ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ ГОРОДА

АНАЛИЗ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2004-2006 гг.

Москва 2007

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 6

1. Государственная система здравоохранения в Российской Федерации 10

1.1. Общая характеристика организации системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации (сферы ответственности государства в финансовом обеспечении здравоохранения на территории Российской Федерации)..... 10

1.2. Полномочия и расходные обязательства федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере здравоохранения 12

1.3. Федеральные и региональные нормативно-правовые акты, определяющие приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения и направления реформирования (модернизации) системы здравоохранения в Российской Федерации 17

2. Государственная система образования в Российской Федерации 42

2.1. Общая характеристика организации системы финансирования образования в Российской Федерации (сферы ответственности государства в финансовом обеспечении образования на территории Российской Федерации) 42

2.2. Полномочия и расходные обязательства федеральных и региональных органов государственной власти и органов местного самоуправления Российской Федерации в сфере образования 43

2.3. Федеральные и региональные нормативно-правовые акты, определяющие приоритеты государственной политики в сфере образования и направления реформирования (модернизации) системы образования в Российской Федерации 46

3. Анализ государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг. 60

3.1. Анализ объемов государственного финансирования здравоохранения и образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг. 60

3.1.1. Оценка уровня государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в целом и на региональном уровне в 2004-2006 гг. 60

3.1.1.1. Уровень государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в процентах от ВВП 60

3.1.1.2. Уровень государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Чувашской Республике в процентах от ВРП 61

3.1.1.3. Уровень государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Калининградской области в процентах от ВРП 61

3.1.2. Оценка роли федерального бюджета, региональных и местных бюджетов, и государственных внебюджетных фондов Российской Федерации в государственном финансировании здравоохранения и образования в 2004-2006 гг. 62

3.1.2.1. Соотношение ролей федерального бюджета, консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов Российской Федерации в государственном финансировании здравоохранения и образования в Российской Федерации 62

3.1.2.1.1. Соотношение государственных расходов Российской Федерации на финансирование системы здравоохранения, осуществляемых за счет различных источников 62

3.1.2.1.2. Соотношение расходов федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в объеме государственных расходов на финансирование системы образования 63

3.1.2.2. Соотношение ролей республиканского бюджета, местных бюджетов и внебюджетных фондов Чувашской Республики в финансировании здравоохранения и образования в Чувашской Республике *64*

3.1.2.2.1. Соотношение расходов на финансирование системы здравоохранения Чувашской Республики, осуществляемых за счет различных источников 64

3.1.2.2.2. Соотношение расходов республиканского бюджета и местных бюджетов Чувашской Республики в объеме расходов на финансирование системы образования 64

3.1.2.3. Соотношение ролей областного бюджета, местных бюджетов и внебюджетных фондов Калининградской области в финансировании здравоохранения и образования в Калининградской области *66*

3.1.2.3.1. Соотношение расходов на финансирование системы здравоохранения Калининградской области, осуществляемых за счет различных источников 66

3.1.2.3.2. Соотношение расходов областного бюджета и местных бюджетов Калининградской области в объеме расходов на финансирование системы образования 66

3.1.3. Оценка темпов роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг. 68

3.1.3.1. Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение и образование по Российской Федерации в целом *68*

3.1.3.1.1. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения по Российской Федерации в целом 68

3.1.3.1.2. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования по Российской Федерации в целом 69

3.1.3.2. Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение и образование в Чувашской Республике *70*

3.1.3.2.1. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения в Чувашской Республике 70

3.1.3.2.2. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования в Чувашской Республике 71

3.1.3.3. Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение и образование в Калининградской области *71*

3.1.3.3.1. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения в Калининградской области 71

3.1.3.3.2. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования в Калининградской области 72

3.1.4. Оценка степени приоритетности бюджетных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг. 73

3.1.4.1. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Российской Федерации *73*

3.1.4.2. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов федерального бюджета Российской Федерации *74*

3.1.4.3. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Чувашской Республики *74*

3.1.4.4. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Калининградской области *75*

3.1.5. Оценка степени использования программно-целевого подхода к планированию расходов федерального бюджета и региональных бюджетов субъектов Российской Федерации в 2004-2006 гг. 75

3.2. Анализ эффективности системы государственного финансирования здравоохранения в Российской Федерации в 2004-2006 гг. 79

3.2.1. Анализ функциональной и экономической структуры бюджетных расходов на финансирование системы здравоохранения в субъектах Российской Федерации в 2004-2006 гг. 79

3.2.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование здравоохранения в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации 79

3.2.1.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Чувашской Республики 79

3.2.1.1.2. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Калининградской области....80

3.2.1.2. Анализ экономической структуры расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации 81

3.2.1.2.1. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов в структуре расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Чувашской Республики....81

3.2.1.2.2. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов в структуре расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Калининградской области 81

3.2.2. Оценка результатов реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2004-2006 гг. 83

3.2.2.1. Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи 83

3.2.2.1.1. Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике....84

3.2.2.1.2. Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области 85

3.2.2.2. Роль системы ОМС в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.86

3.2.2.2.1. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи 86

3.2.2.2.2. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике....88

3.2.2.2.3. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области 89

3.2.2.3. Соотношение расходов по основным видам медицинской помощи в системе здравоохранения, финансируемым в рамках реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи 90

3.2.2.3.1. Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи....90

3.2.2.3.2. Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике 91

3.2.2.3.3. Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области 91

3.2.3. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Российской Федерации в 2004-2006 гг. 94

3.2.3.1. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в общефедеральном масштабе.....*94*
3.2.3.2. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике.....*96*
3.2.3.3. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Калининградской области.....*97*
3.3. Анализ эффективности системы государственного финансирования образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг.....100
3.3.1. Анализ функциональной и экономической структуры расходов на образование в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах Российской Федерации в 2004-2006 гг.....100
3.3.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации......*100*
3.3.1.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в федеральном бюджете Российской Федерации.....100
3.3.1.1.2. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в консолидированном бюджете Чувашской Республики.....101
3.3.1.1.3. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в консолидированном бюджете Калининградской области.....102
3.3.1.2. Анализ экономической структуры расходов на финансирование системы образования в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации.....*103*
3.3.1.2.1. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов в структуре расходов на финансирование системы образования в Чувашской Республике.....103
3.3.1.2.2. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов в структуре расходов на финансирование системы образования в Калининградской области.....104
3.3.2. Оценка результатов реструктуризации сети учреждений дошкольного и общего образования, как одного из основных направлений повышения эффективности бюджетных расходов на финансирование системы образования Российской Федерации в 2004-2006 гг.....106
3.3.2.1. Оценка результатов оптимизации сети учреждений дошкольного образования в Российской Федерации.....*106*
3.3.2.1.1. Результаты оптимизации сети учреждений дошкольного образования по Российской Федерации в целом.....106
3.3.2.1.2. Результаты оптимизации сети учреждений дошкольного образования в Чувашской Республике.....108
3.3.2.1.3. Результаты оптимизации сети учреждений дошкольного образования в Калининградской области.....109
3.3.2.2. Оценка результатов реструктуризации сети учреждений общего образования в Российской Федерации.....*110*
3.3.2.2.1. Результаты реструктуризации сети учреждений общего образования по Российской Федерации в целом.....110
3.3.2.2.2. Результаты реструктуризации сети учреждений общего образования в Чувашской Республике.....111
3.3.2.2.3. Результаты реструктуризации сети учреждений общего образования в Калининградской области.....113
Заключение.....**115**

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее исследование проведено при поддержке международной неправительственной научно-исследовательской организации в области экономических и социальных наук «The Brookings Institution» (США, Вашингтон).

Целями исследования являются выявление основных тенденций развития систем здравоохранения и образования в Российской Федерации на федеральном и субфедеральном уровне, оценка государственных расходов на здравоохранение и образование в период 2004-2006 гг., оценка эффективности систем финансирования расходов в рассматриваемых отраслях, а также оценка соответствия осуществляемых расходов на финансирование здравоохранения и образования целям и приоритетам государственной политики в данных отраслях.

Анализ государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования на субфедеральном уровне проведен в двух субъектах Российской Федерации – в Чувашской Республике и Калининградской области, входящих в число регионов-лидеров в сфере реформирования и модернизации систем здравоохранения и образования.

Вставка 1.

Социально-экономическое положение Чувашской Республики

Чувашская Республика расположена на востоке Восточно-Европейской равнины, по её территории протекает р. Волга. Площадь территории республики - 18,3 тыс. квадратных километров.

Чувашская Республика располагает запасами общераспространенных полезных ископаемых. На территории республики находится крупнейшее в Европе Порецкое месторождение гипса, ангидрита и доломита.



Численность населения Чувашской Республики по состоянию на 1 января 2007 года составляет 1286,2 тыс. человек, в том числе доля городского населения – 57% (736,6 тыс.чел.), доля сельского населения – 43% (549,6 тыс.чел.). Доля сельского населения в Чувашской Республике заметно выше аналогичного среднероссийского показателя, составляющего 27%.

В возрастной структуре населения республики трудоспособное население составляет 63,3%, население моложе трудоспособного возраста – 17,3%, старше трудоспособного возраста – 19,4%.

Транспортная инфраструктура Чувашской Республики является одной из наиболее развитых в Российской Федерации и наиболее сбалансированной в Поволжье. 97,5% автомобильных дорог в Чувашской Республике по состоянию на 1 января 2006 г. имеют твердое покрытие. В республике реализуется республиканская целевая программа «Модернизация и развитие автомобильных дорог в Чувашской Республике на 2006-2010 годы с прогнозом до 2025 года», предусматривающая значительное увеличение масштабов дорожного строительства в 2007-2009 гг.

Основными отраслями экономики Чувашской Республики являются промышленность, сельское хозяйство, торговля и коммерческая деятельность по реализации товаров и услуг. Валовой региональный продукт Чувашской Республики в

расчете на душу населения возрос с 45,9 тыс. рублей в 2004 году до 53,8 тыс. рублей в 2005 году.

Ключевыми отраслями промышленности Чувашской Республики являются машиностроение и металлообработка, пищевая промышленность, электроэнергетика, химическая и легкая промышленность.

Темпы прироста промышленного производства в Чувашской Республике в 2005 году к уровню 2000 года опережали темпы прироста промышленного производства по Российской Федерации в целом.

Вторым по величине и значимости сектором экономики Чувашской Республики после промышленности является сельское хозяйство.

Сельскохозяйственные угодья составляют 55,5% всех земель республики, пашня - 44,5%. В сельском хозяйстве преобладает мясомолочное животноводство, развиты птицеводство и производство зерна, хмеля и картофеля.

По объему производства сельскохозяйственной продукции в 2005 году республика занимала 38 место среди субъектов Российской Федерации.

Уровень жизни населения в Чувашской Республике увеличивается, о чем, в частности, свидетельствует рост денежных доходов населения. Доходы населения республики в реальном выражении увеличились в 2006 году по сравнению с 2000 годом в 1,6 раза, по отношению к предыдущему году рост в 2005 году составил 110%, в то время как по Российской Федерации этот показатель равнялся 109%.

Доля населения с доходами ниже прожиточного минимума в Чувашской Республике снизилась с 51,3% в 2000 году до 26,1% в 2005 году.

Результаты исследования представлены в виде отчета, состоящего из трех разделов и заключительной части.

В *первом разделе* рассматриваются общая характеристика организации системы здравоохранения в Российской Федерации, полномочия и расходные обязательства федеральных и региональных органов государственной власти и органов местного самоуправления в сфере здравоохранения, источники государственного финансирования системы здравоохранения, а также приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения на федеральном и субфедеральном уровнях и направления реформирования (модернизации) системы здравоохранения в Российской Федерации.

Во *втором разделе* рассматриваются организация системы образования в Российской Федерации, полномочия и расходные обязательства федеральных и региональных органов государственной власти и органов местного самоуправления в сфере образования, источники государственного финансирования образования в Российской Федерации, а также федеральные и региональные нормативные акты, определяющие приоритеты государственной политики в сфере образования в анализируемый период и направления реформирования (модернизации) системы образования в Российской Федерации.

В *третьем разделе* отчета представлен анализ государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в период 2004-2006 гг. Методология анализа имеет комплексный характер и охватывает практически все основные аспекты государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации.

