным оценкам, реформа несколько снижает доступ кандидатов от элит в высшие учебные заведения, который им пока удастся компенсировать за счет целевого приема и ректорских списков, которые сохраняются. Учитывая, что дети представителей элит ориентированы на элитное образование вне территории региона в престижных вузах страны или за рубежом, подобное «закрытие» вузов для них не является существенным, однако региональная бюрократия рангом пониже, в этой ситуации проигрывает, так как их установки на получение бесплатного образования за счет капитала социальных и иерархических связей остаются достаточно сильными.



Политический истеблишмент и региональная бюрократия заинтересованы в последовательном проведении реформы в том случае, если она не вызывает недовольства со стороны населения, так как иначе это может привести к угрозе пребывания во власти, дестабилизировать власть в регионе, сопровождаться потерей управляемости региона. Поэтому сохранность собственной власти является определяющим мотивом. Если реформа ее увеличивает или остается нейтральной, то она может протекать без скрытого сопротивления со стороны элит, что в реальности пока и происходит

Одновременно региональная бюрократия заинтересована в поступлении дополнительных финансовых ресурсов в регион на нужды социальной сферы по политическим и экономическим мотивам. Также высока заинтересованность в формировании позитивного имиджа региона в глазах федеральной власти, что позволяет упрочить свою власть за счет федеральной поддержки

Руководители региональных органов власти заинтересованы в определяющем влиянии на поступление в вузы своих протеже, несмотря на изменение механизма поступления. Подобный интерес обусловлен развитой сетью социальных связей в регионе и близкими контактами элит между собой

Региональная бюрократия, в отличие от руководителей, заинтересована в сохранении привычных предпочтений для своих детей и сотрудников своих департаментов. Поэтому принимать реформу или скрыто противостоять ей они будут в зависимости от того, насколько им удастся компенсировать потери, которые несет в себе новая система. Пока можно говорить о том, что процедура поступления «своих» несколько усложнилась, но не вышла из под контроля, что сохраняет нейтральное или даже позитивное отношение к реформе.

В перспективе позитивное отношение в этой группе субъектов к реформе будет увеличиваться в том случае, если группам элит удастся реализовать свои интересы и сохранить необходимый контроль над поступлением «своих кандидатов» при сохранении спокойного отношения к реформе со стороны населения. Если уровень недовольства населения реформой будет расти, есть все основания полагать, что нейтральный и позитивный фон отношения к реформе будет сменен на негативный, и внутри политического истеблишмента обострится борьба между теми, кто выступает против всяких перемен и теми, кто эти перемены принимает и активно им содействует. Следует ожидать, что эта группа способна поддерживать реформы только до тех пор, пока они не

вызывают недовольства населения и не приводит к социальной напряженности, не влияет на возможности неформально включать каналы поступления в вуз нужных людей.

Ректоры и управленческие команды вузов.

Отношение к введению ЕГЭ со стороны большей части руководителей вузов, как показывают данные проведенных нами интервью в двух регионах, в целом позитивное. Позитивность этих оценок, несмотря на известное сужение полномочий в приеме студентов, обуславливается появлением вполне формальных и законных правил, согласно которым они могут снизить число своих обязательств по поводу гарантированного поступления в вуз тех или иных претендентов, идущих по протекции со стороны элит или региональной бюрократии. Существенная потеря неформального влияния на процесс поступления в вуз со стороны ректора и управленческой команды и замена ее на формальные процедуры, не воспринимается как ограничение, так как компенсирующие механизмы для «нужного круга» все равно сохраняются, хотя и усложняются.

Эти оценки касаются тех вузов, где прием студентов не является существенным политическим и экономическим ресурсом для ректоров и не выступает предметом сильного давления со стороны властной элиты. В том случае, если факт поступления в вуз является существенным социальным преимуществом, и верхний элитный слой заинтересован в обучении своих детей именно в этом вузе (например, если речь идет о престижных столичных вузах, куда поступают представители политической и экономической элиты, в том числе региональной), то здесь отношение к ЕГЭ может быть весьма сдержанным или негативным. Это объясняется существенной потерей влияния на процесс приема в случае введения ЕГЭ, а соответственно и потерей существующего у руководителей этих вузов политического и экономического ресурса. Такого радикального вмешательства в свои дела руководители элитарных российских вузов допустить не могут и не допустят, разве только в обмен на дополнительные преференции для себя, используя механизм политического торга.

