

# ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

*Центр фискальной политики представляет результаты проекта, основная цель которого - определение путей и механизмов наиболее эффективного предоставления услуг в сельских и удаленных районах в условиях ограниченных финансовых и материальных ресурсов, нехватки квалифицированных специалистов.*

Исследованию были подвергнуты услуги образования и здравоохранения как наиболее важные социальные услуги, оказываемые населению на местном уровне.

Эффективность предоставления услуг рассматривалась с точки зрения потребителей услуг, при этом во внимание, прежде всего, принимались вопросы доступности и качества услуг.

Особое внимание было уделено вопросам эффективного использования финансовых ресурсов при организации процесса предоставления услуг. При этом изучались возможности, касающиеся как повышения результативности использования бюджетных средств, так и возможности привлечения дополнительных источников финансирования, а также исследовались проблемы внедрения новых форм организации процесса предоставления услуг в условиях российской действительности.

Проект реализовывался на средства Института "Открытое общество".

## **Этапы реализации проекта:**

1. Анализ текущей ситуации в сфере предоставления услуг образования и здравоохранения в пилотных муниципалитетах.
2. Изучение международного опыта в части оптимизации процесса предоставления услуг в сельских и удаленных районах. Особое внимание было уделено вопросу применимости зарубежного опыта в условиях российской действительности.
3. Исследование законодательных и нормативных актов, регулирующих отношения в сфере предоставления услуг.
4. Разработка рекомендаций по оптимизации процесса предоставления услуг образования и здравоохранения в пилотных муниципалитетах.

Особенностью проекта является то, что выявленные в пилотных муниципалитетах проблемы в целом типичны для сельских муниципальных районов, поэтому рекомендации, сформулированные в результате исследования, могут быть использованы другими муниципалитетами для повышения качества образовательных и медицинских услуг, предоставляемых на их территории.

Другой особенностью исследования является время его проведения, которое можно охарактеризовать как время реформ. Реформа местного самоуправления, реформа разграничения полномочий, бюджетная и административная реформы, отраслевые преобразования накладывают свой отпечаток на процесс предоставления социальных услуг и были учтены в настоящем отчете при разработке рекомендаций пилотным муниципалитетам. Инициатором реформ является федеральный уровень, из чего следует что повышение качества услуг, предоставляемых на местном уровне, зависит не только от муниципальных властей, но и от тех решений, в т.ч. законодательных, которые принимаются на более высоких уровнях – региональном и федеральном.

Другими словами, повышение качества услуг, предоставляемых на муниципальном уровне, невозможно осуществить только за счет усилий местных органов власти. Реформированию должна быть подвергнута вся система управления отраслью. Муниципальные власти могут в рамках своих полномочий оптимизировать процесс предоставления услуг, разработать систему мониторинга и осуществлять на постоянной основе оценку качества услуг, но в отсутствие единой для всей отрасли и на всех уровнях стратегии развития, систем планирования, нормирования, стандартизации, лицензирования и сертификации эффективное предоставление услуг становится трудно осуществимой задачей.

Пилотными муниципальными образованиями, в которых реализовывался проект, стали Ковровский и Юрьев-Польский районы во Владимирской области и Гатчинский район в Ленинградской области.

*Центр фискальной политики выражает благодарность руководителям и специалистам финансовых и отраслевых подразделений администраций Владимирской и Ленинградской областей, а также руководителям и сотрудникам администраций пилотных муниципальных районов за помощь в сборе информации для исследования и в проведении исследования как такового.*

## Владимирская область



## Ленинградская область



## Общая характеристика пилотных муниципальных районов

---

*Низкий уровень жизни в сельской местности, помимо прочего, является причиной отсутствия на селе требуемых специалистов, в том числе в отраслях образования и здравоохранения. Это, в свою очередь, оказывает непосредственное влияние на качество предоставляемых услуг*

### **Ковровский район Владимирской области**

Расположенный на северо-востоке Владимирской области Ковровский район является по преимуществу сельским муниципальным образованием. С 2006 года в составе района существуют пять поселений, четыре из которых – сельские и только одно – городское. Территория района составляет 181934 га. Расстояние до областного центра г. Владимир – 73 км. Численность населения Ковровского района по состоянию на 01.01.2006 составляла 30,7 тыс. человек. В районе функционируют 8 учреждений здравоохранения, 20 общеобразовательных школ (18 из которых расположены в сельской местности), 15 дошкольных образовательных учреждений (из них 13 – в сельской местности) и 2 учреждения дополнительного образования.

Административным центром района является город Ковров, который, однако, не входит в состав района. Город Ковров является самостоятельным муниципальным образованием, которому присвоен статус городского округа. Расположенными в г. Коврове учреждениями здравоохранения и образования пользуются не только жители самого города, но и жители района, поэтому получение услуг населением Ковровского района связано с определенными особенностями, которые будут рассмотрены ниже.

По итогам отчета об исполнении бюджета Ковровского района за 2006 г. доля расходов на здравоохранение в общем объеме расходов бюджета составила 5,4%, доля расходов на образование – почти 38%. В бюджете района на 2007 г. предусмотрено увеличение доли расходов на образование до 46%, несмотря на то, что общий объем расходов будет снижен по сравнению с 2006

годом почти на 10%. Это позволяет сделать вывод о приоритетности финансирования отрасли в муниципальном бюджете. Доля расходов на здравоохранение возрастет незначительно и составит 7,5%.

### **Юрьев-Польский район Владимирской области**

Юрьев-Польский район расположен на северо-западе Владимирской области, в 70 км от областного центра. Население района составляет 37,8 тыс. человек, в том числе в сельской местности – 18,3 тыс. человек. Районным центром является город Юрьев-Польский – единственное городское поселение в составе района. Помимо него район включает еще 3 сельских поселения. На территории района расположены 4 муниципальных учреждения здравоохранения, в том числе Юрьев-Польская Центральная районная больница, 36 общеобразовательных школ (32 из которых расположены в сельской местности), 22 дошкольных образовательных учреждения (15 из которых – в сельской местности) и 2 учреждения дополнительного образования, расположенных в горрде Юрьев-Польский.

Согласно отчету об исполнении бюджета Юрьев-Польского района за 2006 г. доля расходов на образование составила 29,5%, на здравоохранение – 5,7%. В муниципальном бюджете на 2007 г. предусмотрено значительное сокращение общих расходов бюджета – на 33%. При этом доля расходов на образование и здравоохранение существенно возрастет, что говорит о приоритетности развития этих отраслей для района. Доля расходов на образование достигнет 49%, на здравоохранение – 10,1%.

### **Гатчинский район Ленинградской области**

Гатчинский район, расположенный к югу от Санкт-Петербурга, включает в свой состав шесть городских поселений и одиннадцать сельских поселений. Административным центром района является город Гатчина. В своем сегодняшнем составе Гатчинский район существует с 2006 года,

когда в его границах были объединены три существовавших до этого независимо муниципальных образования.

Гатчинский район – один из наиболее крупных и плотно заселенных районов Ленинградской области. Население района составляет 219,9 тыс. человек, что позволяет Гатчинскому району занимать первое место в области по численности населения.

В районе расположены 42 общеобразовательных школы (из них 22 – в сельской местности), 46 дошкольных образовательных учреждений (23 – в сельской местности), 12 учреждений дополнительного образования (4 – в сельской местности).

Согласно отчету об исполнении бюджета Гатчинского района за 2006 г. доля расходов на образование в общем объеме расходов бюджета составила 36,2%, доля расходов на здравоохранение – 8,8%.

#### **Уровень жизни населения в пилотных муниципальных районах**

Данных по уровню доходов населения в пилотных муниципалитетах получить не удалось, поскольку сбор этой информации на муниципальном уровне в настоящее время не организован, имеются только данные в целом по региону. По данным Федеральной службы государственной статистики денежные доходы на душу населения в первом квартале 2007 года во Владимирской области составили 5113,7 руб. Это немногим выше прожиточного минимума, который на территории Владимирской области за тот же период составил в расчете на душу населения 3655 руб., а для трудоспособного населения 3939 руб. Низкая платежеспособность населения Владимирской области устанавливает естественно низкий уровень для развития платных услуг в сельской местности как одной из форм повышения качества этих услуг. Об этом свидетельствуют и данные территориального органа федеральной службы государственной статистики по Владимирской области. В Ковровском районе по данным за 2005 г. доля платных медицинских услуг в общем объеме предоставленных в районе платных услуг составила 0,5%, доля платных услуг системы образования – 1,8%. В Юрьев-Польском районе доля платных медицинских услуг в 2005 г. составила 1%, доля платных услуг системы образования 5,3%. В Ленинградской области

денежные доходы на душу населения по данным Федеральной службы государственной статистики составили в первом квартале 2007 года 7568,1 руб., при величине прожиточного минимума на душу населения за тот же период 3591 руб. Чем более платежеспособным будет население, тем больше появляется возможностей для развития платных услуг. Доля платных услуг в общем объеме финансирования отрасли здравоохранения в Гатчинском районе Ленинградской области в 2005 году составила 10%.