В *подразделе 3.1. третьего раздела* рассмотрены общегосударственные тенденции в сфере финансирования здравоохранения и образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг.: уровень расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в процентах от ВВП, роль бюджетов различных уровней бюджетной системы и средств, аккумулируемых в государственных внебюджетных

фондах, в финансировании исследуемых отраслей, темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения и образования на федеральном и субфедеральном уровнях, степень приоритетности бюджетных расходов на финансирование здравоохранения и образования, а также оценка степени использования программно-целевого подхода к планированию расходов федерального и региональных бюджетов.

В *подразделе 3.2. третьего раздела* проанализирована функциональная и экономическая структура бюджетных расходов на финансирование здравоохранения в федеральном бюджете и консолидированных бюджетах двух исследуемых регионов, доля инвестиционной составляющей расходов на здравоохранение, представлена оценка результатов реализации Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2004-2006 гг. (федеральной программы и территориальных программ Чувашской Республики и Калининградской области), роль системы обязательного медицинского страхования в реализации программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации программ государственных гарантий, а также представлена оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Российской Федерации в 2004-2006 гг.

В *подразделе 3.3. третьего раздела* проанализирована функциональная и экономическая структура бюджетных расходов на финансирование образования в федеральном бюджете и консолидированных бюджетах двух исследуемых регионов, доля инвестиционной составляющей расходов на образование, а также представлена оценка результатов реструктуризации сети учреждений дошкольного и общего образования, как одного из основных направлений повышения эффективности бюджетных расходов на финансирование системы образования Российской Федерации в 2004-2006 гг.

В *заключительной части* отчета обобщены выводы, сделанные на основании проведенного исследования теоретических и практических аспектов государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования, а также представлены рекомендации федеральным и региональным органам государственной власти по повышению эффективности и результативности расходов в исследуемых областях.

Вставка 2.

Социально-экономическое положение Калининградской области

Калининградская область расположена на юго-восточном побережье Балтийского моря и является самым западным регионом Российской Федерации, полностью отделенным от остальной территории страны сухопутными границами иностранных государств (Польши и Литвы) и Балтийским морем.



Площадь Калининградской области составляет 15,1 тыс. квадратных километров.

Область располагает значительными запасами природных ресурсов: на её территории находится крупнейшее в мире месторождение янтаря, имеется высококлассная (с низким содержанием серы) нефть.

Численность населения Калининградской области по состоянию на 1 января 2007 года составляет 937,4 тыс. человек, в том числе доля городского населения – 77% (719,7 тыс. чел.), доля сельского населения – 23% (217,7 тыс. чел.). Доля городского населения в Калининградской области выше аналогичного среднероссийского показателя, составляющего 73%.

В возрастной структуре населения 64,9% составляет трудоспособное население, 15,3% - население моложе трудоспособного возраста, 19,8% - старше трудоспособного возраста.

В Калининградской области 100% автомобильных дорог имеют твердое покрытие. Транспортная инфраструктура Калининградской области является одной из наиболее развитых, как по сравнению с другими субъектами Российской Федерации, так и со странами Балтийского региона.

Железная дорога является ключевым видом транспорта, связывающим Калининградскую область с остальной территорией России: по железной дороге в область доставляется до 80% всех грузов. Железнодорожные пути имеют выходы в сопредельные государства: Литву и Польшу.

Морской порт Калининграда является единственным незамерзающим портом Российской Федерации на Балтике и обеспечивает 4% российского рынка морских перевозок.

Основными отраслями экономики Калининградской области являются промышленность, торговля и коммерческая деятельность по реализации товаров и услуг, строительство, транспорт и связь. Валовой региональный продукт Калининградской области в расчете на душу населения возрос с 70,4 тыс. рублей в 2004 г. до 86,0 тыс. рублей в 2005 г.

Промышленный комплекс играет ключевую роль в экономике Калининградской области. Основными отраслями промышленности области являются нефтедобывающая и пищевая (преимущественно рыбная) промышленность. Существенную роль также играют машиностроение и целлюлозно-бумажное производство.

Темпы прироста промышленного производства в области по итогам развития за 2001-2004 годы значительно превышали аналогичный показатель по Российской Федерации в целом. В 2005 году в Калининградской области темпы прироста промышленного производства были наивысшими среди регионов Северо-западного федерального округа Российской Федерации (объединяющего 11 регионов). Рост промышленного производства в Калининградской области, прежде всего, обеспечен за счет увеличения объемов добычи нефти. По объему добычи нефти Калининградская область в 2005 году заняла 21 место среди субъектов Российской Федерации.

Машиностроительный комплекс области, предприятия которого в основном сосредоточены в Калининграде, производит суда, вагоны, краны, электрооборудование, электронное и оптическое оборудование.

Уровень жизни населения в Калининградской области ежегодно увеличивается, о чем свидетельствует, в частности, рост реальных денежных доходов населения. В 2005 году денежные доходы населения области возросли в реальном выражении на 21% по сравнению с уровнем 2004 года, тогда как в среднем по Российской Федерации прирост данного показателя составил 9%.

Доля населения с доходами ниже прожиточного минимума в области снизилась с 39,1% в 2001 году до 20% в 2005 году. В период с 2001 по 2004 год доля населения с доходами ниже прожиточного минимума в области была выше, чем в среднем по России, однако уже в 2006 году доля уменьшилась до 15%, что ниже среднероссийского показателя.

1. ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

1.1. Общая характеристика организации системы финансирования здравоохранения в Российской Федерации (сферы ответственности государства в финансовом обеспечении здравоохранения на территории Российской Федерации)

Право каждого гражданина Российской Федерации на охрану здоровья и медицинскую помощь гарантируется Конституцией Российской Федерации и является одним из важнейших социальных прав человека и гражданина.

Основополагающую роль в законодательном регулировании вопросов охраны здоровья играют Закон Российской Федерации от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» и Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 г. №1499-I «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Наряду с указанными фундаментальными нормативными актами федеральные законы устанавливают правовые основы государственной политики в конкретных областях охраны здоровья граждан и конкретные механизмы такой охраны.

Осуществление федеральной государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработка, утверждение и финансирование федеральных целевых программ по развитию здравоохранения возлагаются на Правительство Российской Федерации. Федеральные целевые программы включают в себя комплексные мероприятия по профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения, развитию отдельных форм здравоохранения. Субъекты Федерации разрабатывают и реализуют собственные региональные программы охраны здоровья населения.

В Российской Федерации формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья является внедренная в 1992 году *система медицинского страхования*, ставшая стратегическим направлением развития отечественного здравоохранения. Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Порядок обеспечения граждан медицинской помощью подробно регламентирован в Законе РФ от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В системе медицинского страхования граждане Российской Федерации имеют право на:

- обязательное и добровольное медицинское страхование;
- выбор медицинской страховой организации;
- выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;
- получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;
- получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;
- предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба.

В Российской Федерации существует два вида медицинского страхования: обязательное и добровольное.

(1) **Обязательное** медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам *равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи*, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления - *для неработающего населения*; организации, физические лица, зарегистрированные в качестве индивидуальных предпринимателей, частные нотариусы, адвокаты и физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками - *для работающего населения*.

Объем и уровень помощи, оказываемой в рамках системы обязательного медицинского страхования, определяется базовой программой обязательного медицинского страхования, которая разрабатывается Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и утверждается Правительством Российской Федерации. Базовая программа обязательного медицинского страхования определяет минимальный уровень требований к *бесплатной* медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования.

Часть 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации устанавливает, что медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам *бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений*. В соответствии с Законом «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», конкретизирующим указанную норму Конституции Российской Федерации, государство гарантирует оказание следующих видов бесплатной медико-социальной помощи гражданам:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой медицинской помощи;
- специализированной медицинской помощи;
- медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями;
- медико-социальной помощи гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с *Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи*, ежегодно утверждаемой Правительством Российской Федерации. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объемов медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования. Также Программа может определять условия оказания медицинской помощи, критерии качества и доступности медицинской помощи.

В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут определять дополнительные условия, виды и объемы оказания медицинской помощи.

Финансирование Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет **средств бюджетов всех уровней**, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Таким образом, Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусматривает создание единых подходов к планированию расходов на здравоохранение из бюджетов всех уровней и за счет средств ОМС и повышение эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения. В связи с этим Программа существенно повышает роль стратегического и текущего планирования в отрасли здравоохранения. Определение расходов медицинских учреждений должно ориентироваться на финансирование гарантированных объемов медицинской помощи, а не на ресурсы, необходимые для содержания медицинских учреждений.

Базовая программа ОМС - составная часть «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Базовая программа ОМС, утвержденная Правительством Российской Федерации, определяет виды медицинской помощи, в том числе специализированные, которые предоставляются гражданам Российской Федерации бесплатно за счет средств обязательного медицинского страхования. На ее основе разрабатываются и утверждаются территориальные программы ОМС.

(2) Наряду с гарантированной бесплатной медицинской помощью граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги за счет **добровольного** медицинского страхования[1], осуществляемого на основе программ добровольного медицинского страхования. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, и (или) предприятия, представляющие интересы граждан.

1.2. Полномочия и расходные обязательства федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере здравоохранения

В соответствии с Законом «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» охрана здоровья населения в Российской Федерации обеспечивается государственной, муниципальной и частной системами здравоохранения (статьи 12-14 Закона).

К **государственной** системе здравоохранения относятся федеральные органы исполнительной власти и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, Российская академия медицинских наук, а также находящиеся в государственной собственности и подчиненные федеральным органам исполнительной власти или органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения лечебно-профилактические и научно-исследовательские учреждения, образовательные учреждения, фармацевтические предприятия и организации, аптечные учреждения, санитарно-профилактические учреждения, территориальные органы, созданные в установленном порядке для осуществления санитарно-эпидемиологического надзора, учреждения судебно-медицинской экспертизы, службы материально-технического обеспечения, предприятия

[1] В рамках проводимого исследования механизм добровольного медицинского страхования и осуществляемые в связи с ним расходы не рассматриваются.

по производству медицинских препаратов и медицинской техники и иные предприятия, учреждения и организации.

К **муниципальной** системе здравоохранения относятся органы местного самоуправления, уполномоченные на осуществление управления в сфере здравоохранения, а также находящиеся в муниципальной собственности медицинские, фармацевтические и аптечные организации, которые являются юридическими лицами.

К **частной**[2] системе здравоохранения относятся лечебно-профилактические и аптечные учреждения, имущество которых находится в частной собственности, а также лица, занимающиеся частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью.

Полномочия государственных органов власти и органов местного самоуправления *в сфере здравоохранения* определены в статьях 5,6 и 8 Закона Российской Федерации от 22 июля 1993 г. №5487-1 «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан»[3].

В сферу компетенции федеральных органов государственной власти входят полномочия, связанные с установлением законодательных основ государственной политики в области охраны здоровья граждан, разработкой и реализацией федеральных программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения, установлением стандартов медицинской помощи и контролем за их соблюдением; разработкой и утверждением программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающей в себя базовую программу обязательного медицинского страхования; установлением тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование граждан Российской Федерации.

Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации связаны с принятием законодательных и иных правовых актов, контролем за их соблюдением и исполнением; разработкой и реализацией программ по развитию здравоохранения, профилактике заболеваний, оказанию медицинской помощи, медицинскому образованию населения и другим вопросам в области охраны здоровья граждан; формированием расходов бюджетов субъектов Российской Федерации на здравоохранение в части оказания специализированной медицинской помощи в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских организациях; оказанием специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи.

К компетенции органов местного самоуправления в вопросах охраны здоровья относятся полномочия, связанные с контролем за соблюдением законодательства в области охраны здоровья граждан, соблюдением стандартов медицинской помощи; организацией первичной медико-санитарной помощи в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных учреждениях, включая обеспечение указанных медицинских организаций лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на подведомственной территории; организацией медицинской помощи женщинам в период беременности, во время и после родов; организацией скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной) и обеспечением ее доступности.

[2] В рамках проводимого исследования частная система здравоохранения не рассматривается.

[3] В рамках проводимого исследования из широкого перечня полномочий государственных органов власти и органов местного самоуправления в области здравоохранения рассмотрены лишь отдельные полномочия, имеющие отношение к финансированию и определению приоритетов государственной политики в области здравоохранения.