Отношение к введению ГИФО у управленческих команд вузов более сложное. Внутри них существует опасение, что новый механизм финансирования приведет к снижению размеров бюджетного финансирования обучения одного студента по сравнению с необходимыми затратами.



Большую роль в принятии или не принятии реформы играет степень управляемости ректором своего вуза. Чем менее команда управляема со стороны ректора, тем больший уровень критичности она демонстрирует по отношению к реформе.

В этой ситуации доминирующими интересами рассматриваемой группы субъектов могут выступать:

- стремление не потерять управляемость вузом и обезопасить себя от критики результатов проводимых преобразований со стороны профессорско-преподавательского состава вузов, который является электоратом руководителей вузов;
- стремление сохранить позитивное отношение со стороны региональных органов власти и региональной элиты в целом;
- стремление быть первыми в общероссийских начинаниях для повышения статуса вуза за пределами региона;
- стремление минимизировать недовольство абитуриентов, не попавших в вуз, и их родителей, переводя «стрелку» с себя на формальные правила и процедуры, требования федерального центра;
- желание обеспечить такие права получения и использования бюджетных и внебюджетных средств, чтобы в выигрыше всегда оставалась управленческая команда вуза.

В перспективе отношение к реформе будет развиваться в прямой зависимости от того, удастся ли вузу с помощью новых механизмов финансирования привлечь больше бюджетных средств. Если же, наоборот, сокращение объема бюджетных средств окажется значительным, то вместе с потерей влияния на вступительные экзамены и формирование контингента студентов, это может привести к резкому противостоянию нововведениям. Пока такие позиции не вербализируются, но это не означает, что ущемление интересов данной группы субъектов не приведет к «тихому саботажу» или открытому недовольству.

Профессорско-преподавательский состав вузов.

Это наиболее сложная по своему отношению к реформе группа субъектов. Наибольшая часть из них относится к реформе или нейтрально или выжидательно, причем одни ждут позитивных результатов, другие же, наоборот, прогнозируют появление пока не проявившихся негативных последствий. Значительная доля неопределившихся по отношению к реформе означает, что в любой момент она может пополнить как группу



сторонников, так и группу противников, существенно способствуя проведению последней или тормозя ее.

Около трети опрошенных респондентов признают реформу и являются ее сторонниками, отмечая ее нейтральное влияние на собственную деятельность. К этой же группе примыкают те, кто принимают реформу, но при условии корректировки действующих механизмов финансирования в перспективе.

Деканы, заведующие кафедрами, преподаватели вузов отмечают в первую очередь то, что финансирование вузов по ГИФО отрицательно сказывается на мотивации к учебе тех студентов, которые имеют ГИФО низких категорий и были приняты при условии доплаты личных средств к стоимости ГИФО за обучение. Такие студенты не могут получать стипендии даже при отличном или хорошем уровне успеваемости, что делает проблематичной дальнейшую заинтересованность подобных студентов в хорошей учебе.

Среди противников реформирования находятся те преподаватели, которые убеждены, что реформа не решает поставленных перед ней задач обеспечения равного доступа в вузы и кроме того отрицательно сказывается на самом образовательном процессе и нагрузке преподавателей. В качестве негативных моментов введения ЕГЭ и ГИФО указываются следующие:

- низкий материальный и организационный уровень организации проведения ЕГЭ;
- недостаточный уровень подготовки учителей к данной форме испытаний, особенно на селе;
- отсутствие влияния реформы финансирования на реальные доходы преподавателей, сохраняющийся низкий уровень заработной платы преподавателей.