Таблица 1

#### **Соотношение денежных доходов на душу населения и прожиточного минимума в пилотных регионах по данным за 1 квартал 2007 года, руб.**

	Прожи точный миним ум	Денеж ные доходы на душу населе ния	Соотноше ние денежных доходов на душу населения и прожиточ ного минимума
Владимирская область	3655	5113,7	1,4
Ленинградская область	3591	7568,1	2,1

# АНАЛИЗ ТЕКУЩЕЙ СИТУАЦИИ В СФЕРЕ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ В ПИЛОТНЫХ РАЙОНАХ

## **Анализ предоставления медицинских услуг**

1. **Анализ системы управления отраслью в пилотных муниципалитетах** выявил, что в Гатчинском районе Ленинградской области и Юрьев-Польском районе Владимирской области до сих пор не созданы органы управления здравоохранением, что противоречит «Основам законодательства об охране здоровья граждан». В Ковровском районе также допущено нарушение – создан «объединенный орган управления здравоохранением» г.Коврова как муниципального образования и Ковровского района как муниципального образования - горрайздравотдел.
2. Организация администрирования в отрасли в пилотных районах носит нерациональный и затратный характер. Во всех пилотных районах функционируют несколько мелких юридических лиц - учреждений здравоохранения с собственными главными врачами и отдельными строками финансирования в муниципальных бюджетах. Такая ситуация является одним из препятствий на пути оптимизации предоставления медицинских услуг.
3. При остром дефиците средств муниципального бюджета отвлекаются средства на финансирование бюджетных обязательств областного бюджета, а также системы ОМС, а именно:
  - ▶ на содержание централизованной бухгалтерии,
  - ▶ на содержание дошкольно-школьного отделения,
  - ▶ на содержание оргметодкабинета,
  - ▶ на содержание станции (отделения) переливания крови,
  - ▶ на закупку вакцин для иммунопрофилактики.
4. **Анализ предоставления услуг по видам медицинской помощи позволяет сделать следующие выводы:**
  - ▶ плановый расчет финансирования *фельдшерско-акушерских пунктов* (ФАПов) во всех пилотных районах проводится по уровню достигнутого финансирования в прошлые годы;
  - ▶ расчеты финансирования круглосуточных коек в *стационарах* во всех исследуемых районах проводятся без учета коэффициентов профиля коек как это нужно делать в соответствии с законодательством;
  - ▶ во всех пилотных районах функционируют *койки сестринского ухода*, на которые отвлекаются средства муниципального бюджета, однако используются койки в большей степени в социальных, а не в медицинских целях; для содержания данных коек привлекаются средства пенсий, что не разрешено в учреждениях здравоохранения, но можно делать в учреждениях социальной защиты населения;

- ▶ *стационаро-замещающие* технологии в Ковровском и Юрьев-Польском районах не развиты, поскольку план дней пребывания в дневных стационарах не выполняется, а план госпитализаций перевыполняется; в Гатчинском районе дневные стационары работают эффективно, план выполняется на 106%, при этом снижается уровень госпитализации; в то же время в районах фактически отсутствуют койко-места дневного стационара поликлинического типа;
  - ▶ в *поликлиниках* всех трех пилотных районов не устанавливаются внутренние нагрузки на приеме, отличающиеся от внешних нагрузок, используемых для расчета стоимости одного посещения, т.е. отсутствует резервный фонд для оплаты перевыполненных объемов некоторыми специалистами поликлиники и/или для выплаты гарантированной ставки работникам, не выполняющим плановые объемы;
  - ▶ в Юрьев-Польском и Ковровском районах Владимирской области не подготовлено ни одного *врача общей практики*, несмотря на то, что модель организации первичного звена на принципах работы врача общей практики является наиболее перспективной в сельском здравоохранении и активно внедряется в рамках реализации Национального проекта «Здоровье»; в Гатчинском районе работает отделение врачей общей практики, но не применяются принципы частичного или полного фондодержания;
  - ▶ в районах Владимирской области факт вызовов *скорой медицинской помощи* превышает норматив, что свидетельствует о недостаточном взаимодействии врачей поликлиник и врачей скорой помощи; в Гатчинском районе, наоборот, очень низкий показатель вызовов скорой помощи на 1000 населения, но следует учитывать, что население пользуется услугами станций скорой помощи Санкт-Петербурга; в этой ситуации возможны встречные финансовые претензии со стороны муниципальных органов власти города к администрации Гатчинского района.
5. **Анализ возможностей привлечения дополнительных источников финансирования** выявил следующее:
- ▶ из двух возможных вариантов регулирования цен на платные услуги (утверждение прейскуранта и ограничение рентабельности) во всех трех пилотных районах выбран прейскурантный метод; этот метод является худшим, т.к. требует переутверждения цен на платные услуги каждый раз при росте заработной платы, изменении тарифов на коммунальные услуги; кроме того, создается опасность установления цены на услуги ниже себестоимости;
  - ▶ при формировании цен на платные медицинские услуги в Юрьев-Польском и Ковровском районах, заработная плата исполнителей рассчитывается на основе единой тарифной сетки (ЕТС), что не заинтересовывает исполнителя в увеличении объемов платных услуг или улучшении их качества;
  - ▶ возможности добровольного медицинского страхования (ДМС) для расширения рынка платных услуг и увеличения доходов ЦРБ не используются, кроме Гатчинского района.

Отдельно следует сказать об особенностях получения медицинских услуг жителями Ковровского района. В Ковровском районе сложилась специфическая ситуация с организацией специализированной стационарной помощи при разделении бывшего Ковровского района на два самостоятельных муниципальных образования: городской округ Ковров и Ковровский муниципальный район. С юридической точки зрения они абсолютно равноценны. Но, в целях концентрации дорогостоящей стационарной медицинской помощи, в Ковровском районе были оставлены только общетерапевтические койки, а все специализированные койки переданы в ведение города Коврова. На

этих койках лечатся, в том числе, и жители Ковровского района. В связи с этим со стороны городской администрации поступают требования возмещения бюджетных расходов за лечение районных больных в учреждениях здравоохранения города Коврова. В настоящее время это требование городской администрации юридически обоснованно.

### **Анализ предоставления образовательных услуг**

1. Муниципальные районы Владимирской и Ленинградской областей в соответствии с действующими региональными законодательными актами обязаны осуществлять распределение бюджетных средств на финансовое обеспечение образовательного процесса по нормативу, порядок определения которого утверждается на областном уровне.
2. В результате отсутствия утвержденных на региональном уровне механизмов перехода на нормативно-подушевое финансирование, распределение средств муниципальных бюджетов по школам продолжает осуществляться традиционным способом. Таким образом, средства по нормативу не доводятся до каждой школы, что консервирует ситуацию финансирования школ по принципу «от достигнутого». Отсутствуют механизмы повышения эффективности бюджетных расходов, одним из которых является подушевой норматив.
3. Распределение образовательных учреждений между городом и селом еще раз подчеркивает сельский характер пилотных районов. В Ковровском и Юрьев-Польском районах Владимирской области доля сельских школ составляет 90%.
4. Основной контингент школьников – это дети, обучающиеся по основным образовательным программам в обычных классах: в среднем 91% (данные 2006 года).
5. Наполняемость обычных классов школ ниже 25 человек в городской местности – в среднем 21 человек, и ниже 20 человек в сельской местности – в среднем 12 человек в классе. 25 человек в классе в городе и 20 человек в классе на селе – законодательно установленные нормы (данные 2006 года).
6. Наличие большого числа малокомплектных школ – примерно 35% от общего числа (данные 2006 года).
7. Наполняемость групп дошкольных образовательных учреждений в среднем не превышает максимальную рекомендуемую федеральную норму (20 человек) и является высокой – в среднем 18 человек по всем возрастным группам (данные 2006 года).
8. В целом ситуация с комплектованием сельских школ типична для регионов средней полосы России: очень низкая наполняемость и высокая численность малокомплектных школ. Анализ наполняемости классов сельских школ более 190 российских муниципалитетов показал, что их средняя наполняемость составляет 13 человек.
9. Доля фонда оплаты труда педагогического персонала составляет 62-72% в общем объеме ФОТ образовательных учреждений (данные 2006 года). Этот показатель является оптимальным с точки зрения эффективности расходования бюджетных средств: штатная численность педагогического и прочего персонала оптимальна. Тем не менее, в разрезе образовательных учреждений уровень дифференциации показателя очень высокий.
10. Высокая дифференциация расходов по образовательным учреждениям. Нет механизма выравнивания и повышения эффективности бюджетных расходов.
11. По данным за 2006 год наибольшую долю расходов на образование в муниципальных районах занимают расходы на общеобразовательные школы – 53% от всех расходов на общее образование (38% - детские сады, 9% - учреждения дополнительного образования).