Источники финансирования системы здравоохранения в Российской Федерации.

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации являются средства федерального бюджета Российской Федерации, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов; средства государственных и общественных организаций и предприятий; личные средства граждан; безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования и т.п.

Из этих источников формируются финансовые средства *государственной, муниципальной систем здравоохранения и финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования*, предназначенные для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения.

Финансовое обеспечение деятельности *федеральных организаций здравоохранения* является расходным обязательством Российской Федерации.

Финансовое обеспечение деятельности *организаций здравоохранения, подведомственных субъектам Российской Федерации*, является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Финансовое обеспечение деятельности *организаций муниципальной системы здравоохранения* является расходным обязательством муниципального образования.

Финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения используются для:

- финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ, утвержденных федеральными и региональными органами государственной власти и органами местного самоуправления;
- обеспечения профессиональной подготовки кадров;
- финансирования научных исследований;
- развития материально-технической базы учреждений здравоохранения;
- субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению по обязательному медицинскому страхованию;
- оплаты особо дорогостоящих видов медицинской помощи;
- финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях;
- оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения.

Финансовые средства *государственной системы обязательного медицинского страхования* формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Для реализации государственной политики в системе обязательного медицинского страхования создаются Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование и обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности Российской Федерации, не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Итак, оказание медицинской помощи на территории Российской Федерации финансируется за счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, а также средств бюджетов

всех уровней бюджетной системы Российской Федерации в соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Разграничение расходных обязательств Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований по финансовому обеспечению мероприятий по оказанию тех или иных видов медицинской помощи закреплено в Законе Российской Федерации «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (статьи 38-42 Закона).

Медицинская помощь, предоставляемая за счет средств **федерального бюджета**:

- Специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях.
- Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в специализированных медицинских организациях в соответствии с установленным государственным заданием.
- Осуществление дополнительных мероприятий по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных социально значимых заболеваний).
- Дополнительная бесплатная медицинская помощь, оказываемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, предусматривающая обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами. Финансирование указанной медицинской помощи осуществляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования за счет средств, передаваемых из федерального бюджета, исходя из норматива финансовых затрат на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, включенных в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи.
- Дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации).

Медицинская помощь, предоставляемая за счет средств **бюджетов субъектов Российской Федерации**:

- Специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь.
- Специализированная медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических диспансерах и других специализированных медицинских организациях субъектов Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период4.

[4] В Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год в указанный перечень также входит специализированная медицинская помощь, оказываемая при ВИЧ-инфекции и онкологических заболеваниях.

- Высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских организациях субъектов Российской Федерации.

Расходы бюджетов субъектов Российской Федерации включают в себя обеспечение медицинских организаций субъектов Российской Федерации лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, а также донорской кровью и ее компонентами.

В соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации в отношении отдельных категорий граждан осуществляются дополнительные меры по оказанию медицинской помощи и лекарственному обеспечению.

Медицинская помощь, предоставляемая за счет средств **местных бюджетов**:

- Скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной).
- Первичная медико-санитарная помощь, оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях.
- Медицинская помощь, оказываемая женщинам в период беременности, во время и после родов, а также детям при отдельных состояниях, возникающих у них в перинатальный период.

Расходы местных бюджетов включают в себя обеспечение организаций муниципальной системы здравоохранения лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами.

За счет средств **обязательного медицинского страхования** в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предоставляется *амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь*, включая:

- обеспечение лекарственными средствами при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях, а также при беременности, родах, в послеродовой период и при абортах;
- осуществление мероприятий по профилактике (в том числе по проведению профилактических прививок, профилактических осмотров и диспансерного наблюдения граждан, в том числе здоровых детей), диагностике и лечению заболеваний, а также по профилактике абортов.

1.3. Федеральные и региональные нормативно-правовые акты, определяющие приоритеты государственной политики в сфере здравоохранения и направления реформирования (модернизации) системы здравоохранения в Российской Федерации

Стратегической целью государственной политики в сфере здравоохранения Российской Федерации на протяжении последнего десятилетия является повышение доступности, качества и эффективности медицинской помощи для широких слоев населения.

В 1997 г. Правительство Российской Федерации одобрило Концепцию развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации[5], которая стала стратегическим ориентиром реформирования отрасли.

В Концепции отмечалось ухудшение состояния здоровья населения Российской Федерации, кризис деятельности медицинских учреждений, недостаточные размеры финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней и за счет средств ОМС, не обеспечивающие население бесплатными медицинскими услугами, неэффективность использования финансовых и материальных ресурсов и усиление диспропорций в предоставлении медицинской помощи.

В связи с этим отмечалась необходимость реализации стратегии реформирования здравоохранения с целью сохранения и улучшения здоровья людей, сокращения прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения. Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

- активизация деятельности по профилактике заболеваний;
- сокращение сроков восстановления утраченного здоровья населения путем внедрения в медицинскую практику современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении.

В Концепции были рассмотрены **основные направления развития российского здравоохранения**, включающие:

- совершенствование организации медицинской помощи;
- совершенствование системы финансирования здравоохранения;
- обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия;
- государственные гарантии по предоставлению бесплатной медицинской помощи и защита прав пациентов;
- развитие медицинской науки;
- совершенствование медицинского образования и кадровой политики;
- совершенствование лекарственного обеспечения;
- расширение социальной базы здравоохранения.

Концепция не только обозначила основные пути реформирования отрасли, но и наполнила их конкретным содержанием. На ее основе были разработаны нормативно-правовые документы по многим направлениям развития российского здравоохранения, включая совершенствование отраслевых финансово-экономических отношений.

В 2000 г. Правительство РФ одобрило Концепцию охраны здоровья населения Российской Федерации на период до 2005 г.[6]

На основе Концепции был разработан комплекс мероприятий в области обеспечения охраны здоровья населения, предусматривающий объединение усилий

[5] Постановление Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации»

[6] Распоряжение Правительства РФ от 31 августа 2000 г. №1202-р

федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, организаций и граждан.

Целью Концепции провозглашалась стабилизация показателей здоровья населения путем реализации первоочередных мер, направленных на изменение образа жизни людей, формирование у них приоритетного отношения к проблеме здоровья, ориентированного на минимизацию факторов, негативно влияющих на здоровье. В Концепции отмечалась необходимость проведения структурных преобразований в системе здравоохранения с целью усиления мероприятий, направленных на охрану здоровья населения и профилактику заболеваний. Отмечалась необходимость увеличения финансирования первичного звена здравоохранения – амбулаторно-поликлинических учреждений с целью усиления профилактической направленности их работы и укрепления нормативной и финансовой базы деятельности врача общей практики.

В соответствии с положениями посланий Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию Российской Федерации на 2005 и 2006 годы **приоритетами** государственной политики в сфере здравоохранения являются:

- снижение заболеваемости населения социально значимыми заболеваниями;
- совершенствование и внедрение методов профилактики и ранней диагностики социально значимых заболеваний;
- повышение эффективности лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях.

К основным социально значимым заболеваниям в Российской Федерации относятся[7]:

- туберкулез;
- инфекции, передающиеся преимущественно половым путем;
- вирусные гепатиты В и С;
- заболевание, вызываемое вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция);
- злокачественные новообразования;
- сахарный диабет;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением.

Механизмом реализации приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения являются разрабатываемые Правительством Российской Федерации *федеральные целевые программы*.

В период 2002-2006 гг. была реализована федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)»[8].

Для дальнейшей реализации государственной политики в сфере здравоохранения Правительством Российской Федерации разработана и утверждена федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)»[9], которая включает в себя 9 подпрограмм: «Сахарный диабет», «Туберкулез», «ВИЧ-инфекция», «Онкология», «Инфекции, передаваемые половым путем», «Вирусные гепатиты», «Психические расстройства», «Артериальная гипертония», «Вакцинопрофилактика».

---

[7] Перечень социально значимых заболеваний утвержден Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. №715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»

[8] Постановление Правительства РФ от 13 ноября 2001 г. №790.

[9] Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 г. №280.

Мероприятия данной федеральной целевой программы (далее – Программа) направлены на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально значимых заболеваниях, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих этими заболеваниями. Для достижения указанных целей в Программе предусмотрено решение следующих задач:

- совершенствование методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях;
- разработка и внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях на основе передовых технологий;
- строительство и реконструкция специализированных медицинских учреждений.

В Бюджетном послании Федеральному Собранию Российской Федерации о бюджетной политике в 2008 - 2010 годах, определяющем основные направления и ориентиры бюджетной политики, отмечается: «В практику деятельности Правительства Российской Федерации необходимо внедрить современные методы оценки эффективности бюджетных расходов с точки зрения конечных целей социально-экономической политики, обязательное соизмерение с этими целями достигнутых результатов. Уже на этапе разработки отдельных мероприятий и комплексных программ Правительству Российской Федерации следует определять конечные цели реализуемых действий и процедуры оценки последствий этих действий. Увеличение расходов на образование и здравоохранение должно быть непосредственно увязано с достижением конкретных результатов по повышению качества и доступности соответствующих услуг».

Во исполнение положений вышеуказанного Бюджетного послания, для каждой из девяти подпрограмм в Программе сформулированы цели, а также разработаны и утверждены в разбивке по годам (2007-2011 гг.) целевые индикаторы и показатели достижения поставленных целей для проведения мониторинга эффективности реализации программных мероприятий. В рамках каждой подпрограммы предусмотрена реализация комплекса мероприятий, взаимоувязанных по целям, ресурсам, срокам реализации и исполнителям.

Направления *реформирования и модернизации системы здравоохранения* определены в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006 - 2008 годы)[10].

В соответствии с данной Программой **основными направлениями реформирования и модернизации системы здравоохранения Российской Федерации на современном этапе являются**:

1) Развитие стандартизации в сфере здравоохранения.

Разработка и утверждение для каждого вида заболеваний стандартов оказания медицинской помощи, включающих перечни медицинских услуг и лекарственных средств, позволят конкретизировать гарантируемые объемы оказания бесплатной медицинской помощи.

2) Модернизация системы обязательного медицинского страхования, включающая:

- преобразование действующей бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на страховом принципе, то есть двухканальная система поступления финансовых средств в медицинскую организацию уступит место преимущественно одноканальной системе;

[10] Распоряжение Правительства РФ от 19 января 2006 г. №38-р

- перенесение части финансовой ответственности в негосударственный сектор. Развитие участия страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования необходимо для создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций. Одним из основных условий достижения конкуренции является реальный выбор самими застрахованными страховой медицинской организации;
- укрепление финансовой основы системы обязательного медицинского страхования путем реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования и более жестких обязательств бюджетов субъектов Российской Федерации по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения. Страховые взносы субъекта Российской Федерации на обязательное медицинское страхование неработающего населения должны устанавливаться в размере не меньшем, чем размер, обеспечивающий сбалансированность суммы средств из всех источников, предназначенных для финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования, и ее стоимости.

3) Совершенствование системы оказания медицинской помощи, в том числе:

- обеспечение приоритетного развития первичной медико-санитарной помощи с акцентом на профилактику заболеваний;
- повышение доступности высоких медицинских технологий в кардиохирургии, онкологии, травматологии;
- перемещение части объемов оказания медицинской помощи со стационарного этапа на амбулаторный, сокращение части излишних мощностей больниц и использование их для реабилитационного лечения и оказания медико-социальной помощи;
- преобразование значительной части медицинских учреждений в новые организационно-правовые формы государственных (муниципальных) автономных учреждений, обладающих большей самостоятельностью в использовании ресурсов и получающих эти ресурсы за результаты своей деятельности;
- обеспечение перехода от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты конкретных объемов оказания медицинской помощи;
- переход к новым методам оплаты труда медицинских работников, введение системы материального стимулирования по конечным результатам деятельности.

4) Обеспечение доступа граждан к эффективным, безопасным и качественным лекарственным средствам, формирование комплексной программы лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан.

Для этого будут реализованы следующие мероприятия:

- внедрение в практику здравоохранения эффективных механизмов финансирования лекарственного обеспечения населения, в первую очередь социально незащищенных категорий граждан;
- внедрение дополнительного медицинского страхования лекарственного обеспечения граждан (лекарственное страхование);
- совершенствование системы государственного регулирования цен на лекарственные средства;
- совершенствование механизмов государственного контроля деятельности субъектов обращения лекарственных средств с учетом международных

регуляторных требований.