Одновременно введение новой системы финансирования практически не повлияло на объемы репетиторства и получаемые от него теневые доходы, хотя и несколько снизило объемы теневых доходов от поступления в вузы. Сопrotивление реформе могло бы быть еще выше, если бы преподаватели не надеялись найти в перспективе компенсирующие механизмы, позволяющие им вернуть потерянные доходы. Большинство из опрошенных респондентов убеждены, что такие компенсирующие механизмы будут найдены в перспективе, когда пройдет шок среди тех, кто не ожидал столь радикальных перемен и не был к ним готов. Сегодня можно говорить, что поиск таких механизмов уже начат и в ответ на сужение возможностей и усложнение процедуры влияния на прием резко возросла стоимость нелегальной помощи абитуриентам.

Несмотря на то, что именно преподавательский состав оказался активным участником реформы, он пока демонстрирует зависимое положение от ситуации и не спешит диктовать свои условия или вмешиваться в расклад существующих сил, по крайней мере открыто. Даже ответственные секретари приемных комиссий вузов, сила влияния которых на прием резко уменьшается, не рассматривают потерю этого влияния как отрицательный момент, отмечая снижение уровня социально-психологической нагрузки благодаря вынужденному отказу просьбам в помощи при поступлении.

Это обусловлено спецификой интересов этой группы субъектов:

- преподаватели и руководящий состав деканатов и кафедр заинтересованы в сохранении существующих доходов или их повышении из бюджетных и внебюджетных источников;
- они заинтересованы в лояльном отношении к себе ректоров и управленческой команды, так как от этого зависит объем надбавок к заработной плате и доля средств, которые они получают из внебюджетных доходов вуза;
- часть из них заинтересована в сохранении существующей репетиторской деятельности, которая фактически не затрагивается новой системой приема студентов;
- частично преподаватели ориентированы на дополнительные заработки вне стен данного вуза, что также не затрагивается новой системой финансирования вузов.

В перспективе, когда система оценок и интересов будет достаточно хорошо осознана, можно ожидать разнонаправленных сценариев развития как позитивного, так и негативного отношения к реформе, что будет определяться характером влияния данной реформы на объем реальных доходов преподавателей.

3.3. Развитие платного высшего образования: конфигурация позиций

Рассмотрим конфигурацию позиций участников деятельности в системе высшего образования и тех, кто оказывает на нее непосредственное влияние, по отношению к развитию системы платного образования.

Министерство образования можно назвать вынужденным сторонником развития платного образования, и в частности негосударственных вузов, предоставляющих только



платное обучение. Такое отношение определяется, с одной стороны, запросами населения в получении современного образования, за которое оно готовы платить из собственных средств, а с другой стороны, - давлением преподавательского сообщества, ищущего возможности дополнительного заработка и обеспечивающие эту возможность условия работы.

Минобразования фактически не мешает или не может противостоять тенденции роста самостоятельности вузов в определении и реализации политики развития платного образования. В итоге система платного профессионального образования развивается по модели «снизу». Законодательство устанавливает лишь ограничения на долю платных мест в общем приеме на некоторые специальности для государственных вузов. В этих рамках вузы сами определяют, сколько им принимать студентов на платной основе и какую плату взимать за обучение.

Региональные органы власти.

Проведенное исследование позволяет говорить о нейтрально-позитивном отношении со стороны региональных органов власти к системе платного образования, так как фактически основные решения в этой области отданы на откуп профильным министерствам и департаментам.

Определенный интерес к данному кругу проблем испытывается только в том, случае, если у губернатора или мэра тема высшего образования является приоритетом избирательных программ или предоставляется возможность рапортовать центру о достигнутых успехах. Особенно последовательно данную тему используют в своей борьбе мэры городов, но и они не имеют устойчивого представления о платности или бесплатности получаемого высшего образования до тех пор, пока это не становится объектом массового недовольства высокими затратами на обучение.

В этой связи региональные власти можно назвать «условными сторонниками» платного образования и таких большинство.