12. Бюджетные средства идут преимущественно на финансирование текущей деятельности; целевые программы на инновационную деятельность и развитие материально-технической базы отсутствуют.

Таблица 2

**Средняя наполняемость классов общеобразовательных школ пилотных муниципальных районов, 2006 год, чел.**

Название района	Сельские школы				Городские школы			
	Обычные классы	Гимназические / Лицейские классы	Коррекционные классы	Классы компенсирующего развития	Обычные классы	Гимназические / Лицейские классы	Коррекционные классы	Классы компенсирующего развития
Ковровский район Владимирской области	12	0	7	10	19	0	10	12
Юрьев-Польский район Владимирской области	7	19	0	0	21	0	11	12
Гатчинский район Ленинградской области	18	0	14	0	25	25	12	0

Таблица 3

**Доля фонда оплаты труда непедагогического персонала общеобразовательных школ в общем фонде оплаты труда, 2006 год, %**

Название района	Село	Город
Ковровский район Владимирской области	44	32
Юрьев-Польский район Владимирской области	35	34
Гатчинский район Ленинградской области	28	28

# **Проблемы, выявленные в ходе анализа предоставления медицинских и образовательных услуг в пилотных муниципальных районах**

Проведенный в пилотных муниципалитетах анализ позволяет выделить следующие основные проблемы, характерные для процесса предоставления услуг в сферах здравоохранения и образования:

## **1. Отсутствие связи между затратами и результатами при финансировании услуг.**

Эта проблема связана с тем, что предоставление услуг, как правило, финансируется не в зависимости от количества и качества произведенных услуг, а в зависимости от расходов прошлых лет, т.е. от достигнутого. Финансируется сеть учреждений, а не производство услуг.

## **2. Низкая материально-техническая оснащенность учреждений образования и здравоохранения.**

Эта проблема требует решения вопросов, связанных с отсутствием необходимого оборудования, в том числе диагностического, в учреждениях здравоохранения; с недостаточной обеспеченностью сельских школ учебно-методическими материалами; износом основных фондов.

## **3. Недостаток квалифицированных кадров.**

Наличие этой проблемы продиктовано нежеланием квалифицированных специалистов работать в сельской местности из-за низкой оплаты труда в сельских учреждениях образования и здравоохранения.

## **4. Организационно-институциональные проблемы.**

Отсутствие в пилотных районах органов управления отраслью здравоохранение, отвлечение средств муниципальных бюджетов на финансирование обязательств регионального бюджета или системы ОМС позволяет выделить в отдельную группу проблемы институционального и организационного характера.

Решение этих проблем позволит оптимизировать процесс предоставления услуг и повысить их качество. Для определения наиболее эффективных путей и механизмов решения выявленных проблем экспертами Центра фискальной был проанализирован международный опыт в сфере предоставления рассматриваемых социальных услуг, а также изучено российское законодательство на предмет выявления ограничений и возможностей оптимизации процесса предоставления услуг с законодательной точки зрения.

## Обзор законодательства, регулирующего отношения в сфере предоставления услуг

---

*В международной практике для оптимизации процесса предоставления услуг широко используются механизмы так называемого альтернативного предоставления услуг. Среди них наиболее распространены следующие:*

- Межмуниципальное сотрудничество – объединение усилий и ресурсов муниципальных образований при предоставлении услуги, либо оплата муниципальным образованием услуг, предоставляемых другим муниципальным образованием.
- Государственно-частное партнерство (социальное партнерство) – привлечение частных организаций к решению проблем, стоящих перед органами государственной власти или местного самоуправления, в части организации процесса предоставления услуг.
- Фандрайзинг – систематическая деятельность организаций, направленная на привлечение дополнительных ресурсов, включающая разнообразные способы: от введения добровольных или принудительных сборов для потребителей услуг до привлечения грантов из бюджета, благотворительных организаций, международных донорских организаций.
- Делегирование полномочий по предоставлению услуг некоммерческим или негосударственным организациям.

Использование этих форм в условиях российской действительности бывает ограничено по целому ряду причин, в том числе законодательных. Ниже приведен анализ ряда законов, принятых в Российской Федерации, с точки зрения возможностей, которые они предоставляют для внедрения новых форм предоставления услуг с одной стороны, и недостатков с точки зрения их практической применимости с другой.

### **Федеральный закон № 115 от 21.07.2005 г. «О концессионных соглашениях».**

В законе закрепляется принцип организации контрактных отношений между государством и частной структурой (индивидуальным предпринимателем или юридическим лицом), что позволяет в полной мере использовать механизмы государственно-частного партнерства. В законе дается закрытый перечень объектов концессионного соглашения, среди которых объекты здравоохранения и образования. Несмотря на принятие закона, случаи использования концессионных соглашений на практике пока еще очень редки. Одной из причин этого является отсутствие адекватных подзаконных актов, в которых бы специфицировались процедурные вопросы государственно-частного партнерства. Например, конкурсы на выбор концессионеров могут быть объявлены только после принятия Правительством РФ 14 типовых соглашений по разным объектам концессий. На время написания отчета было утверждено только одно такое соглашение – дорожное.

### **Федеральный закон № 174-ФЗ от 03.11.2006 г. «Об автономных учреждениях».**

Основным отличием новой организационно-правовой формы автономных учреждений от государственных и муниципальных учреждений является следующее: доходы автономного учреждения поступают в его самостоятельное распоряжение, а собственник автономного учреждения не имеет права на получение доходов от осуществления автономным учреждением деятельности и использования закрепленного за автономным учреждением имущества. Другим важным отличием является отсутствие субсидиарной ответственности собственника по обязательствам учреждения.

Автономное учреждение может быть создано, в том числе, посредством изменения типа существующего государственного или

муниципального учреждения. Это означает, что бюджетные учреждения, способные работать в условиях, максимально приближенных к рыночным, могут быть преобразованы в автономные учреждения, и предоставлять услуги двумя способами: во-первых, – на основании задания учредителя, т.е. государства или муниципального образования за счет бюджетных средств и, во-вторых, по своему усмотрению за плату. По сути, это является одной из альтернативных форм предоставления услуг.

Следует особо отметить, что преобразование действующих государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в форму автономных учреждений не допускается. Однако, как следует из определения автономного учреждения, создавать учреждения здравоохранения в такой форме разрешено.

### **Федеральный закон № 94 от 21.07.2005 г. «О размещении заказов на поставки товаров, выполнение работ, оказание услуг для государственных и муниципальных нужд».**

Делегирование полномочий по предоставлению услуг некоммерческим или негосударственным организациям на местном уровне возможно посредством использования механизма муниципального заказа через заключение контрактов между муниципальным образованием (заказчиком) и организацией, предоставляющей услуги, независимо от ее организационно-правовой формы и формы собственности (исполнителем заказа). В действующем на сегодня ФЗ-№94 нет четко сформулированного порядка формирования и размещения заказа на предоставление бюджетной услуги. По сути, ФЗ-№94 регулирует отношения, когда заказчик и получатель товаров, работ, услуг совпадают в одном лице - муниципальном образовании. А в случае, если речь идет о предоставлении социальных услуг, заключение контрактных отношений между муниципальным образованием (заказчиком) и организацией (исполнителем) происходит в пользу третьего лица – населения (потребителя). На сегодняшний день отношения в сфере проведения заказа от лица муниципалитета в пользу третьего лица (населения) законодательно четко не урегулированы.

### **Федеральный закон № 131 от 06.10.2002 «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»**

Распределение вопросов местного значения между тремя типами муниципальных образований породило ряд до сих пор не решенных проблем, которые препятствуют повышению эффективности предоставляемых социальных услуг. Например, до сих пор остается актуальной проблема передачи имущества фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов), участковых больниц и больниц сестринского ухода с уровня поселений (бывших сельсоветов) на уровень муниципальных районов. Значительно осложнилось ведение хозяйственной деятельности в этих структурных подразделениях центральных районных больниц (ЦРБ).