5) Улучшение состояния здоровья детей и женщин путем повышения доступности и качества медицинской помощи.

Решение данной задачи будет реализовываться путем:

- расширения и интенсификации профилактической деятельности, включая всеобщую диспансеризацию детей;
- расширения видов специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи;
- внедрения высокотехнологичных методов диагностики и профилактики наследственных и врожденных заболеваний, пороков развития у детей;
- развития перинатальной помощи;
- осуществления системы эффективных мер по сохранению и восстановлению репродуктивного здоровья;
- разработки и реализации мер по улучшению показателей здоровья подростков, в том числе юношей допризывного и призывного возрастов.

6) Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия за счет усиления и совершенствования мер, направленных на профилактику социально значимых заболеваний и снижения риска воздействия неблагоприятных факторов среды обитания на население.

7) Повышение качества профессиональной подготовки и переподготовки кадров в сфере здравоохранения и конкурентоспособности российского диплома о высшем медицинском образовании. Для этого планируется завершить формирование системы медицинского и фармацевтического образования в соответствии с международными требованиями. Будет совершенствоваться единая национальная система контроля качества подготовки специалистов на всех этапах непрерывного образования.

8) Создание принципиально новых эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, а также лекарственных средств и диагностических препаратов нового поколения на базе развития биомедицинских исследований, фармацевтики и применения биотехнологий.

Реализация вышеперечисленных мер направлена на модернизацию системы здравоохранения Российской Федерации, создание устойчивой основы для дальнейшего развития здравоохранения, повышение доступности и качества медицинской помощи, укрепление здоровья населения, снижение уровня заболеваемости, инвалидности и смертности.

С целью придания импульса преобразованиям в здравоохранении с 2006 года в сфере здравоохранения Российской Федерации реализуется **национальный проект «Здоровье»**. Национальный проект «Здоровье» направлен на модернизацию отдельных, четко определенных сегментов системы медицинской помощи в Российской Федерации и включает в себя два направления:

- Развитие первичной медико-санитарной помощи.
- Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

По направлению «**Развитие первичной медико-санитарной помощи**» реализуются следующие основные мероприятия:

1. Дополнительная подготовка врачей по специальностям «Общая врачебная практика (семейная медицина)», «Терапия» и «Педиатрия».
2. Осуществление дополнительных денежных выплат участковым врачам-терапевтам, участковым врачам-педиатрам, врачам общей (семейной) практики,

медицинским сестрам, работающим с названными врачами.

3. Осуществление дополнительных денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи.
4. Оснащение диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений.
5. Обновление парка санитарного автотранспорта службы скорой медицинской помощи.
6. Проведение мероприятий по профилактике, выявлению и лечению ВИЧ-инфицированных и инфицированных вирусом гепатита В и С.
7. Проведение дополнительной иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок, формирование у населения культуры здоровья, повышение мотивации к его сохранению.
8. Обследование новорожденных детей.
9. Оплата медицинской помощи, оказанной во время беременности, родов и в послеродовом периоде женщинам и детям первого года жизни.
10. Проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан и дополнительных медицинских осмотров работников, занятых на производствах с вредными и опасными производственными факторами, направленных на предупреждение и раннее выявление заболеваний.
11. Дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказываемой работающим гражданам и неработающим пенсионерам.

Согласно действующему законодательству, организация первичной медико-санитарной помощи является расходным обязательством муниципальных образований. Однако учитывая недостаточно удовлетворительное состояние муниципальной сети учреждений здравоохранения и недостаточную для крупномасштабных преобразований финансовую базу муниципальных образований, Правительство Российской Федерации осуществляет дополнительное финансирование и реализует дополнительные меры, направленные на укрепление именно муниципального звена медицинской помощи.

По направлению «**Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью**» предусмотрена реализация следующих мероприятий:

1. Строительство 15 новых медицинских центров, способных с учетом достижений медицинской науки совершить прорыв отечественного здравоохранения в области высоких медицинских технологий.
2. Перевод федеральных специализированных учреждений на работу в условиях государственного заказа и оказание высокотехнологичной медицинской помощи на основе государственного задания.
3. Организация подготовки медицинских кадров для новых центров высокотехнологичной медицинской помощи.

Развитие сети федеральных медицинских учреждений необходимо в силу низкой доступности высокотехнологичной медицинской помощи для граждан России, особенно для детей. Поэтому строительство данных центров запланировано в субъектах Российской Федерации с развитой транспортной системой и городской инфраструктурой. Приоритетными направлениями развития высокотехнологичной медицинской помощи являются *сердечно-сосудистая хирургия, травматология, ортопедия и эндопротезирование, нейрохирургия и репродуктивные технологии*.

Таким образом, целями реализации национального проекта «Здоровье» являются:

- укрепление и развитие первичной медико-санитарной помощи (смещение акцента оказания эффективной медицинской помощи на уровень первичного звена (догоспитальный этап), где начинает и заканчивает обследование и

лечение преобладающая доля населения, обращающегося за медицинской помощью);

- усиление профилактической направленности здравоохранения;
- удовлетворение потребности населения в дорогостоящих высокотехнологичных видах медицинской помощи.

С 2007 года в Российской Федерации реализуется *пилотный проект по модернизации здравоохранения, направленный на повышение качества услуг в сфере здравоохранения* (далее - пилотный проект), по отношению к которому мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье» носят подготовительный характер.

Постановлением Правительства Российской Федерации утверждены Правила[11], в соответствии с которыми основными направлениями реализации пилотного проекта, способствующими проведению структурных преобразований в сфере здравоохранения, являются:

1. ориентация на конечный результат с поэтапным переводом учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования;
2. обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи;
3. осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу, и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов;
4. реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда (объема и качества оказанной медицинской помощи);
5. обеспечение учета объемов оказанной медицинской помощи (введение системы персонифицированного учета) в системе обязательного медицинского образования.

Для участия в пилотном проекте проводился конкурсный отбор субъектов Российской Федерации. На основании разработанных Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации критериев, в основу которых положены макроэкономические, финансовые и организационные показатели, а также учтено наличие систем учета оказанных объемов медицинских услуг и контроля качества оказанной медицинской помощи в системе ОМС, были отобраны 19 субъектов Российской Федерации.

Каждый из 19 отобранных субъектов Российской Федерации реализует определенное число направлений пилотного проекта. В число 9 субъектов Российской Федерации, реализующих все пять направлений пилотного проекта, входят Чувашская Республика и Калининградская область.

Объем финансовых средств, предоставляемый субъектам Российской Федерации на проведение пилотного проекта из фонда ОМС, находится в прямо-пропорциональной зависимости от уровня бюджетной обеспеченности субъекта Российской Федерации.

[11] Постановление Правительства РФ от 19 мая 2007 г. №296 «Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию в субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации»

ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

Охрана и укрепление здоровья населения является одной из главных задач социально-экономической политики правительства Чувашской Республики. Активные процессы реформирования отрасли здравоохранения в Чувашской Республике продолжаются уже более 10 лет. В 1995 году была принята Комплексная программа развития здравоохранения Чувашской Республики на 1995-1997 гг., в 1998 г. - Концепция развития здравоохранения на период до 2005 года.

Во исполнение Указа Президента Чувашской Республики «Об организации движения «Чувашия - здоровый регион»[12], Послания Президента Чувашской Республики Государственному Совету Чувашской Республики «Путь к благополучию - через духовность и здоровый образ жизни» (2004 год) была разработана **Концепция охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 годы**[13], послужившая основой для структурной реорганизации здравоохранения и разработки комплекса мероприятий в области охраны, укрепления и восстановления здоровья населения Чувашской Республики.

Целями формирования и реализации Концепции являются:

- создание основ устойчивого экономического и духовного развития Чувашской Республики, обеспечения высокого качества жизни, укрепления и развития генофонда нации;
- обеспечение здоровой, активной и творческой жизни населения как основной задачи государственной социальной политики по обеспечению стабильности и благополучия общества;
- ориентация общества на здоровье как социальное свойство личности, обеспечивающее в условиях рыночной экономики конкурентоспособность, благополучие семьи, профессиональное долголетие, активную старость.

В соответствии с Концепцией достижение данных целей планируется за счет комплексного воздействия на *5 основополагающих детерминант здоровья населения, сгруппированных в Концепции*:

1) Социально-экономические условия.

Основу стратегии улучшения социально-экономических условий жизни в Чувашской Республике, как важнейшей детерминанты здоровья, составляет Комплексная программа экономического и социального развития Чувашской Республики на 2003-2010 годы и Территориальная комплексная схема градостроительного планирования развития территории Чувашской Республики.

2) Состояние окружающей среды.

Стратегия улучшения окружающей среды (природной среды обитания) включает мероприятия по обеспечению населения качественной и безопасной питьевой водой, снижению техногенной нагрузки на окружающую среду, создание санитарно-защитных зон вокруг промышленных предприятий, повышение благоустройства населенных пунктов, создание действенного контроля за безопасностью потребляемых продуктов.

3) Состояние производственной среды.

Стратегия улучшения производственной среды включает создание «Национального регистра» по профессиональной заболеваемости, травматизму и инвалидности; развитие психологической и психотерапевтической помощи для категории работающих, испытывающих профессиональный стресс и повышенные психоэмоциональные нагрузки; прочие меры, направленные на охрану труда.

4) Образ жизни.

[12] Указа Президента Чувашской Республики от 19 февраля 2004 г. №15

[13] Указ Президент Чувашской Республики от 18.06.2004 №65

Стратегия формирования здорового образа жизни включает популяризацию здорового образа жизни; обеспечение доступности большинству населения спортивно-оздоровительных учреждений; организацию производства и продажи экологически чистых и обогащенных биологически ценными ингредиентами продуктов питания, полезных для здоровья; внедрение новых технологий производства, форм и методов питания в школьных и дошкольных учреждениях, направленных на улучшение качества питания детей; организацию контроля за рациональным контролируемым потреблением лекарственных препаратов, внедрение принципов ответственного самолечения.

5) Развитие профилактической направленности медико-санитарной помощи.

Задачей сектора здравоохранения является расширение профилактической направленности в работе первичного звена и его центральной составляющей – врачей общей (семейной) практики. На повышение эффективности работы сектора здравоохранения направлены мероприятия Стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике на 2003 - 2010 годы, утвержденного Постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики. Мероприятия Стратегического плана реструктуризации предусматривают рациональное и эффективное использование ресурсов, внедрение инновационных технологий профилактики, ранней диагностики и лечения заболеваний, приоритетное развитие семейной медицины как основы повышения социальной и экономической эффективности системы оказания медицинской помощи населению.

Основополагающими принципами реализации Концепции охраны здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 годы являются:

- межведомственный и межсекторальный подход к организации оздоровительных и профилактических мероприятий;
- ответственность и консолидация действий органов законодательной и исполнительной власти всех уровней, организаций, граждан по формированию и реализации комплексных программ охраны здоровья;
- приоритет оздоровительных и профилактических мер в области общественного здравоохранения;
- единство медико-профилактической, оздоровительной и экономической эффективности системы охраны и укрепления здоровья.

Законом Чувашской Республики от 25 ноября 2003 г. №39 была утверждена **Комплексная программа экономического и социального развития Чувашской Республики на 2003-2010 годы**[14].

В соответствии с данной Программой приоритетными направлениями развития здравоохранения в Чувашской Республике являются:

- укрепление материально-технической базы сельского здравоохранения и обеспечение доступности качественной медицинской помощи в сельской местности;
- ввод межрайонных диагностических центров и специализированных отделений, телемедицинских центров;
- применение стационарозамещающих технологий, организация общеврачебных практик;
- улучшение репродуктивного здоровья женщин и здоровья детей;

[14] Закон Чувашской Республики от 25 ноября 2003 г. №39 «Об утверждении комплексной программы экономического и социального развития Чувашской Республики на 2003 - 2010 годы»

- реализация специальных программ, направленных на снижение роста заболеваемости хроническими неинфекционными и социально обусловленными заболеваниями, профилактика суицидов;
- комплексное решение проблем профилактики, ранняя диагностика, лечение психических расстройств и социально-психологическая реабилитация психически больных.