Одновременно сохраняется небольшая доля высших руководителей регионов, ориентированных на патерналистскую социальную политику, которые считают неправомерным быстрые темпы развития платной системы образования, придерживаясь тактики сдерживания платной составляющей в любой области социальной политики.

Региональные и муниципальные органы управления образованием.



Субъектов образовательной политики в регионах, как и Минобрнаука, можно назвать вынужденными сторонниками развития платного образования, и в частности негосударственных вузов.

Наиболее последовательными сторонниками системы платного образования, как системы частных вузов, являются те из руководителей региональных органов образования, которые хорошо знакомы с практикой работы этих учреждений, доверяют руководителям этих учреждений и стремятся действовать как рыночные акторы на своих территориях. Экспансия филиалов московских и Санкт-Петербургских вузов в образовательное пространство регионов привела к необходимости защищать себя от излишнего вмешательства и открывать собственные частные образовательные структуры.

Несмотря на то, что сегодня в регионах параллельно работают две институциональные образовательные системы: государственные и частные вузы, руководители региональных органов образования не имеют однозначной оценки эффективности и результативности частных институтов. Скорее та и другая системы воспринимаются ими как параллельные структуры, которые развиваются вместе, однако пересекаются с друг другом только в использовании кадрового ресурса для обеспечения образовательного процесса. Подобное «раздельное восприятие» структур приводит к тому, что органы образования пытаются воспользоваться преимуществами каждой из этих систем в своих целях, не вырабатывая единой политики по отношению к этим институтам.

Среди субъектов региональной образовательной политики выделяются те, кто осторожно и нейтрально относится к системе частных вузов и те, кто видит в частных вузах принципиально иные образовательные системы, открывающие новые возможности для образования. Однако ни те, ни другие, не могут не признавать того факта, что появление частных вузов на их территориях вполне естественный процесс, с которым вряд ли можно бороться с помощью мобилизации административных ресурсов или других управленческих стратегий.

Среди сторонников развития частных вузов, среди этой страны, специально подчеркивается что эта система позволяет:

- индивидуализировать процесс обучения;
- более динамично реагировать на запросы рынка труда;
- сделать гибкой систему поощрения хорошо успевающих студентов;

- развивать общественную активность студентов, поставив ее в зависимость от материальных затрат на образование (снижение величины оплаты за образование в случае хорошей успеваемости и высокой общественной активности);
- создать атмосферу творчества и сотрудничества, обеспечить взаимодействие преподавателей и студентов по модели партнерства, в противовес модели доминирования, характерной для традиционных вузов.

Работники региональных органов образования, с осторожностью относящиеся к системе платного образования подчеркивают, что платные вузы благодаря финансовой зависимости от студентов снижают качество образования как за счет облегчения доступа, так и снижения стандартов качества образования, что обусловливается прямой экономической зависимостью доходов института от денежных выплат студентов за свое образование.

Ректоры и управленческие команды вузов.

Позиции ректоров и управленческих команд вузов по отношению к платности в образовании стратифицируются в зависимости от того, являются ли они руководителями государственных или частных вузов.

Ректоры частных вузов настаивают на большей открытости, демократичности и мобильном реагировании своих вузов на ситуацию на рынке труда. Столь часто формулируемые претензии о низком качестве студентов в этих вузах не разделяются ректорами частных вузов, которые склонны согласиться с тем, что «на входе» подобные утверждения может быть и уместны, но к 4-5 курсу подобные оценки уже теряют свою адекватность. Отмечая выраженный уровень проблем, существующий у частных вузов, они весьма оптимистично оценивают перспективы платного образования и развития системы частных вузов, объясняя это прежде всего высокой готовностью родителей платить за образование детей даже в низкодоходных и среднедоходных семьях.

Особую и часто весьма негативную позицию по отношению к частным вузам занимают ректоры государственных вузов, которые рассматривают частные вузы как конкурентов на рынке образовательных услуг. Корпоративные интересы руководителей государственных вузов в регионах противостоят возможностям развития частной системы высшего образования как института, однако открывающиеся новые возможности для действующих субъектов на этом поле, оказываются сильнее названных ограничений. Тем

более, что их реализация осуществляется на фоне нейтрально-осторожного или позитивного отношения к этому процессу региональных органов образования.