Реформа местного самоуправления также была направлена на стимулирование межмуниципальной кооперации. В частности, указанный закон предусматривает возможность межмуниципальной кооперации и даже конкретные механизмы заключения договорных отношений между муниципалитетами (включая предоставление субвенций для реализации переданных по договору полномочий из одного муниципального бюджета в другой). К сожалению, нынешнее законодательство предусматривает возможность заключения таких соглашений только для случая взаимоотношений между муниципалитетами разных типов (например, между районом и поселениями), что резко сужает возможности такой кооперации.

Наибольшая потребность в кооперации как раз возникает у муниципалитетов одного типа (например, чтобы жители одного района пользовались услугами больницы другого района, которая выполняет межрайонные функции; или чтобы объединенная станция скорой помощи обслуживала население двух муниципальных районов). Препятствием для развития кооперации между муниципальными образованиями одного типа является отсутствие возможности передачи трансфертов из одного муниципального образования в другое.

Медицинская помощь повышенной сложности традиционно концентрировалась в одной из центральных районных больниц (ЦРБ), которой

присваивался статус межрайонного центра. В эту ЦРБ направлялись больные из других сельских районов бесплатно. Теперь требуются расчеты между двумя юридическими лицами (двумя ЦРБ), т.к. нет механизма предоставления бюджетного трансферта из одного районного бюджета другому районному бюджету.

Возможность предоставления муниципальными учреждениями услуг на частично или полностью платной основе также законодательно закреплена за муниципальными образованиями в ФЗ - № 131. Однако часть доходов муниципальных учреждений от предоставления платных услуг, остающаяся после уплаты налогов и сборов, относится к собственным доходам местных бюджетов. Это означает, что полученными от предоставления платных услуг средствами, муниципальные учреждения распорядиться не могут. Выходом для учреждений может быть преобразование в новую организационно-правовую форму автономного учреждения, которое вправе по своему усмотрению оказывать услуги, относящиеся к его основной деятельности, для граждан и юридических лиц за плату. При этом, как было сказано выше, собственник автономного учреждения не имеет права на получение доходов автономного учреждения.

Таким образом, применение всех указанных альтернативных форм предоставления услуг законодательно урегулировано. Тем не менее, отсутствуют подзаконные акты, которые должны приниматься в развитие законодательства, и которые необходимы для осуществления преобразований на практике; в принятые законы вносятся многочисленные поправки; и самое важное – отсутствует практический опыт по применению установленных в законах принципов и правил в сфере альтернативного предоставления услуг.

# МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ

## Международный опыт в сфере здравоохранения

### **Фандрайзинг, осуществляемый бюджетными учреждениями**

*В развитых зарубежных странах довольно активно используются механизмы привлечения дополнительных ресурсов для развития учреждения и повышения качества предоставляемых им услуг. Наиболее распространенными механизмами фандрайзинга являются:*

- ▶ привлечение средств доноров<sup>1</sup> (индивидуальных или корпоративных), а также
- ▶ внедрение платных услуг в тех случаях, когда это разрешено законом.

Стоит отметить, что привлечением средств донорских организаций, например в США, занимаются, как правило, крупные учреждения здравоохранения, лидеры в своей отрасли, сотрудничающие с научными медицинскими организациями. Это учреждения, которые обладают ресурсами для умелой организации кампании по поиску дополнительных финансовых средств, а также имеют четкое видение проблемы, на решение которой и предполагается направить полученные средства.

Небольшие медицинские учреждения, расположенные в сельской местности, могут рассчитывать в основном на поддержку государства. Показателен пример Австралии, где в рамках реализации государственной программы регионального развития был создан Фонд развития медицинской инфраструктуры в сельских районах (Rural Medical Infrastructure Fund). Начиная с 2005 г. в течение трех последующих лет из Фонда будет выделено 15 миллионов долларов, которые будут направлены на обустройство дополнительных медицинских учреждений в сельских районах страны. В качестве другого примера можно привести Департамент сельского хозяйства США, который предлагает либо прямую финансовую помощь, либо другие механизмы, направленные на финансирование капитальных расходов сельских учреждений здравоохранения.

Вопрос *внедрения платных услуг* как еще одной формы фандрайзинга в разных странах решается по-разному. В США система здравоохранения работает по страховому принципу. Как правило, работодатели заключают договора с частными страховыми компаниями на медицинское обслуживание своих сотрудников, а страховые компании оплачивают лечение пациентов в учреждениях здравоохранения. Заботу о безработных и прочих неблагополучных социальных слоях взяло на себя государство. Доля платных услуг, т.е. услуг за получение которых пациент отдает деньги непосредственно врачу / медицинскому учреждению, минуя страховую компанию, невелика. Однако споры относительно увеличения доли платных услуг постоянно ведутся. Сторонники внедрения оплаты за медицинские услуги пытаются доказать, что сохранение страхового принципа финансирования несет в себе прямую угрозу качеству медицинских услуг, в то время, как отдавая деньги за получение услуги каждый раз непосредственно из своего кармана, пациент будет видеть, насколько размер оплаты услуги соответствует ее качеству.

В Канаде предоставление медицинских услуг гражданам финансируется государством за счет налогов. На уровне государства установлен перечень медицинских услуг, которые должны предоставляться населению бесплатно. Предоставлять услуги, включенные в перечень, на платной основе законодательно запрещено. Однако на практике такая бесплатность услуг не лучшим образом сказывается на качестве и доступности медицинских услуг. Опросы населения, проведенные в 2004 г.

---

<sup>1</sup> В данном контексте под донором понимается организация или физическое лицо, жертвующее финансовые средства в благотворительных целях.

показали, что 57% населения готовы дополнительно оплачивать медицинские услуги при условии сокращения времени ожидания. Однако до настоящего момента этот вопрос законодательно по-прежнему не урегулирован.

В Российской Федерации бюджетным учреждениям найти дополнительные источники финансирования легитимным способом в большинстве случаев чрезвычайно непросто. Например, средства от сдачи свободных площадей в аренду, как правило, поступают не в сами учреждения, а направляются на счета органа местного самоуправления по распоряжению муниципальным имуществом. Вывести же свободные площади под другие, немедицинские цели, не всегда возможно из-за санитарных правил. Поэтому, даже сокращая часть избыточного коечного фонда в стационарах, учреждение по-прежнему несет расходы на коммунальные услуги освободившихся палат и этажей зданий.

Принципиально можно сдавать в аренду частным организациям, оказывающим медицинские услуги, дорогостоящее медицинское оборудование с целью уменьшить его простой в нерабочие часы. Но для этого нужно, чтобы муниципальные органы власти установили ставку арендной платы и дали свое согласие, что в большинстве муниципальных образований не делается.

Бюджетные учреждения не имеют права использовать лизинговые схемы для закупки оборудования и не могут брать кредиты в банках.

Бюджетные учреждения имеют право оказывать платные услуги населению. Однако, в большинстве случаев сметное финансирование бюджетных учреждений (т.е. объем средств, которые бюджетные учреждения получают из бюджета) уменьшается на сумму поступлений средств от оказания платных услуг, что опять-таки не стимулирует учреждения к развитию платных услуг. Нормативная база по организации и предоставлению платных услуг в учреждениях здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности крайне несовершенна.

В результате фандрайзинг в России часто принимает нецивилизованные формы, как правило, связанные с «поборами» с населения. Так, многие больницы требуют от пациентов деньги на лекарства, питание и др., хотя на самом деле эти расходы должны осуществляться за счет средств Фонда обязательного медицинского страхования.

### ***Возможности использования аутсорсинга на муниципальном уровне.***

*Изучение зарубежного опыта показало, что механизмы аутсорсинга в системе здравоохранения используются в двух основных направлениях.*

Первое направление использования аутсорсинга заключается в делегировании выполнения определенных функций сторонним организациям. В аутсорсинг отдаются те функции, которые напрямую не относятся к системе здравоохранения, но выполнение которых необходимо для обеспечения нормальной работы учреждений здравоохранения и создания комфортных условий для пациентов. К таким функциям относятся питание пациентов, содержащихся в стационаре; обслуживание программного обеспечения учреждений здравоохранения; информационно-справочная служба учреждения; хозяйственные нужды (уборка и косметический ремонт помещения); и даже рентгенология.

Как показал опыт зарубежных стран (США, Великобритания, Канада) использование аутсорсинга преследует две основные цели:

- ▶ снижение издержек и повышение за счет этого экономической эффективности деятельности учреждений здравоохранения;
- ▶ концентрация специалистов учреждений здравоохранения на их основной деятельности и, как следствие, повышение качества медицинских услуг.