Одним из важнейших механизмов реализации приоритетных направлений развития системы здравоохранения на территории Чувашской Республики являются **республиканские целевые программы**. Республиканские целевые программы Чувашской Республики представляют собой увязанный по задачам, ресурсам и срокам осуществления комплекс научно-исследовательских, социально-экономических, организационно-хозяйственных и других мероприятий, обеспечивающих эффективное решение системных проблем. Республиканская целевая программа может включать в себя несколько подпрограмм, направленных на решение конкретных задач в рамках программы. Деление программ на подпрограммы осуществляется исходя из масштабности и сложности решаемых проблем, а также необходимости рациональной организации их решения.

Основными республиканскими целевыми программами, реализуемыми в настоящее время (2007 г.) в области общественного здоровья и здравоохранения, являются:

- Республиканская целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Чувашской Республике на 2002-2008 годы»[15].
- Республиканская целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2005-2008 годы)»[16], включающая в себя ряд подпрограмм по отдельным видам заболеваний.
- Республиканская целевая программа «Совершенствование кардиологической помощи населению в Чувашской Республике на 2006-2010 годы»[17].
- Республиканская целевая программа «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи по основным направлениям приоритетного *национального проекта в сфере здравоохранения* в Чувашской Республике на 2006-2010 годы»[18].
- Республиканская целевая программа «Вакцинопрофилактика на 2006-2010 годы»[19].

Реформирование и модернизация здравоохранения Чувашской Республики осуществляется в рамках **Стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике на 2003-2010 годы**[20] с целью повышения эффективности системы здравоохранения Чувашии, достижения экономичности и сбалансированности расходов на оказание медицинской помощи, обеспечения доступной и качественной медицинской помощи городским и сельским жителям, направленной на сохранение и укрепление здоровья населения.

Стратегический план реализуется по четырем приоритетным направлениям структурной реорганизации системы предоставления медицинской помощи:

1. приоритетное развитие и укрепление первичной медико-санитарной помощи на основе службы семейной медицины;
2. реорганизации стационарной помощи с интенсификацией диагностического и

[15] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 2 апреля 2002 г. №88
[16] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 29 ноября 2004 г. №298
[17] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 18 ноября 2005 г. №286
[18] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 29 ноября 2005 г. №301
[19] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 5 апреля 2006 г. №73
[20] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 апреля 2003 г. №95

лечебного процесса на основе современных медицинских технологий, замещения круглосуточной стационарной помощи ресурсосберегающими технологиями лечения в дневных стационарах и стационарах на дому;

3. реорганизации сети стационаров, предусматривающей создание межрайонных специализированных центров;
4. снижения затратности и повышения оперативности работы службы скорой медицинской помощи.

Реализация Концепции охраны здоровья населения, Стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи, республиканских целевых программ в области здравоохранения и других концептуальных документов, предусматривающих формирование и реализацию преимущественно профилактической направленности системы охраны здоровья, **позволили достичь следующих результатов в сфере предоставления медицинской помощи и охраны здоровья**:

1) *Организация первичной медицинской помощи на принципах общей врачебной (семейной) практики*. В Чувашской Республике организована работа более 360 офисов врачей общей практики, оснащенных современным оборудованием, бо́льшая часть которых находится в сельской местности. Это способствует повышению доступности качественной медицинской помощи для сельских жителей.

Организация общей врачебной (семейной) практики позволила заметно увеличить число амбулаторно-поликлинических посещений, усилив профилактические аспекты деятельности (плановые профилактические осмотры, диспансерные осмотры больных хроническими заболеваниями и др.), расширить диапазон предоставляемых медицинских услуг за счет оказания многопрофильной первичной медицинской помощи, в том числе отдельных услуг по хирургии, отоларингологии, офтальмологии и других.

2) *Сокращение расходов на содержание инфраструктуры в сфере здравоохранения* (зданий и сооружений) за счет реорганизации малорентабельных участковых больниц в амбулаторные учреждения с койками дневного пребывания.

3) *Внедрение и развитие современных стационарозамещающих медицинских технологий* (дневные стационары при отделениях врачей общей/семейной практики, амбулаторная хирургия, стационары на дому) и интенсификация лечебного процесса, способствующие замещению объемов круглосуточной стационарной помощи ресурсосберегающими технологиями лечения в дневных стационарах.

4) *Снижение уровня госпитализации в круглосуточные стационары, сокращение средней длительности пребывания больного в стационаре и средней длительности одного случая временной нетрудоспособности* за счет интенсификации диагностического и лечебного процессов, внедрения в работу медицинских учреждений стандартов оказания медицинской помощи, сосредоточения специализированных служб в межрайонных центрах, обеспечивающих рациональное использование дорогостоящего оборудования и кадров.

5) *Создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам и детям*, предусматривающей обследование и лечение женщин с высоким риском репродуктивных потерь. Использование новейших современных технологий на базе Президентского перинатального центра[21] позволило снизить число детей, родившихся недоношенными, и детей с врожденными пороками, увеличить выживаемость детей с экстремально низкой массой тела (весом от 500 грамм), снизить заболеваемость

[21] Президентский перинатальный центр Чувашской Республики создан в 2001 году и включает в себя комплекс взаимосвязанных блоков: акушерское, педиатрическое, консультативно-диагностическое отделения, медико-генетическую консультацию, амбулаторное подростковое отделение, отделение репродукции и планирования семьи, выездные консультативно-диагностические бригады, телемедицинский консультативный центр. Для оказания высококвалифицированной медицинской помощи населению отдаленных районов и транспортировки в Центр круглосуточно функционируют выездные реанимационные бригады.

новорожденных по основным болезням перинатального периода. В 2005 году показатель младенческой смертности в Чувашской Республике достиг самого низкого за все годы уровня - 7,8 на 1000 родившихся живыми и являлся минимальным показателем среди субъектов Российской Федерации.

6) *Снижение смертности по ряду классов социально-значимых заболеваний*, в том числе от гипертонической и ишемической болезни сердца за счет реализации специальных программ, профилактики и ранней диагностики заболеваний.

7) *Внедрение дифференцированной оплаты труда врачей общей практики* с элементами экономической мотивации к достижению результатов, а также долгосрочного эффекта. Мониторинг включает в среднем 30 показателей результативности.

8) *Организация единого информационного пространства* для всех медицинских учреждений путем внедрения современных телемедицинских технологий в здравоохранение республики. Используемые технологии создания распределенных баз данных обеспечивают доступность разноуровневой медицинской информации и позволяют решать управленческие, медико-социальные, клинические, образовательные, научные и иные задачи.

Дальнейшее развитие и модернизация здравоохранения Чувашской Республики тесно связаны с реализацией на территории республики **национального проекта «Здоровье»**.

Мероприятия национального проекта «Здоровье» в Чувашской Республике реализуются в рамках республиканской целевой программы «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи по основным направлениям приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Чувашской Республике на 2006-2010 годы».

В соответствии с республиканской целевой программой «Совершенствование первичной медико-санитарной помощи по основным направлениям приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в Чувашской Республике на 2006-2010 годы» **перспективными задачами развития здравоохранения в Чувашской Республике на период до 2010 года с учетом достигнутых результатов являются**:

- дальнейшее развитие кадрового и материально-ресурсного потенциала первичного звена амбулаторно-поликлинической помощи, введение механизмов мотивации его деятельности по сохранению и укреплению здоровья населения;
- реорганизация работы врачей-специалистов в амбулаторно-поликлиническом звене, направленная на формирование межтерриториальных медицинских центров и оснащение поликлиник современным диагностическим оборудованием;
- дальнейшее увеличение объемов профилактической деятельности, активизация работы по пропаганде и формированию здорового образа жизни, проведение дополнительной целевой диспансеризации трудоспособного населения с целью активного раннего выявления и профилактики заболеваний и факторов риска их развития;
- повышение качества оказания медицинской помощи в догоспитальном и постгоспитальном периоде на основе внедрения систем менеджмента качества, стандартизации процессов, реализации принципов доказательной медицины;
- формирование системы управления и информационной поддержки структурной реорганизации амбулаторно-поликлинической помощи.

Решение указанных задач планируется путем реализации комплекса программных мероприятий по следующим приоритетным направлениям:

1. *Нормативно-правовое обеспечение структурной реорганизации амбулаторно-*

поликлинической службы:

- разработка и совершенствование региональных нормативных правовых документов, регламентирующих работу первичного звена здравоохранения;
- разработка нормативных правовых документов по взаимодействию системы общей (семейной) врачебной практики, службы скорой и неотложной помощи с консультативно-диагностическими поликлиниками, лечебно-профилактическими учреждениями общего и специализированного профиля;
- поэтапное внедрение системы дифференцированной оплаты труда (финансирование за результативность) врачей амбулаторно-поликлинического звена с учетом количественных и качественных показателей;
- осуществление дополнительных денежных выплат.

2. *Реорганизация системы оказания амбулаторно-поликлинической помощи и внедрение новых технологий*:
   - развитие отделений общей врачебной (семейной) практики;
   - организация центров амбулаторной хирургии;
   - развитие и укрепление ресурсной базы межтерриториальных медицинских отделений (центров).

   От доступности и качества амбулаторно-поликлинической помощи, где начинают и завершают лечение около 80% пациентов, в значительной степени зависят эффективность деятельности всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала общества, решение большинства медико-социальных проблем.
3. *Развитие профилактической направленности в амбулаторно-поликлиническом звене*:
   - проведение дополнительной диспансеризации работающего населения;
   - информационное сопровождение приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в вопросах профилактики и сохранения здоровья населения;
   - разработка локальных программ и инициатив с участием межведомственных профилактических советов по профилактике табакокурения, рациональному питанию;
   - иммунизация населения от вирусного гепатита В, гриппа, краснухи, полиомиелита;
   - проведение скрининга новорожденных на наследственные заболевания обмена веществ и врожденную дисфункцию коры надпочечников.
4. *Развитие системы профессиональной подготовки кадров амбулаторно-поликлинического звена*:
   - внедрение новых технологий и совершенствование программ по подготовке участковых терапевтов, педиатров, врачей общей (семейной) практики и средних медицинских работников;
   - подготовка и повышение квалификации врачей амбулаторно-поликлинического звена в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.
5. *Укрепление материально-технической базы амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения и общей врачебной (семейной) практики*:
   - оснащение открывающихся отделений врачей общей (семейной) практики стандартным медицинским оборудованием и автотранспортом;
   - реконструкция имеющихся и строительство новых зданий для общей

врачебной практики в районах и городах республики;
- оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

6. *Информатизация амбулаторно-поликлинической службы*:
   - разработка и внедрение в работу врачей амбулаторно-поликлинического звена современных медицинских программных продуктов;
   - создание в амбулаторно-поликлиническом звене локальных компьютерных сетей, обеспечение доступа к информационным ресурсам сети Интернет.

Как отмечалось ранее, Чувашская Республика вошла в перечень 19 субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта по модернизации здравоохранения, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения. Работа по реализации пилотного проекта осуществляется в соответствии с Указом Президента Чувашской Республики от 15 июня 2007 г. №49 «О дополнительных мерах по повышению качества медицинской помощи».

Реализация пилотного проекта по модернизации здравоохранения в Чувашской Республике осуществляется по пяти направлениям, обеспечивающим структурные преобразования в системе здравоохранения:

- поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования;
- финансирование стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи;
- осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу, и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов;
- реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата их труда (объема и качества оказанной медицинской помощи);
- обеспечение учета объемов оказанной медицинской помощи (введение системы персонифицированного учета) в системе обязательного медицинского образования.

Стратегический вектор развития системы здравоохранения Чувашской Республики на период до 2020 года определен в Законе Чувашской Республики от 4 июня 2007 г. №8 «О стратегии социально-экономического развития Чувашской Республики до 2020 года».

В соответствии с указанным Законом *стратегическая цель* развития здравоохранения в Чувашской Республике – дальнейшее улучшение состояния здоровья населения и развитие здорового образа жизни.

Направлениями развития системы здравоохранения на период до 2020 года являются:

1. Улучшение состояния здоровья населения Чувашской Республики.
2. Повышение доступности и качества медицинской помощи населению.
3. Дальнейшая реализация национального проекта «Здоровье» и пилотного проекта, по модернизации здравоохранения.