Особое место в нашем анализе занимала проблема развития системы платных услуг внутри бюджетных высших учебных заведений и определение тех групп интересов, которые способствуют или противостоят этому процессу внутри образовательных учреждений.

Как показал проделанный анализ, самыми заинтересованными субъектами в развитии системы платного образования внутри бюджетных вузов, по такому направлению как обучение коммерческих студентов, являются руководители высших учебных заведений. Во-первых, внебюджетные доходы позволяют им увеличивать свой собственный доход, во вторых обеспечивают свободные финансовые ресурсы для вознаграждения квалифицированных преподавателей, при том условии, что профессиональные издержки, связанные с более низким качеством этих студентов, особенно на младших курсах, несут на себе преподаватели.

Не менее заинтересованы в коммерческих студентах деканы факультетов и руководители кафедр. Они в этом случае получают более состоятельных студентов, которыми впоследствии они могут распорядиться как дополнительным ресурсом для себя или для других преподавателей кафедр

Профессорско-преподавательский состав.

Преподаватели частных вузов позитивно оценивают систему частного образования и возможность участия в ней, подчеркивая возможность получения более высокого уровня доходов при меньшей нагрузке. Одновременно ими отмечается специфика подобного образования, которая выражается в более высокой зависимости преподавателей от студентов, по отношению к которым они должны вести себя более сдержанно, чем в бюджетных вузах. Плата, вносимая студентами за обучение из «своего кармана» или кармана родителей, психологически меняет атмосферу, существующую внутри вуза, вписаться в которую могут далеко не все преподаватели.

Однако здесь следует отметить, что развитие частных вузов и обеспечение их кадрами стали возможными лишь благодаря стремлению части преподавателей избавиться от рутинности бюджетного образования и заработать больше средств, что и обусловило, в конечном счете, их согласие перейти в менее устойчивую систему частного образования. Не менее важную роль играет также готовность бюджетных



преподавателей работать в этих структурах ради приработка, однако именно они дают довольно негативную оценку качества студентов в платных учреждениях.

Согласно полученным данным, набор платных услуг, оказываемы в бюджетных вузах преподавателями официально достаточно широк и свидетельствует о высоком уровне их включенности в эту систему. Среди них можно выделить

- обучение студентов на коммерческой основе;
- обучение абитуриентов в центрах довузовской подготовки;
- проведение централизованного тестирования;
- дополнительные занятия со студентами по неуважительной причине пропустившие занятия или лабораторные работы;
- повторная сдача экзаменов или зачетов (в некоторых вузах это делается бесплатно, но в некоторых за плату);
- дополнительное обучение вне рамок программы современным и востребованным направлениям знаний;
- проведение спецсеминаров, экзаменов на международные сертификаты;
- групповое или индивидуальное репетиторство (например, в случае обучения дополнительному языку).

Занятия в платных группах дают преподавателям пусть небольшую, но все же прибавку к заработной плате. Правда, часть преподавателей указывает на большую сложность проведения занятия у этих студентов в связи с их низкой мотивацией к образованию.

Весьма заинтересованными в деятельности центров довузовской подготовки являются те преподаватели, которые, по каким-либо причинам не заняты индивидуальным репетиторством и которые рассматривают работу в этих центрах как реальный заработок. Одновременно данные исследования позволяют говорить о том, что в работу этих центров вовлечена относительно небольшая доля вузовских преподавателей из-за низких расценок на преподавательские услуги. В большей степени преподавательский контингент этих курсов составляют школьные учителя. Исключение составляют те преподаватели, которые через контингент курсов находят для себя абитуриентов для индивидуального репетиторства.

Также весьма позитивно преподавателями оценивается практика дополнительного образования сверх программы, которая по их оценкам «позволяет им развиваться профессионально».