По словам одного из американских исследователей, занимающихся вопросами аутсорсинга, 70% учреждений здравоохранения, заключающих контракты аутсорсинга в г. Балтимор (США), достигают значительного снижения издержек (около 20%) и, кроме того, добиваются повышения качества выполнения функций, отдаваемых в аутсорсинг (улучшается качество питания пациентов, повышается быстрота обработки историй болезней и др.).

Обобщая выше сказанное, стоит отметить, что данное направление аутсорсинга, т.е. делегирование выполнения немедицинских функций профильным организациям, имеет все основания для дальнейшего развития, в том числе и в условиях российской действительности. На данном этапе в нашей стране наиболее перспективным для аутсорсинга направлением является организация питания пациентов. Эта идея уже реализована во многих больничных учреждениях г. Москвы и доказала на практике свою эффективность, поскольку качество питания пациентов в столичных учреждениях здравоохранения, использующих аутсорсинг, значительно улучшилось по сравнению с питанием пациентов в обычных больницах. При этом издержки, связанные с организацией питания населения по аутсорсингу, не увеличиваются.

Вторым направлением аутсорсинга, широко развитым в странах Евросоюза, является привлечение к выполнению услуг для населения внебюджетных организаций, которым на платной основе передается муниципальный заказ на оказание медицинских услуг. Развивается частная система здравоохранения, использующая как средства частных лиц, так и страховых компаний и иногда выполняющая социальный заказ с оплатой за счет бюджета.

В Российской Федерации пока не создано достаточных предпосылок и нормативно-правовой базы для развития такой формы аутсорсинга бюджетных услуг. Для организации, исполняющей бюджетный заказ важно, чтобы услуга была профинансирована по полной стоимости, включая рентабельность. В большинстве субъектов РФ бюджетная услуга в здравоохранении (пролеченный больной, посещение в поликлинике, УЕТ в стоматологии и пр.) финансируется не полностью, и тем более без рентабельности. Имеющийся финансовый разрыв покрывается за счет скрытой или явной формы соплатежей со стороны населения в виде платных услуг, приобретения в натуральной форме недостающих медикаментов и продуктов питания, использования собственного мягкого инвентаря и различные виды доплат за расходные материалы (особенно в стоматологии). В этих условиях заказать бюджетную услугу в сторонней организации (аутсорсинг) не представляется возможным.

### **Организация системы медицинской помощи**

Отличием европейской и американской систем оказания медицинской помощи от российской является то, что они являются многоуровневыми, т.е. помимо стационарного и поликлинического обслуживания включают всевозможные «промежуточные формы» внегоспитального и «полугоспитального» обслуживания пациентов.

Система организации медицинской помощи в России сохранилась практически в неизменном виде со времен программ коллективизации и индустриализации страны. В основе такой системы лежит жесткий двухуровневый принцип построения, представленный двумя практически автономными и мало интегрированными между собой структурами: амбулаторно-поликлинической и госпитальной системами обслуживания.

В настоящее время в России растет понимание того, что сохранение привычного способа предоставления медицинской помощи в рамках двухуровневой системы (поликлиника-стационар) не позволит отрасли в ближайшем будущем быть рентабельной. Возникает необходимость создания многоуровневой системы оказания медицинской помощи, повышения объема услуг на негоспитальных этапах, «расслоения» универсальной стационарной помощи по технологическому принципу.

Опыт европейских стран (Канада, Великобритания, Италия, Испания и др.), в которых работают системы государственного медицинского страхования и лечебная сеть принадлежит государству, показывает, что развитие сети отделений краткосрочного пребывания и стационаров на дому позволяет резко

сократить расходы на стационарное обслуживание. Сокращение круглосуточного коечного фонда увеличивает интенсивность работы оставшегося.

При этом, дневной стационар должен использоваться интенсивно, не подменяя собой амбулаторную помощь, а беря на себя функции оказания стационарной помощи, не требующей интенсивного лечения и круглосуточного наблюдения. Т.е. дневной стационар должен нести стационаро-замещающую функцию, а не стационаро-дополняющую. Следует особо отметить, что переход на оказание медицинской помощи в дневных стационарах не требует дополнительных бюджетных расходов, поэтому этот способ вполне применим в условиях российской действительности, где проблемы недофинансирования являются часто основным препятствием на пути эффективного оказания услуг.

Конечной целью реструктуризации лечебной сети является построение эффективной системы медицинской помощи, позволяющей в наиболее рациональной форме использовать возможности государственно-муниципальной лечебной базы и сделать её адекватной обязательствам государства перед населением.

### **Выводы относительно применения зарубежного опыта для повышения качества медицинских услуг в условиях российской действительности.**

1. Возможности по увеличению доли платных услуг в целях повышения качества медицинских услуг на сегодняшний день являются ограниченными в силу низкого платежеспособного спроса сельского населения; использование других способов фандрайзинга также ограничено в силу причин законодательного характера и специфики сельских учреждений здравоохранения.
2. Использование аутсорсинга в российских учреждениях здравоохранения возможно в части передачи выполнения непрофильных функций сторонним организациям. Прежде всего, это касается организации питания пациентов, которое, согласно зарубежному и российскому опыту, значительно улучшается при передаче данной функции в аутсорсинг.
3. Реструктуризация системы оказания медицинской помощи в направлении перехода от двухуровневой системы к многоуровневой по примеру зарубежных стран также реализуема в России. Первоочередной задачей такой реструктуризации в условиях российской действительности является усиление роли дневных стационаров, поскольку реализация этого направления, с одной стороны, не требует дополнительных бюджетных затрат, а с другой, - позволяет повысить интенсивность и качество лечения.

## **Международный опыт в сфере образования**

### ***Частно-государственное партнерство***

В целях оптимизации процесса предоставления образовательных услуг широкое распространение получило использование контрактных отношений между государством / муниципальным образованием и частными организациями. В последние годы в развитых странах активность государства по непосредственному производству социальных услуг снижается за счет увеличения в этом процессе доли частного сектора. Такое сочетание достигается за счет развития контрактных отношений, в частности отношений в рамках частно-государственного партнерства (ЧГП).

Следует сразу оговориться, что подобного рода отношения не типичны для американской системы общего образования, где роль частного сектора крайне мала и ее увеличение не приветствуется (80% частных школ – школы религиозных конфессий).

Одним из преимуществ отношений ЧГП является то, что частный предприниматель гораздо более чем бюрократ-администратор заинтересован в эффективном расходовании ресурсов. При этом государство

сохраняет за собой контрольную функцию и предъявляет высокие требования к содержанию контрактных документов и обязательствам, которые берет на себя частная организация.

В качестве конкретного примера страны, применяющей описанную систему при предоставлении образовательных услуг на практике, можно привести Великобританию. Одним из направлений реформирования системы образования Великобритании конца 90-х годов стало внедрение модели контрактных отношений между государством (муниципалитетом) и частными организациями на основе ЧГП. Уже к 2000 году в рамках отношений ЧГП было подписано более 50 контрактов, в которых участвовали 450 школ Англии. Как правило, контракты с частными организациями заключаются на выполнение функций по техническому обеспечению и обслуживанию школ.

Существует несколько типов контрактов с частными фирмами, среди которых наибольшее распространение получили следующие виды.

1. Схема, включающая планирование, строительство, финансирование и управление (DBFO), – агент со стороны частного сектора (может быть несколько фирм) берет на себя обеспечение и долгосрочное управление проектом. Это стандартная схема в рамках программы стимулирования частного финансирования школ.
2. Смешанный договор между местной администрацией и частными компаниями. Отличие от предыдущей схемы состоит в том, что здесь работы и услуги предоставляются организацией, акциями которой владеют и частный, и государственный (муниципальный) сектор.

Возможны специальные схемы финансирования строительства и ремонта образовательных учреждений за счет экономии на потреблении электроэнергии школой, и ряд других схем.

Эти механизмы, зарекомендовавшие себя в западных странах с развитой рыночной экономикой, не всегда применимы на территории России. Тем не менее, возможность их использования существует при соблюдении таких условий, как:

- ▶ наличие конкурентного рынка поставщиков подобных услуг среди частных фирм в конкретной местности,
- ▶ наличие методологии определения стоимости услуг, что необходимо для развития контрактных отношений,
- ▶ утверждение подзаконных актов, в которых бы специфицировались процедурные вопросы ЧГП.

### ***Социально-ориентированный фандрайзинг***

В большинстве зарубежных стран активно развивается социально ориентированный фандрайзинг, который выражается в стратегии социального партнерства. В настоящее время в России он также находит свое применение.