В качестве *основных ожидаемых результатов* реализации стратегии социально-экономического развития Чувашской Республики до 2020 года в сфере здравоохранения, в частности, определены:

- гарантированное своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи, максимально приближенной и сфокусированной как на нуждах конкретного пациента, так и сообщества в целом;
- обеспечение равного доступа к высококачественным медицинским услугам как городского, так и сельского населения;
- повышение оперативности работы службы скорой медицинской помощи за счет оптимизации ее структуры и оснащения современными средствами связи;
- снижение уровня заболеваемости инфекционными болезнями, в первую очередь наиболее массовыми и управляемыми инфекциями;
- повышение престижа культуры здоровья;
- снижение смертности и увеличение продолжительности жизни населения.

Наряду с участием в пилотных проектах, реализуемых Правительством Российской Федерации, Правительство Чувашской Республики проводит активную работу по привлечению дополнительных инвестиций в развитие Чувашской Республики, участвуя в международных проектах. В значительной степени этому способствует безупречная кредитная история Чувашской Республики, своевременное выполнение долговых обязательств и прозрачный бюджет, что неоднократно признавали международные финансовые организации.

В последние несколько лет в Чувашской Республике было реализовано несколько международных проектов в сфере здравоохранения. В частности, это следующие проекты:

- Проект Канадского агентства международного развития (CIDA) «Реформа здравоохранения».
- Проект Всемирной организации здравоохранения/Канадского агентства международного развития (CIDA) «Политика и управление в здравоохранении Российской Федерации» (Чувашский компонент).
- Проект Всемирного банка реконструкции и развития «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа».
- Проект ТАСИС «Совершенствование управления системой здравоохранения в Российской Федерации».
- Проект Всемирного банка реконструкции и развития «Техническое содействие реформе здравоохранения в Российской Федерации».
- Проект Всемирной организации здравоохранения по программе «Организация раннего выявления и лечения больных туберкулезом в Чувашской Республике».
- Проект Всемирного банка реконструкции и развития «Медицинское оборудование».
- Проект Института «Открытое общество» (Фонд Сороса) по семейной медицине.
- Проект Всемирного банка реконструкции и развития «Реструктуризация бюджетной сферы и повышения эффективности расходов региональных и местных бюджетов».

Система здравоохранения Чувашской Республики получила высокую оценку экспертов Всемирной организации здравоохранения. В настоящее время Чувашская Республика – один из двух субъектов Российской Федерации, вошедших в европейскую сеть «Здоровые регионы».

Действующая в республике модель здравоохранения доказала свою надежность и эффективность. До начала реформ в сфере здравоохранения Чувашской Республики почти 80% финансовых средств и материальных ресурсов здравоохранения направлялись на

оказание высокозатратной стационарной (госпитальной) помощи. Реструктуризация системы предоставления медицинской помощи позволила изменить соотношение затрат на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь, увеличить интенсивность работы коечного фонда. В Чувашской Республике был осуществлен переход от дорогостоящего *лечения* заболеваний к *диагностике, профилактике, диспансеризации и формированию здорового образа жизни*, позволивших добиться снижения заболеваемости населения и улучшения демографических показателей.

Успешность проведенных масштабных преобразований в системе здравоохранения Чувашской Республики высоко оценивается федеральным правительством, российскими и зарубежными экспертами. Чувашская Республика на сегодняшний день занимает одну из лидирующих позиций в Российской Федерации по степени развития и эффективности системы здравоохранения и выступает площадкой для реализации многочисленных пилотных проектов по внедрению инноваций, результаты которых затем получают широкое распространение в масштабах всей страны. Опыт Чувашской Республики в области реформирования системы здравоохранения в очень значительной степени послужил основой для разработки мер по решению основных проблем отечественного здравоохранения в рамках реализации национального проекта «Здоровье», предполагающего оптимизацию расходования бюджетных средств, смещение акцента оказания медицинской помощи на уровень первичного звена, усиление профилактической направленности здравоохранения и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью, то есть те направления, которые в Чувашской Республике успешно реализуются вот уже несколько лет.

КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ

Основной целью государственной политики Калининградской области в области здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения на основе обеспечения доступности бесплатной медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню заболеваемости и потребностям населения, современному уровню развития медицинской науки, а также располагаемым бюджетным ресурсам.

В 2003 году была принята **Концепция развития здравоохранения и государственной политики по охране здоровья населения Калининградской области на 2003-2007 годы**[22], конкретизирующая цели и подходы к развитию здравоохранения в области.

В Концепции определены следующие стратегические направления развития здравоохранения в Калининградской области:

1) Совершенствование организации медицинской помощи.

Развитие данного направления направлено на решение следующих основных задач:

- совершенствование системы амбулаторно-поликлинической помощи;
- развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения, перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный;
- развитие института врача общей (семейной) практики;
- развитие на базе поликлиники консультативно-диагностических служб, отделений медико-социальной реабилитации, дневных стационаров, центров

[22] Постановление Администрации Калининградской области от 24 июля 2003 г. №418 «О Концепции развития здравоохранения и государственной политики по охране здоровья населения Калининградской области на 2003-2007 годы»

амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи;

- совершенствование профилактики и ранней диагностики заболеваний на первичном амбулаторно-поликлиническом этапе;
- обеспечение непрерывности лечебно-диагностического процесса на всех этапах лечения;
- развитие службы охраны материнства и детства при концентрации усилий на совершенствовании первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам, развитию службы планирования семьи и безопасного материнства;
- государственная поддержка мер по внедрению современных технологий в подразделениях интенсивного лечения, кардиологии и кардиохирургии, онкологии, диагностики и лечения социально значимых болезней;
- повышение мобильности и оснащенности службы скорой медицинской помощи;
- содействие развитию здравоохранения в сельской местности.

2) Совершенствование системы финансирования здравоохранения.

Реализация данного направления направлена на усиление взаимосвязи финансирования здравоохранения с заказываемыми объемами медицинской помощи, а не с содержанием медицинских организаций.

Развитие данного направления предполагает решение следующих основных задач:

- обеспечение реализации Программы государственных гарантий обеспечения населения Калининградской области бесплатной медицинской помощью как основы стратегии реструктуризации и сбалансированности государственных гарантий с финансовыми возможностями бюджетов всех уровней;
- совершенствование и развитие подушевого принципа финансового обеспечения системы здравоохранения;
- переход от оплаты фактических объемов медицинской помощи к оплате планируемых объемов медицинской помощи, определяемых на основе государственного заказа медицинским организациям;
- переход на принцип конкурсного размещения заказа медицинским организациям в зависимости от их способности обеспечить наибольшие объемы медицинской помощи на единицу затрат, а также от качественных параметров их деятельности;
- развитие подушевого финансирования поликлиник, обеспечение заинтересованности поликлинического звена в повышении показателей здоровья населения, ослабление нагрузки на стационар и стимулирование выполнения поликлиническим звеном функции координации оказания медицинской помощи на всех этапах;
- оплата стационарной помощи на договорной основе с указанием в договоре планируемых и реально заказываемых объемов медицинской помощи (с установлением допустимых отклонений фактических и плановых объемов помощи и предоставлением права свободного распоряжения основной частью экономии);
- регулирование объемов бесплатной медицинской помощи и установление порядка предоставления платной медицинской помощи в государственных и муниципальных медицинских учреждениях;
- содействие созданию конкурентной среды на рынке медицинских услуг.

3) Модернизация структуры управления здравоохранением.

Основными направлениями модернизации структуры управления здравоохранением в Калининградской области являются:

- внедрение в систему менеджмента в здравоохранении экономической заинтересованности деятельности лечебно-профилактических учреждений;
- обеспечение целостности отрасли здравоохранения за счет единых подходов к планированию, нормированию, стандартизации, лицензированию и сертификации;
- формирование системы стратегического планирования как средства восстановления единства политики в области здравоохранения;
- привлечение ведомственных медицинских учреждений для реализации программы государственных гарантий, что позволит эффективно использовать финансовые и материальные ресурсы, реализовать принцип равного отношения государства ко всем гражданам независимо от места их работы.

4) Совершенствование медицинского образования и кадровой политики.

В сфере профессиональной подготовки кадров для системы здравоохранения Калининградской области Концепцией поставлены следующие основные задачи:

- сохранение на территории Калининградской области практики формирования органами управления здравоохранением целевых заказов на подготовку специалистов с заключением ими соответствующих договоров с учебными заведениями и абитуриентами;
- продолжение проведения целевого приема студентов в медицинский колледж по договорам, заключаемым с органами местного самоуправления, их дополнительного финансирования и дальнейшего трудоустройства с целью закрепления медицинских кадров в сельской местности;
- совершенствование системы оплаты труда работников здравоохранения с учетом вредных условий, сложности, объемов и качества лечебно-профилактической работы.

5) Совершенствование лекарственного обеспечения и обеспечение гарантий в области лекарственной помощи населению.

В рамках данного направления предполагается на разных этапах оказания медицинской помощи обеспечить решение следующих задач:

на этапе амбулаторного лечения – совершенствовать льготное обеспечение отдельных категорий граждан и обеспечить адресное предоставление лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

на этапе стационарного лечения – обеспечить бесплатную лекарственную помощь в рамках видов, объемов и условий оказания медицинской помощи, предусмотренных в программах государственных гарантий.

6) Улучшение материально-технической базы учреждений здравоохранения и информатизация здравоохранения

Основными задачами по данному направлению являются:

- дальнейшее строительство объектов здравоохранения, реконструкция имеющейся материально-технической базы, оснащение лечебно-профилактических учреждений медицинской техникой и аппаратурой, санитарным транспортом, осуществление компьютеризации и внедрение телемедицинских и информационных технологий;
- внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения больных, в первую очередь на основе программно-целевого финансирования;
- создание локальных компьютерных сетей в лечебно-профилактических учреждениях;
- развитие единого информационного пространства здравоохранения путем объединения информационных систем всех субъектов здравоохранения и

обязательного медицинского страхования в единую информационно-аналитическую систему;
- создание единой областной службы информатизации и медицинской статистики;
- создание единой персонифицированной системы учета населения для повышения достоверности медико-статистической информации.

7) Расширение социальной базы здравоохранения.

Реализация данного направления Концепции предполагает осуществление следующих основных мер:

- привлечение общественных организаций, профессиональных медицинских и фармацевтических ассоциаций и граждан к работе по охране здоровья граждан и оказанию медико-социальной помощи населению;
- постоянное взаимодействие с организациями в сфере образования, культуры, физической культуры и спорта, региональными организациями и т.д., направление на привлечение внимания населения к вопросам охраны здоровья;
- создание системы медицинского просвещения, сотрудничество со средствами массовой информации в популяризации здорового образа жизни;
- содействие созданию общественных объединений пациентов по медицинским интересам;
- проведение работы с населением по вопросам планирования семьи в целях формирования осознанного отношения к семье, материнству и детству.

Государственная политика в сфере развития здравоохранения, охраны и улучшения общественного здоровья, проводимая в Калининградской области в соответствии с Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, а также Концепцией развития здравоохранения и государственной политики по охране здоровья населения Калининградской области на 2003-2007 годы, позволила Правительству Калининградской области **достичь следующих основных результатов в сфере развития здравоохранения и улучшения общественного здоровья**:

1) Проводимая работа по медицинскому просвещению населения и профилактическая работа (в том числе, вакцинопрофилактика) привели к снижению уровня заболеваемости инфекционными заболеваниями, достижению высокого охвата детей профилактическими прививками. Калининградская область получила сертификат Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) как территория, свободная от полиомиелита.

2) Была создана централизованная служба перинатальной диагностики, внедрены эффективные методы реанимации новорожденных, обеспечено финансирование лечения детей в федеральных медицинских центрах. Благодаря реализации перечисленных мер в области ежегодно увеличивается рождаемость. Показатель младенческой смертности снизился с 19,6 чел. на 1000 родившихся в 2000 году до 11,2 в 2005 году.

3) Калининградская область одной из первых среди субъектов Российской Федерации внедрила систему профилактики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от инфицированных матерей, благодаря чему замедлились темпы роста числа ВИЧ-инфицированных. За счет привлечения средств международных проектов был дооснащен необходимым оборудованием, а также обеспечен литературой и раздаточными материалами, информационно-ресурсно-методический центр по вопросам ВИЧ-инфекции, что позволило охватить информационно-образовательными мероприятиями 2720 человек.