Уровень позитивности оценок со стороны преподавателей государственных вузов резко падает, когда речь идет о таких услугах как плата за дополнительные занятия в связи с пропусками или за повторную сдачу экзаменов или зачетов. Подавляющее большинство респондентов отмечают низкий уровень расценок, существующий на дополнительные услуги преподавателей, несопоставимый с временными затратами, что приводит к минимизации или даже свертыванию этих практик:

Большинство из них отмечают высокий формализм существующей процедуры, что стимулирует студентов к предложению «отдать деньги в руки» преподавателям, ради экономии временных ресурсов. Не обсуждая здесь практику неформальных платежей в образовании, отметим, что, по-видимому, именно эта часть услуг расценивается преподавателями как шанс заработать неформально на «нерадивых» студентах, что и приводит к сужению этих видов услуг формальным образом.

Важную роль в становлении системы платного образования играет *население*, которое также заинтересовано в формировании альтернативных образовательных институтов. Резкая прагматизация установок абитуриентов и их родителей, относительно возможностей будущих профессий для трудоустройства вошла в известное противоречие с традиционной системой образования в регионах, облегчив развитие новых образовательных институтов.

Среди населения регионов сторонниками платных вузов являются прежде всего жители городов со средними или высокими доходами, которые в платных вузах видят «запасной аэродром» для образовательного старта своих детей. Также сторонниками платных вузов нередко является сами абитуриенты, не получившие высоких оценок в школах и уверенные в том, что учиться в платных вузах все же легче, чем в бюджетных.

В настоящее время, по оценкам уже упоминавшихся экономистов¹³, затраты населения на обучение в негосударственных вузах составляет около 0,5 млрд. долл. Это позволяет говорить о том, что население доверяет системе частного образования и согласно финансировать эту систему на добровольных началах, исходя из складывающейся ситуации и конкретных возможностей.

Согласно полученным оценкам в ходе интервью, готовность населения платить за образование детей достаточно высока и она растет от года к году, даже в бедных регионах.

¹³ Галицкий Е.Б. Левин М.И. Указ соч.



3.4. Перспективы изменения механизмов финансирования высшего образования

Анализ конфигурации интересов и позиций субъектов системы финансирования высшего образования по отношению к ее реформированию позволяет сделать следующие выводы.

Введение ЕГЭ и замена им вступительных экзаменов в вузы имеет позитивную оценку со стороны большинства субъектов деятельности в системе высшего образования. Но региональные элиты и значительная часть руководителей вузов готовы поддерживать эту инновацию при условии, что она не заменит полностью другие существующие механизмы поступления в вуз, которые используются в настоящее время помимо системы общего конкурсного отбора для обеспечения возможности поступления в вузы детям из элитных групп и для подготовки специалистов для нужд муниципальных образований, прежде всего в сельской местности. Это механизмы целевого приема и «ректорских списков», реализуемых через преференциальный конкурсный отбор.

В случае тотальной замены всех механизмов приема в вуз на отбор строго по результатам ЕГЭ расширяется доступность получения качественного высшего образования в наиболее престижных вузах (факультетах) для особо одаренных детей из семей с низкими доходами, сельской местности и малых городов. Но в проигрыше могут оказаться другие абитуриенты, принадлежащие к этим же социальным группам, способные к учебе, но не имеющие выдающихся способностей. Вследствие более низкого в среднем качества подготовки выпускников школ в сельской местности и малых городах, они будут иметь более низкие оценки по ЕГЭ, чем их сверстники из крупных городов, и поступить в вуз смогут только при условии полной либо частичной оплаты обучения. Это в итоге снизит доступность качественного высшего образования.

Существующее неравенство возможностей поступления в вузы, обусловленное неравенством образовательного потенциала школ, расположенных в разных населенных пунктах, и неравенством доходов, не только не будет уменьшено благодаря введению ЕГЭ, но и наоборот, может возрасти. Никакая единая универсальная схема не в состоянии адекватно учесть и нивелировать все многообразие факторов неравенства возможностей получения высшего образования, обусловленного социальными и экономическими причинами, на которые представители разных групп населения не в силах повлиять.