Особенность этого подхода состоит в том, что школа вместе со своим партнером – некоммерческой организацией (НКО) – предлагают местному сообществу (населению школьного микрорайона, местным работодателям) не жертвовать деньги и имущество школе, а участвовать в качестве партнеров в предлагаемых школой и НКО социальных проектах по решению важных для тех или иных категорий и групп местного населения проблем. При этом школа и НКО предлагают свои существенные для этого дела ресурсы – человеческий (в лице учеников, активных родителей, учителей) и организационный. Границы образовательного пространства школы расширяются до границ местного сообщества, школа приобретает новые ресурсы, за счет которых получает возможность решать образовательные задачи. Партнерская НКО, участвуя в подобных проектах, повышает свой инвестиционный имидж в

некоммерческом секторе и свои шансы на победы в конкурсах на получение грантов на социальные, культурные и образовательные проекты.

В сельской местности денежные доходы НКО по сравнению с городом невелики. Тем не менее, при такой форме фандрайзинга и в сельских школах снимается конфликт с родителями по поводу «денежных поборов». Рисками социально активного фандрайзинга могут быть попытки администраций сел и небольших городов переложить свою социальную работу на проявившие активность школы. Здесь не следует «уклоняться» в благотворительность ни по отношению к местному сообществу, ни по отношению к местной власти. Надо выстраивать именно социальное партнерство, совместную деятельность в интересах всех партнеров, не стимулировать социальное иждивенчество населения и власти.

# ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ ВЫЯВЛЕННЫХ ПРОБЛЕМ

## Переход от финансирования сети к финансированию услуги

Одной из основных проблем, препятствующих повышению эффективности процесса предоставления услуг, является действующая система финансирования сети учреждений, оказывающих социальные услуги, по смете. Переход к новым принципам бюджетного планирования и исполнения бюджета, в основе которых лежат идеи бюджетирования, ориентированного на результаты (БОР), предполагает финансирование учреждений, предоставляющих услуги, не по сложившемуся фактически уровню затрат, а в зависимости от результата, т.е. количества и качества оказанных ими услуг.

Необходимость перехода на финансирование услуг диктуется не только внедрением БОРа. Реализация идеи стратегического планирования (сопоставление затрат на внедрение новых услуг с последующим эффектом) и диверсификация поставщиков социальных услуг также требует перехода к системе финансирования услуги.

На сегодняшний день в России возможны два основных способа организации предоставления услуг по альтернативной смете форме финансирования:

- ▶ по заданию;
- ▶ в рамках государственного / муниципального заказа.

Предоставление услуг по заданию предполагает обязательность выполнения организацией поставленного задания на предоставление услуг определенного объема и качества. Очевидно, что устанавливать задания, выполнение которых носит обязательный характер, вправе только учредитель организации. Именно такой механизм деятельности – предоставление услуг по заданию – характерен для вновь появившейся формы автономных учреждений, учредителем которых выступает государство или муниципальное образование.

Финансирование задания должно покрывать все экономически обоснованные издержки автономного учреждения по его выполнению.

Финансирование услуги может также происходить в рамках госзаказа. Суть этого механизма в том, что государство / муниципальное образование объявляет конкурс, в котором могут участвовать как бюджетные организации, так и другие предприятия, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности. Победитель получает заказ от государства / муниципального образования на предоставление услуг определенного количества и качества. Первое отличие госзаказа от задания заключается в том, что участие в конкурсе носит добровольный характер. Вторым отличием является объем финансирования, предоставляемый организацией, выполняющий государственный / муниципальный заказ. Финансовое обеспечение заказа должно не только покрывать экономически обоснованные издержки, но и приносить прибыль.

На сегодняшний день, одним из основных препятствий для перехода на финансирование услуг, является несовершенство региональной / муниципальной нормативно-правовой базы. В частности, отсутствие нормативно-правовых документов, без которых осуществить «безболезненный» переход на финансирование услуги невозможно. К таким документам относятся:

- ▶ методика расчета стоимости бюджетных услуг, предоставляемых населению;

- ▶ стандарты качества предоставления услуг, в том числе материально-технические нормативы и условия предоставления услуги;
- ▶ формы государственного контроля за качеством услуг, предоставляемых населению;
- ▶ порядок размещения государственного заказа, т.е. предоставления социальных услуг организациями различных организационно-правовых форм от лица государства / муниципалитета в пользу третьего лица – населения;
- ▶ формы типового контракта, заключаемого между государством / муниципалитетом и негосударственной организацией;
- ▶ механизмы перевода государственного имущества в собственность негосударственных организаций.

## **Решение проблемы материально-технической оснащённости учреждений и кадровой проблемы**

Проблемы, связанные с плохой материально-технической оснащённостью учреждений образования и здравоохранения и недостатком квалифицированных кадров, препятствуют эффективному предоставлению социальных услуг на селе. Решение этих проблем, хотя бы частично, на сегодняшний день реально возможно в рамках реализации приоритетных национальных проектов.

С 1 января 2006 года в РФ реализуется четыре приоритетных национальных проекта, направленных на достижение одной из стратегических целей страны – повышение качества жизни населения. Два из четырех проектов охватывают сферы здравоохранения и образования.

В рамках реализации национального проекта «Здоровье» можно выделить три основных направления: повышение приоритетности первичной медико-санитарной помощи, усиление профилактической направленности здравоохранения, расширение доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

Особое внимание уделяется укреплению первичного звена медицинской помощи, ответственность за которое лежит на муниципальном уровне. Низкая эффективность отечественной системы здравоохранения во многом результат того, что в последнее время она была ориентирована на развитие стационарной медицинской помощи в ущерб первичным догоспитальным медицинским услугам.

Результатами этого структурного перекоса стали недостаточная обеспеченность участковыми врачами, низкая оснащённость поликлиник диагностическим оборудованием. Эти факторы существенно снизили качество услуг в рамках первичной медицинской помощи, что привело к высокому уровню хронических и запущенных заболеваний, к инвалидизации населения.

Меры, направленные на развитие первичной медицинской помощи, призваны повлиять на своевременное выявление и предупреждение многих заболеваний.

Реализация этого направления происходит посредством осуществления следующих мероприятий:

- ▶ увеличение зарплат участковым врачам и их медсестрам;
- ▶ улучшение материально-технического оснащения медицинских учреждений;

- ▶ дополнительное обучение персонала (в т.ч. врачей общей практики);
- ▶ внедрение в практику родовых сертификатов.

Повышение зарплаты указанным категориям медицинского персонала означает создание стимулов к тому, чтобы квалифицированные кадры оставались в отрасли, а это является одной из основных предпосылок к повышению качества медицинских услуг, что особенно актуально для сельской местности. В то же время, целесообразно было бы со временем повысить зарплаты не только врачам-терапевтам, но и врачам специалистам и среднему медицинскому персоналу для устранения структурного перекоса в оплате труда медиков.

Наличие современного технологического и диагностического оборудования, необходимого для более точной постановки диагноза и применения более эффективных методов лечения, также положительно влияет на качество медицинских услуг.

Кроме того, в рамках национального проекта активно внедряется модель организации первичного звена на принципах работы врача общей практики. Такая модель является на сегодняшний день наиболее перспективной в сельском здравоохранении. Тем не менее, в двух пилотных районах Владимирской области врач общей практики пока отсутствует, но, по словам руководителей пилотных районов, обучение врачей общей практики в настоящее время ведется.

В целом, руководители пилотных муниципальных районов высоко оценивают помощь, предоставляемую в рамках национального проекта, поскольку получают возможность решать конкретные задачи, которые в противном случае остались бы нерешенными вследствие низкого уровня финансовой обеспеченности муниципалитетов. Например, в Ковровском районе благодаря национальному проекту появилось современное рентгеновское оборудование.

Национальный проект «Образование» предполагает реализацию следующих мероприятий.

1. Введение новой системы оплаты труда работников общего образования, направленной на повышение доходов учителей (НСОТ).
2. Переход на нормативное подушевое финансирование общеобразовательных учреждений (НПФ).
3. Развитие региональной системы оценки качества образования (СОКО).
4. Развитие сети общеобразовательных учреждений региона: обеспечение условий для получения качественного общего образования независимо от места жительства.
5. Расширение общественного участия в управлении образованием.

Для сельских районов особое значение имеет четвертое направление Национального проекта, реализация которого будет способствовать повышению качества образовательных услуг в сельской местности.