4) В результате реализации Программы «Выявление и лечение туберкулеза в Калининградской области с участием Всемирной организации здравоохранения» значительно увеличилась оснащенность учреждений здравоохранения (в том числе

санаториев для больных туберкулезом) лабораторной диагностической аппаратурой, благодаря чему возросла своевременная выявляемость больных туберкулезом.

В результате реализации областной целевой программы «Неотложные меры борьбы с туберкулезом» удалось достичь запланированного снижения основных показателей заболеваемости туберкулезом среди взрослого и детского населения, обеспечить укрепление материально-технической базы противотуберкулезной службы.

5) Улучшен кадровый состав в системе здравоохранения Калининградской области за счет постоянного обучения медицинских работников по новым программам на курсах повышения квалификации.

Калининградская область в силу своего специфического – анклавного – геополитического положения играет особую роль в обеспечении национальных интересов России в Балтийском регионе и в Европе в целом. В связи с этим Правительством Российской Федерации в 2001 году была принята Федеральная целевая программа развития Калининградской области на период до 2010 года[23], концентрирующая бюджетные ресурсы на приоритетном развитии Калининградской области в силу её геополитического значения. Стратегической целью Программы является обеспечение социально-экономического развития Калининградской области, сопоставимого с уровнем развития сопредельных стран, и благоприятного инвестиционного климата в регионе для сближения России и Европейского Союза.

В рамках указанной федеральной целевой программы развития Калининградской области в сфере здравоохранения производится реконструкция имеющейся материально-технической базы системы здравоохранения, осуществляется строительство нескольких объектов здравоохранения (в частности, областного онкологического диспансера, лечебного корпуса областного туберкулезного диспансера и др.) и т.п.

В соответствии с Программой социально-экономического развития Калининградской области на 2007-2016 годы[24] охрана и улучшение общественного здоровья, повышение качества и доступности для населения услуг здравоохранения в Калининградской области являются одним из приоритетных направлений государственной политики, реализуемой Правительством Калининградской области.

Дальнейшая реализация государственной политики Калининградской области в сфере здравоохранения осуществляется в соответствии с **областной целевой программой «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2007-2011 гг.»**[25].

Основной задачей реализации вышеназванной программы является достижение повышения к 2011 году основных показателей здоровья населения Калининградской области до уровня, сопоставимого со среднероссийскими показателями и показателями сопредельных зарубежных стран (Литва, Польша).

В соответствии с обозначенными в Программе проблемами здравоохранения Калининградской области и стратегическими целями и задачами развития системы здравоохранения Программа структурно поделена на четыре подпрограммы:

- «Совершенствование системы здравоохранения Калининградской области»;
- «Льготные лекарства»;
- «Здоровый ребенок»;
- «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в

[23] Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2001 г. №866 «О Федеральной целевой программе развития Калининградской области на период до 2010 года»

[24] Закон Калининградской области от 28 декабря 2006 г. №115 «Об утверждении Программы социально-экономического развития Калининградской области на 2007-2016 годы»

[25] Постановление Правительства Калининградской области от 18 января 2007 г. № 18 «О целевой Программе Калининградской области «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2007-2011 годов»

Калининградской области».

Подпрограмма «Совершенствование системы здравоохранения Калининградской области» является наиболее крупномасштабной и предполагает реализацию целого комплекса мероприятий, сгруппированных по следующим основным направлениям:

1) *Совершенствование системы организации и управления здравоохранением*, в рамках которого предусмотрены меры по дальнейшей модернизации системы организации и управления здравоохранением, нормативно-правовому, материально-техническому и кадровому обеспечению, созданию единого информационного пространства в здравоохранении, повышению эффективности и оперативности процессов сбора и анализа информации как основы для принятия управленческих решений.

2) *Усиление профилактической направленности здравоохранения* включает мероприятия по иммунопрофилактике заболеваний в целях снижения заболеваемости инфекционными заболеваниями, по формированию у населения культуры здоровья и созданию комплексной системы медицинского просвещения населения.

3) *Укрепление службы первичной медицинской помощи*, предполагающее развитие амбулаторно-поликлинических учреждений и системы общих врачебных практик; решение вопросов кадровой и материально-технической оснащенности амбулаторно-поликлинического звена как основы для профилактики, сохранения здоровья и раннего выявления заболеваний. Данное направление включает также совершенствование организации службы скорой медицинской помощи, направленное на создание единой диспетчерской службы, организацию медицинской подготовки работников специальных служб, обучение их методам оказания первой доврачебной помощи при несчастных случаях и внезапных заболеваниях.

4) *Развитие системы оказания специализированной медицинской помощи населению и совершенствование порядка предоставления населению высокотехнологичной медицинской помощи*, предусматривающие реализацию комплекса мер, направленных на удовлетворение потребностей населения в специализированной и высокоспециализированной (дорогостоящей) медицинской помощи; укрепление материально-технической базы лечебных учреждений, оказывающих специализированную помощь; использование возможностей медицинских организаций частной формы собственности в предоставлении отдельных видов специализированной медицинской помощи.

5) *Обеспечение доступной и качественной лекарственной помощи для населения* предусматривает мероприятия, способствующие совершенствованию системы лекарственного обеспечения населения Калининградской области, включая развитие фармацевтического рынка на территории области, создание эффективной системы контроля за ценами на лекарственные средства в розничной аптечной сети, а также меры по организации лекарственного обеспечения льготных категорий граждан.

6) *Совершенствование механизмов финансирования здравоохранения, обеспечение его структурной и экономической эффективности* предполагает дальнейшее развитие страховых принципов финансирования, переход на одноканальную систему финансирования в системе ОМС с учетом оплаты медицинских услуг в соответствии с конечным результатом, обеспечение наиболее полной реализации права выбора пациентом медицинского учреждения. Планируется провести оптимизацию расходов государственных и муниципальных учреждений здравоохранения путем совершенствования системы конкурсных государственных и муниципальных закупок; реструктуризацию учреждений здравоохранения, направленную на интенсификацию лечебного процесса и развитие этапности в оказании медицинской помощи; создание и развитие межрайонных центров, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь; использование для оздоровления и долечивания санаторно-курортной базы; дальнейшее развитие ресурсосберегающих технологий лечения.

7) *Укрепление материально-технической базы здравоохранения* предусматривает замену изношенного оборудования, ремонт зданий и сооружений.

8) *Решение кадровых проблем здравоохранения* предполагает поэтапное повышение оплаты труда работников здравоохранения, решение их жилищных проблем в рамках программы ипотечного кредитования, создание механизмов для повышения престижа профессии, повышения социального статуса медицинских и фармацевтических работников, организацию эффективной системы профессиональной подготовки и переподготовки кадров здравоохранения области.

9) *Развитие донорства и службы крови в Калининградской области* предусматривает создание современной материально-технической базы областной станции переливания крови, внедрение современных технологий, обеспечивающих инфекционную безопасность компонентов и препаратов крови.

10) *Реализация международных проектов в сфере здравоохранения Калининградской области* предполагает развитие сотрудничества с партнерами Калининградской области по международному сотрудничеству (Европейским Союзом, детским фондом ООН UNISEF, Всемирной организацией здравоохранения, общественными организациями и фондами Швеции, Дании, Норвегии, Германии, Польши, Литвы) по охране репродуктивного здоровья подростков и молодежи, профилактике инфекционных заболеваний, предупреждению употребления наркотиков, развитию первичной медико-санитарной помощи и внедрению системы «врач общей практики», улучшению состояния здоровья новорожденных и детей раннего возраста.

11) *Привлечение медицинской общественности и населения к решению вопросов охраны здоровья* включает содействие развитию профессиональных медицинских ассоциаций и общественных организаций пациентов как фактора достижения социальной солидарности и справедливости в реализации региональной политики в сфере охраны здоровья.

Основными целями и задачами реализации подпрограммы «Льготные лекарства» являются:

1. обеспечение льготных категорий граждан лекарственными средствами при амбулаторном лечении;
2. совершенствование механизма контроля за рациональным использованием медикаментов в учреждениях здравоохранения;
3. установление мер социальной поддержки граждан, страдающих социально значимыми заболеваниями;
4. обеспечение преемственности в работе всех амбулаторно-поликлинических учреждений для организации качественной медицинской помощи льготным категориям граждан;
5. обеспечение эффективной системы мониторинга качества льготного лекарственного обеспечения.

Подпрограмма «Здоровый ребенок» направлена на сохранение и улучшение репродуктивного здоровья населения Калининградской области, снижение материнской и младенческой заболеваемости и смертности и стабилизацию демографических показателей области путем реализации следующих основных мер:

- внедрение современных методов диагностики и профилактики наследственных заболеваний и врожденных пороков развития у детей;
- профилактика заболеваемости, инвалидности и смертности в детском и подростковом возрасте;
- совершенствование специализированной помощи детям с врожденными и хроническими заболеваниями;
- укрепление материально-технической базы учреждений;

- повышение квалификации медицинских и немедицинских кадров по вопросам здоровья семьи и детей.

Основными целями и задачами реализации подпрограммы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями в Калининградской области» являются:

- снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения при социально значимых заболеваниях;
- увеличение продолжительности и улучшение качества жизни больных, страдающих этими заболеваниями;
- совершенствование профилактики, методов раннего выявления, диагностики, лечения и реабилитации при социально значимых заболеваниях;
- укрепление материально-технической базы специализированных медицинских учреждений, оснащение их современным медицинским и техническим оборудованием, применение современных лекарственных технологий.

Модернизация системы здравоохранения в Калининградской области также осуществляется в рамках реализации **национального проекта «Здоровье»**, который реализуется в Калининградской области с 2006 года.

В рамках данного проекта осуществляется финансирование мероприятий в сфере здравоохранения за счет средств федерального и областного бюджета по двум основным направлениям:

- Развитие первичной медико-санитарной помощи, в том числе профилактического направления;
- Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

По направлению «*Развитие первичной медико-санитарной помощи*» реализуются следующие основные мероприятия:

- целенаправленная подготовка и переподготовка медицинских работников участковой службы;
- осуществление денежных выплат врачам общей (семейной) практики, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым и медицинским сестрам врачей участковой службы с учетом объема результатов их деятельности; медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам скорой медицинской помощи;
- оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений;
- оснащение автомобилями скорой медицинской помощи, в том числе реанимобилями;
- приобретение диагностических средств и антивирусных препаратов в целях профилактики и лечения ВИЧ-инфицированных, гепатитов В и С;
- иммунизация населения в рамках национального календаря прививок;
- обследование новорожденных детей на предмет наличия ряда определенных заболеваний;
- дополнительная диспансеризация работающего населения;
- оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и родов в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения.

По направлению «*Обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью*» предусмотрено расширение видов и объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи населению с целью повышения ее доступности.

Как было отмечено ранее, Калининградская область вошла в перечень 19 субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта по модернизации здравоохранения, направленного на повышение качества медицинских услуг.

Пилотный проект по модернизации здравоохранения в Калининградской области предполагает проведение комплекса структурных преобразований в сфере здравоохранения области и реализуется по пяти направлениям, рассмотренным выше (при описании государственной политики Чувашской Республики в сфере здравоохранения).

Одним из важнейших механизмов реализации приоритетных направлений развития системы здравоохранения на территории Калининградской области являются областные целевые программы. Целевые программы являются эффективным инструментом комплексного решения проблем и концентрации бюджетных ресурсов на приоритетных направлениях развития.

За последние несколько лет в Калининградской области реализованы областные целевые программы, направленные на профилактику и лечение артериальной гипертонии среди населения, противодействие эпидемии ВИЧ-инфекции, медицинскую реабилитацию инвалидов, охрану репродуктивного здоровья населения, медицинскую помощь детям-инвалидам и др.

В настоящее время в Калининградской области реализуются следующие областные целевые программы в сфере здравоохранения:

- Областная целевая программа «Здоровый ребенок» (2005-2008 годы)[26];
- Областная целевая программа «Физическая культура и спорт - для всех» (2007-2016 годы)[27];
- Областная целевая программа «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2007-2011 годов»[28];
- Областная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера в Калининградской области» (2003-2007 годы)[29];
- Областная целевая программа «Льготные лекарства на 2005-2007 годы»[30].