Поэтому целесообразным способом реформирования механизмов приема в вузы является введение ЕГЭ в качестве рекомендуемого для вузов механизма приема, который принимается ими по собственному выбору в качестве единственного, либо сочетаемого с другими механизмами, в частности с конкурсным отбором по результатам дополнительного экзамена, собеседования и др. Такая стратегия внедрения ЕГЭ, по нашей оценке, в наибольшей мере соответствует конфигурации интересов субъектов образовательного процесса и его финансирования. Тем более, что руководство элитных вузов все равно найдет «способы ухода» от системы приема только на основании ЕГЭ, чтобы сохранить за собой возможность преимущественного приема в свои вузы тех абитуриентов, в которых они заинтересованы по политическим или экономическим мотивам.

Внедрение ГИФО не характеризуется столь же высоким уровнем потенциальной поддержки, как внедрение ЕГЭ. В конфигурации интересов, связанных с этим нововведением, представлены разнонаправленные интересы, согласовать которые гораздо сложнее. Главное противоречие состоит в интересах федеральных органов власти, с одной стороны, и руководителей вузов и их персонала, с другой, связанных с установлением стоимости ГИФО. Вузы готовы поддержать это нововведение, если оно позволяет увеличить их бюджетное финансирование и совокупные доходы. Но при этом общая цена для федерального бюджета перехода к новому механизму финансирования вузов оказывается слишком большой. Если же федеральные органы будут устанавливать цену ГИФО на уровне, не обеспечивающем возмещение расходов вузов по подготовке студентов, то вузы будут противодействовать замещению прежних механизмов бюджетного и внебюджетного финансирования их деятельности механизмами финансирования по ГИФО, акцентируя внимание на неизбежных недоработках этого нововведения.

Поэтому перспективы масштабного внедрения ГИФО выглядят существенно менее оптимистичными. В качестве рациональной стратегии реформирования механизмов финансирования высшего образования можно рекомендовать постепенное, эволюционное внедрение новых механизмов в дополнение к действующим. Необходимо продолжить экспериментальную апробацию механизма ГИФО в ряде регионов, постепенно расширяя их число и осуществляя корректировку условий предоставления ГИФО для разных категорий абитуриентов. Актуальной задачей совершенствования существующего

механизма ГИФО является предоставление возможности изменения условий оплаты обучения студентами в зависимости от показателей их академической успеваемости.

Эта экспериментальная апробация, мониторинг получаемых результатов, корректировка условий выдачи, оплаты, замены ГИФО и т.д. должны быть предметом последовательной политики, избегающей крайностей кампанейщины и пускания нововведений на самотек.

Одновременно является очевидным тот факт, что необходимо, для обеспечения благоприятного развития событий, постараться учесть те ограничения, на которые указывают преподавателями, так как тактика невмешательства и отсутствие корректировок, будет только увеличивать число противников реформы.

Введение системы ГИФО локальными шагами, имея существенные преимущества, таит, однако, угрозу оттока сильных абитуриентов из регионов, где будет действовать эта система в сочетании с приемом по ЕГЭ, в те образовательные учреждения, где действует старая схема приема и финансирования, и где у абитуриентов больше шансов пройти на бюджетные места и учиться без дополнительной оплаты. Следует обратить особое внимание на различные социально-экономические последствия внедрения механизма ГИФО в условиях бедных и богатых регионов. Не исключено, что это может привести к тому, что бедные в экономическом отношении регионы потеряют еще и интеллектуальный ресурс, что сделает их еще беднее и уменьшит шансы на экономическое и социальное выравнивание в перспективе.

В перспективе реализуемость новаций в системе финансирования высшего образования будет в решающей степени определяться последовательностью курса на реформирование со стороны политического руководства страны, отсутствием резких кадровых перестановок внутри Минобробразования, соотношением сил различных коалиций внутри Минобробразования, поддерживающих идею ГИФО и других новаций в сфере финансирования образования и противостоящих этим изменениям фигурам.