Стоит отметить, что национальные проекты имеют весьма сложную систему администрирования, в результате чего органы местного самоуправления испытывают серьезные сложности при «встраивании» своих муниципалитетов в эти проекты

## **Перспективы**

Поскольку будущее национальных проектов не определено, для дальнейшего стимулирования труда врачей и учителей на должном уровне, поддержания основных фондов учреждений образования и здравоохранения в хорошем техническом состоянии, т.е. для перехода к эффективной системе управления и финансирования отрасли, необходимо проводить структурные реформы, ответственность за реализацию которых должна быть закреплена за федеральным уровнем власти.

# Рекомендации по отраслям

## Здравоохранение

Перечень общих для всех пилотных районов рекомендаций, следование которым будет способствовать оптимизации процесса предоставления медицинских услуг:

1. После сдачи годового статистического отчета, проводить анализ ранней смертности (смертности в трудоспособном возрасте), которая приводит к потере трудового потенциала района и в конечном итоге к потере доходов муниципального бюджета.
2. Продолжить реструктуризацию круглосуточного коечного фонда.
3. Разрабатывать текущие планы системы здравоохранения с мониторингом выполнения муниципального заказа территорий и медицинских учреждений до момента расчета бюджета, а не после его принятия. Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи должна приниматься законодательным органом власти региона одновременно с принятием областного бюджета и бюджета ТФ ОМС.
4. Не допускать снижения размера ассигнований на здравоохранение, а также доли бюджета здравоохранения в районном бюджете. В противном случае неизбежно происходит перераспределение средств бюджета внутри отрасли для покрытия ежегодного роста заработной платы в общей структуре расходов и роста тарифов на коммунальные услуги, а также значительно ухудшается ситуация с финансированием хозяйственной деятельности учреждений здравоохранения и не происходит своевременного обновления и ремонта оборудования.
5. При остром дефиците бюджетных средств не отвлекать средства на финансирование бюджетных обязательств областного бюджета, а также системы ОМС.
6. Завершить разграничение бюджетных полномочий и соответственно расходных обязательств между муниципальным бюджетом, бюджетом субъекта РФ и бюджетом ТФ ОМС. Следствием неразграниченных расходных обязательств является неэффективное отвлечение средств местных бюджетов на исполнение расходных обязательств бюджетов другого уровня.
7. Для развития платных услуг рекомендуется следующее.
  - a. Изменить регулирование цен с прецедентного метода на метод ограничения рентабельности (как это делается при регулировании лекарственного рынка). Опыт показывает, что установление порога рентабельности 20% вполне достаточно для развития платных медицинских услуг на муниципальном уровне.
  - b. Не ограничивать заработную плату исполнителя рамками ЕТС, а перейти на сдельно-премиальную систему в зависимости от объема и качества услуг.
  - c. На содержание и развитие материально-технической базы направлять не более 50% от прибыли.

Проблему, связанную с получением специализированной стационарной помощи жителями Ковровского района, предлагается решить следующим образом. Учитывая хорошую транспортную доступность к областным учреждениям в городе Владимире, жители Ковровского района могли бы получать специализированную стационарную помощь в областных ЛПУ, а Ковровский район вправе претендовать на изменение статуса Мелеховской районной больницы на статус ЦРБ с объединением

всех участковых больниц в одно юридическое лицо. Это, с одной стороны, снизит организационные издержки (т.к. потребуются только один руководитель и главный бухгалтер), а с другой стороны, позволит рассчитывать на более высокие тарифы на медикаменты и мягкий инвентарь в системе обязательного медицинского страхования. Кроме этого, будет исключена возможность потребовать возмещения бюджетных расходов за лечение районных больных в учреждениях здравоохранения города Коврова со стороны городской администрации.

Таблица 4

### Рекомендации по оптимизации функционирования отрасли здравоохранения в пилотных муниципальных районах

Направление оптимизации	Ковровский район Владимирской области	Юрьев-Польский район Владимирской области	Гатчинский район Ленинградской области
<b>Оптимизация системы управления отраслью</b>			
<b>Органы управления здравоохранения</b>	Провести разделение единого для города и района горрайздравотдела таким образом, чтобы в каждом муниципальном образовании функционировал самостоятельный отдел управления здравоохранением	Ввести в состав администрации отдел управления здравоохранением	Ввести в состав администрации отдел управления здравоохранением
<b>Учреждения здравоохранения</b>	Создать единое юридическое лицо – Центральную районную больницу	Создать единое юридическое лицо – Центральную районную больницу	Придать отделу здравоохранения функции ГРБС, ЦГКБ, РБ и ГБ определить в качестве получателей бюджетных средств
<b>Организация бухгалтерского обслуживания</b>	Функционирование отдела бухгалтерского учета и отчетности в составе единого крупного юридического лица – ЦРБ (создание рекомендовано выше)	–	Переименовать подразделение «централизованная бухгалтерия» в составе ЦРБ в «отдел бухгалтерского учета и отчетности». Это автоматически ведет к изменению источника финансирования – из местного бюджета на систему ОМС.
<b>Оптимизация в разрезе видов медицинской помощи</b>			
<b>ФАПы</b>	Установление финансового норматива на годовое содержание ФАПа		
<b>Инфекционные больницы</b>	–	Выделить инфекционную больницу в самостоятельное учреждение и перевести на финансирование из областного бюджета (только по согласованию с субъектом)	
<b>Койки сестринского ухода</b>	Изменить статус коек сестринского ухода в статус медико-социальных и перевести на финансирование из областного бюджета (только по согласованию с субъектом). Для сохранения доступности первичной медико-санитарной помощи в той территории, где расположены койки сестринского ухода в случае отсутствия иных медицинских учреждений или структурных подразделений, открыть ФАП или амбулаторию.		
<b>Дневные стационары</b>	–	Изменить организационную форму дневного стационара: вместо коек дневного пребывания ввести койко-места дневного стационара поликлинического типа	
<b>Поликлиника</b>	Применять нормирование нагрузок внутри поликлиники с установлением внешнего и внутреннего тарифа.		

Направление оптимизации	Ковровский район Владимирской области	Юрьев-Польский район Владимирской области	Гатчинский район Ленинградской области
Врачи общей практики	Подготовить несколько врачей общей практики		Начать применять принципы частичного фондодержания (по согласованию с Комитетом здравоохранения Ленинградской обл.)
Скорая помощь	Отработать показания вызовов скорой помощи в дневное время, наладить взаимодействие врачей поликлиник и врачей скорой помощи.		

Как было уже отмечено, усилий только муниципальных властей недостаточно для создания качественно новой системы оказания социальных услуг. В настоящее время на федеральном уровне в сфере здравоохранения начат и проводится целый ряд серьезных реформ, с реализацией которых связаны надежды на повышение эффективности работы отрасли и, как следствие, качество медицинских услуг. Речь идет о следующих мероприятиях:

- ▶ переход от двухканальной системы финансирования к одноканальной (за счет средств обязательного медицинского страхования);
- ▶ внедрение новых организационно-правовых форм учреждений и механизмов частичного и полного фондодержания участковой службы;
- ▶ введение полного тарифа;
- ▶ развитие рынка платных медицинских услуг.

## Образование

Муниципальным образованиям Владимирской и Ленинградской областей рекомендуется уйти от традиционного метода планирования бюджета и расходной части образовательных учреждений. И международный опыт, и появляющаяся в России практика показывают эффективность механизмов планирования бюджетных средств по подушевому нормативу на финансирование стандартной образовательной услуги. При этом норматив должен определяться с учетом дифференцирующих коэффициентов (в частности, на обучение в сельской школе; на обучение детей в коррекционных классах, гимназических и лицейских классах; в зависимости от ступеней развития и т.д.). Стандартная программа определенного уровня должна предоставляться на одних и тех же условиях как в школах крупных городов, так и в сельских образовательных учреждениях. Внедрение новых подушевых механизмов финансирования в общем среднем образовании, означающих переход от финансирования сети общеобразовательных учреждений к финансированию бюджетных услуг, способствует повышению качества образовательных услуг для всех потребителей независимо от места их проживания.

В качестве основы для расчета итогового норматива расходов на реализацию стандартов общего образования пилотным регионам было предложено использовать базовый норматив расходов на оплату труда педагогических работников в расчете на одного учащегося.

Расходы на оплату труда административного, учебно-вспомогательного, обслуживающего персонала рекомендовано учитывать в общем нормативе оплаты труда на основе нормативно заданной или фактически сложившейся доли данных расходов в общем объеме фонда оплаты труда персонала муниципальных общеобразовательных учреждений. При этом может предусматриваться постепенный переход от сложившегося соотношения расходов на оплату труда педагогического и административно-управленческого персонала к нормативно заданному соотношению.

Расходы на обеспечение учебного процесса, не связанные с оплатой труда, рекомендовано включать в норматив расходов на реализацию государственного стандарта общего образования аналогичным образом, с использованием фактически сложившейся или нормативно заданной доли данных расходов в общем объеме расходов на реализацию стандартов общего образования, финансируемых за счет областного бюджета.

**При этом школы в сельской местности с низкой наполняемостью нужно финансировать с учетом сложившихся условий предоставления образовательных услуг.** В ФЗ-№122 от 22.08.2004 содержится указание на порядок использования нормативно-подушевого финансирования при планировании и финансировании малокомплектных сельских школ: «для малокомплектных сельских и рассматриваемых в качестве таковых органами государственной власти и органами управления образованием образовательных учреждений норматив финансирования должен учитывать затраты, не зависящие от количества обучающихся» (ст.16, п. 21). Для реализации данного положения законодательства РФ на региональном и/или муниципальном уровнях требуется принятие нормативного акта, утверждающего положение о сельских малокомплектных образовательных учреждениях и рассматриваемых в качестве таковых.

При отсутствии механизма перехода на нормативное финансирование на региональном уровне муниципалитетам необходимо для нивелирования возможных проявлений отрицательных социальных последствий в период перехода утвердить на уровне муниципальных районов порядок и условия адаптации. В частности, негативные социальные последствия могут возникнуть в результате сокращения расходов на финансирование отдельных образовательных учреждений, расходы на которые ранее осуществлялись неэффективно.

Определение нормативных затрат производилось на основе рассчитанных нормативов с учетом различного уровня в среднем разряде по оплате труда для городской (13 разряд) и сельской местности (12 разряд). Определение средних разрядов основывалось на фактических данных, предоставленных муниципальными районами за 2006-2007 годы с учетом планируемого регионами перехода на новые отраслевые системы оплаты труда и планируемым в соответствии с этим повышением ставок по оплате труда. Расчет нормативных затрат проводился на численность учащихся, информация о которой была предоставлена муниципальными районами на основе формы № ОШ-1 государственной статистической отчетности.

На основании полученных данных можно сделать некоторые выводы по предварительному анализу «выигравших/проигравших» от внедрения механизма распределения субвенции по образовательным учреждениям на нормативной основе. К малокомплектным школам общий подход расчета нормативных затрат в зависимости от численности учащихся не применялся.

Таблица 5

### Отклонение расходов на оплату труда с начислениями и учебных расходов по расчетам ЦФП от плановых на 2007 год (в разах)

	Ковровский район Владимирской области	Юрьев-Польский район Владимирской области	Гатчинский район Ленинградской области
Стандартное отклонение	<b>0,26</b>	<b>0,33</b>	<b>0,19</b>
Коэффициент вариации	<b>0,26</b>	<b>0,34</b>	<b>0,20</b>
Максимум	<b>1,36</b>	<b>1,67</b>	<b>1,61</b>
Минимум	<b>0,67</b>	<b>0,48</b>	<b>0,68</b>

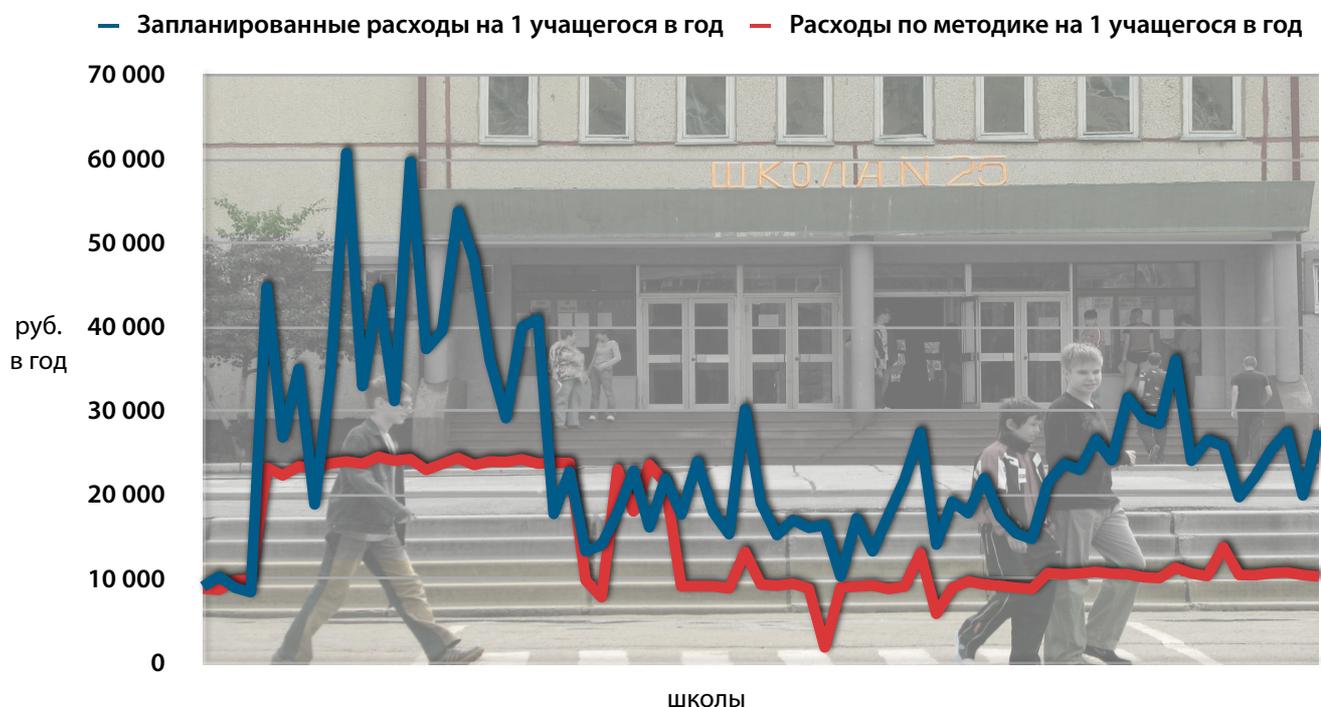
В среднем по всем школам анализируемых районов при переходе на определение расходов на оплату труда с начислениями и учебные расходы с использованием нормативного подушевого подхода выявлен резерв бюджетных средств на реализацию основных общеобразовательных программ. Тем не менее, дифференциация показателя «Отклонение расходов на оплату труда с начислениями и учебных расходов по расчетам ЦФП от плановых» является высокой: коэффициент вариации – 0,2-0,34. В первую

очередь, такая дифференциация расходов складывается в результате наличия большого числа малокомплектных сельских школ. В частности, если руководствоваться критерием размера школы, в соответствии с которым районы определяли школы как малокомплектные, то к малокомплектным можно отнести 68% школ Ковровского района, 37% школ Юрьев-Польского района и 9% школ Гатчинского района.

На Графике 1 проиллюстрировано сокращение уровня дифференциации удельных расходов по оплате труда (практически, отсутствие дифференциации по однотипным школам) в связи с переходом к распределению бюджетных средств по городским и сельским школам с использованием норматива подушевого финансирования (без учета малокомплектных школ).

График 1

### Удельные расходы по оплате труда с начислениями на 2007 год по школам анализируемых районов Владимирской и Ленинградской областей (плановые и с использованием норматива) без учета малокомплектных школ



Предлагаемый методологический подход способствует повышению эффективности финансирования и управления в сфере образования. Применение подушевого финансирования позволит:

- повысить эффективность бюджетных расходов на образование;
- выравнить бюджетную обеспеченность образовательных учреждений;
- распределять бюджетные ресурсы с точки зрения социальной справедливости;
- повысить степень прозрачности бюджетного процесса в отрасли.

Все вышеуказанные преимущества механизма нормативно-подушевого финансирования являются предпосылками для повышения качества и доступности образовательных услуг в муниципальных образованиях.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

---

В целом, ситуация с предоставлением медицинских и образовательных услуг в пилотных муниципалитетах типична для сельских районов России и характеризуется наличием целого ряда проблем, решение которых необходимо для оптимизации процесса предоставления услуг. Возможности по использованию инструментов, применяемых в международной практике для повышения качества услуг, в условиях российской действительности ограничены. Отчасти это связано с законодательными проблемами, которые должны решаться не столько на муниципальном, сколько на федеральном и региональном уровнях, но в большей степени – с низким уровнем жизни населения в сельской местности.

Предложенные для пилотных муниципалитетов меры, применение которых позволит оптимизировать процесс предоставления социальных услуг на селе, рекомендуются для рассмотрения другим муниципальным районам, сталкивающимся со схожими проблемами.