Наряду с реализацией целевых программ и участием в пилотных проектах, осуществляемых Правительством Российской Федерации, Правительство Калининградской области реализует международные проекты в сфере здравоохранения при поддержке таких организаций, как Всемирная организация здравоохранения, детский фонд ООН UNISEF и др. Международные проекты в области реализуются по таким приоритетным направлениям развития здравоохранения, как охрана здоровья матери и ребенка, развитие общеврачебной практики, профилактика наркомании, ВИЧ-инфекции, профилактика и лечение туберкулеза.

Развитию здравоохранения в Калининградской области содействуют также страны Европейского Союза. Сотрудничество по Калининградской области является одним из элементов более широкого партнерства между Российской Федерацией и Европейским Союзом, сформированного в последние годы.

В рамках программы Европейского Союза TACIS Калининградской области оказывается содействие в решении проблемы ВИЧ/СПИДа. Калининградская область участвует в качестве пилотного региона в распространении опыта проекта улучшения состояния здравоохранения на северо-западе Российской Федерации, направленном на сокращение неравномерности развития систем здравоохранения и социальной защиты в разных регионах путем содействия реформе системы здравоохранения во всем Северо-

[26] Закон Калининградской области от 30 ноября 2004 г. №460

[27] Постановление Правительства Калининградской области от 20 декабря 2006 г. №968

[28] Постановление Правительства Калининградской области от 18 января 2007 г. №18

[29] Закон Калининградской области от 5 июля 2003 г. №285

[30] Закон Калининградской области от 2 марта 2005 г. №507

Западном федеральном округе Российской Федерации (объединяющем 11 регионов).

Европейский Союз также оказывает поддержку негосударственным организациям Калининградской области, занимающимся проблемами здравоохранения.

Система здравоохранения Калининградской области, являясь важнейшим элементом общественной жизни, нацелена на решение стратегических задач развития Калининградской области, прежде всего на развитие человеческого капитала как ключевого приоритета: обеспечение уровня и качества жизни, сравнимых с уровнем и качеством жизни сопредельных территорий, улучшение демографической ситуации, укрепление физического и социального благополучия граждан, удовлетворение потребностей в качественной медицинской помощи.

Калининградская область в настоящее время входит в число наиболее прогрессивных российских регионов, идущих по пути инновационного развития, реформирования и модернизации системы здравоохранения. Направления развития системы здравоохранения области соответствуют федеральной политике в сфере здравоохранения и поддерживаются Правительством Российской Федерации.

2. ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1. Общая характеристика организации системы финансирования образования в Российской Федерации (сферы ответственности государства в финансовом обеспечении образования на территории Российской Федерации)

Право на образование является одним из основных и неотъемлемых прав каждого гражданина Российской Федерации в соответствии с Конституцией Российской Федерации.

Основополагающим законодательным документом, регулирующим вопросы реализации прав российских граждан на образование, является Закон Российской Федерации от 10 июля 1992 г. №3266-1 «Об образовании».

Система образования в Российской Федерации представляет собой совокупность:

- образовательных программ;
- государственных образовательных стандартов;
- образовательных учреждений;
- органов управления образованием и подведомственных им учреждений и организаций.

Образовательные программы определяют содержание образования определенного уровня и направленности. Образовательные программы в Российской Федерации подразделяются на:

общеобразовательные (основные и дополнительные), включающие в себя программы:
- дошкольного образования;
- начального общего образования;
- основного общего образования;
- среднего (полного) общего образования;

профессиональные (основные и дополнительные), включающие в себя программы:
- начального профессионального образования;
- среднего профессионального образования;
- высшего профессионального образования;
- послевузовского профессионального образования.

Образовательные программы в Российской Федерации являются преемственными, то есть каждая следующая программа базируется на предыдущей. Согласно Конституции, основное общее образование в Российской Федерации является обязательным.

Государственные образовательные стандарты обеспечивают единство образовательного пространства Российской Федерации, устанавливая обязательный минимум содержания основных образовательных программ, максимальный объем учебной нагрузки обучающихся, требования к уровню подготовки выпускников.

Государственные образовательные стандарты включают *федеральный* и *национально-региональный* компоненты, устанавливаемые, соответственно, федеральными органами государственной власти и органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Федеральный компонент государственного образовательного стандарта общего образования утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 5 марта 2004 года №1089.

Образовательные программы реализуются **образовательными учреждениями**. Образовательным является учреждение, осуществляющее образовательный процесс, то есть реализующее одну или несколько образовательных программ и (или) обеспечивающее содержание и воспитание обучающихся, воспитанников.

Образовательные учреждения по своим организационно-правовым формам могут быть государственными, муниципальными и негосударственными.

В Российской Федерации к **образовательным учреждениям** относятся учреждения следующих типов:

- дошкольные (детские сады);
- общеобразовательные (школы – детские сады, начальные и средние школы);
- профессионального образования (профессионально-технические училища, средние специальные учебные заведения, высшие учебные заведения – институты, университеты, академии);
- дополнительного образования взрослых (институты переподготовки и повышения квалификации и т.п.);
- специального образования (специальные (коррекционные) учреждения для детей с ограниченными возможностями здоровья и отклонениями в физическом и психическом развитии);
- для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (детские дома, интернаты);
- дополнительного образования детей (учреждения по внешкольной работе с детьми – художественные и музыкальные школы, центры детского и юношеского творчества и др.);
- другие учреждения, осуществляющие образовательный процесс.

Управление системой образования в Российской Федерации осуществляется федеральными, региональными и муниципальными органами управления образованием. Правительство Российской Федерации и Министерство образования и науки Российской Федерации осуществляют федеральную государственную политику в сфере образования, разрабатывают и реализуют федеральные целевые программы развития образования за счет средств федерального бюджета. Органы управления образованием субъектов Российской Федерации разрабатывают и реализуют собственные региональные программы развития образования.

Органам управления образованием подконтрольны подведомственные им образовательные учреждения, деятельность которых финансируется за счет средств соответствующих бюджетов бюджетной системы Российской Федерации.

В Российской Федерации гарантируются общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и начального профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях. Кроме того, каждый российский гражданин вправе на конкурсной основе бесплатно получить среднее, высшее и послевузовское профессиональные образования.

2.2. Полномочия и расходные обязательства федеральных и региональных органов государственной власти и органов местного самоуправления Российской Федерации в сфере образования

Полномочия Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере образования определены в статьях 28, 29 и 31 Закона Российской Федерации «Об образовании»[31].

[31] В рамках проводимого исследования из широкого перечня полномочий органов государственной власти и органов местного самоуправления в сфере образования рассмотрены лишь отдельные полномочия, имеющие отношение к финансированию и определению приоритетов государственной политики в сфере образования.

К основным полномочиям **федеральных органов государственной власти** в сфере образования относятся:

- формирование и осуществление федеральной политики в сфере образования;
- обеспечение государственных гарантий прав граждан в сфере образования;
- разработка и реализация федеральных целевых программ в сфере образования;
- создание, реорганизация и ликвидация федеральных государственных образовательных учреждений;
- финансирование федеральных государственных образовательных учреждений и образовательных услуг;
- установление норм труда и нормативов его оплаты в федеральных государственных образовательных учреждениях;
- установление:

  - федеральных нормативов финансирования образования обучающихся и воспитанников федеральных государственных образовательных учреждений;

  - ставок заработной платы и должностных окладов работников федеральных государственных образовательных учреждений;

  - социальной поддержки различных категорий обучающихся, воспитанников и педагогических работников федеральных государственных образовательных учреждений, а также видов и норм материального обеспечения указанных категорий обучающихся, воспитанников и педагогических работников в соответствии с законодательством Российской Федерации;

  - порядка предоставления гражданам и погашения ими государственного образовательного кредита.

К основным полномочиям **органов государственной власти субъектов Российской Федерации** в сфере образования относятся:

- определение и осуществление региональной политики в сфере образования;
- разработка и реализация региональных программ развития образования с учетом национальных и региональных социально-экономических, культурных, демографических и других особенностей;
- создание, реорганизация и ликвидация образовательных учреждений субъекта Российской Федерации;
- обеспечение государственных гарантий прав граждан на получение общедоступного и бесплатного дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, а также дополнительного образования в образовательных учреждениях путем финансового обеспечения образовательного процесса;
- организация предоставления общедоступного и бесплатного дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования по основным общеобразовательным программам в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья и отклонениями в физическом и психическом развитии, в образовательных учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- организация предоставления начального, среднего и дополнительного профессионального образования (за исключением образования, получаемого в федеральных образовательных учреждениях начального и среднего профессионального образования, перечень которых утвержден Правительством Российской Федерации);

- организация предоставления дополнительного образования детям в образовательных учреждениях субъектов Российской Федерации;
- организация подготовки, переподготовки и повышения квалификации педагогических работников;
- установление нормативов финансирования образования субъекта Российской Федерации.

К полномочиям **органов местного самоуправления** (муниципальных районов и городских округов) в сфере образования относятся:

- организация предоставления общедоступного и бесплатного начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования по основным общеобразовательным программам, за исключением финансового обеспечения образовательного процесса;
- организация предоставления дополнительного образования детям и общедоступного бесплатного дошкольного образования, за исключением финансового обеспечения образовательного процесса;
- создание, реорганизация и ликвидация муниципальных образовательных учреждений;
- обеспечение содержания зданий и сооружений муниципальных образовательных учреждений, обустройство прилегающих к ним территорий;
- учет детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных учреждениях, реализующих образовательные программы основного общего образования;
- опека и попечительство[32].

Таким образом, конституционные права граждан на образование в Российской Федерации реализуются за счет средств бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации. При этом реализация основных и дополнительных образовательных программ общего и профессионального образования относится к расходным полномочиям федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации.

За счет **федерального бюджета** финансируется реализация следующих образовательных программ:

- основных образовательных программ профессионального образования, реализуемых федеральными государственными образовательными учреждениями;
- образовательных программ дополнительного образования, реализуемых федеральными государственными образовательными учреждениями.

За счет **бюджетов субъектов Российской Федерации** финансируется реализация следующих образовательных программ:

- основных образовательных программ профессионального образования, реализуемых региональными государственными образовательными учреждениями;
- основных общеобразовательных программ дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования;
- образовательных программ дополнительного образования, реализуемых государственными образовательными учреждениями субъектов Российской Федерации и муниципальными образовательными учреждениями.

[32] В соответствии с законодательством Российской Федерации с 1 января 2008 года полномочия по организации и осуществлению деятельности по опеке и попечительству переходят от органов местного самоуправления к органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

2.3. Федеральные и региональные нормативно-правовые акты, определяющие приоритеты государственной политики в сфере образования и направления реформирования (модернизации) системы образования в Российской Федерации

В соответствии с принятой в 2002 году Концепцией модернизации российского образования на период до 2010 года[33] **приоритетами** государственной политики в сфере образования являются:

- обеспечение доступности качественного образования;
- повышение качества общего и профессионального образования;
- гармонизация системы высшего образования России с системами высшего образования европейских стран – участниц Болонского процесса[34];
- формирование эффективных экономических отношений в образовании;
- обеспечение системы образования высококвалифицированными кадрами;
- повышение открытости образования как государственно-общественной системы, расширение участия общественности в управлении образованием.

Механизмом реализации приоритетов государственной политики Российской Федерации в сфере образования являются **федеральные целевые программы развития образования**, разрабатываемые и утверждаемые Правительством Российской Федерации.

Цели и задачи, поставленные Федеральной программой развития образования в Российской Федерации на 2000-2005 годы[35], были сфокусированы на обеспечении качества, доступности образования и эффективности использования ресурсов в системе образования. Меры, реализованные в рамках программы, существенно продвинули развитие образования в направлении решения указанных задач и позволили конкретизировать приоритеты российской образовательной политики на предстоящий период.

Реализация Федеральной целевой программы «Развитие единой образовательной информационной среды (2001 - 2005 годы)»[36] создала условия для поэтапного перехода к новому уровню образования на основе информационных технологий. В рамках данной Программы осуществлялись мероприятия по оснащению школ компьютерами, подключению их к сети Интернет, созданию системы федеральных образовательных Интернет-порталов, переподготовке преподавателей в области информационно-коммуникационных технологий.

Для дальнейшей реализации государственной политики в сфере образования Правительством Российской Федерации разработана и утверждена Федеральная целевая программа развития образования в Российской Федерации на 2006-2010 годы[37].

Целью Программы является обеспечение условий для удовлетворения потребностей граждан, общества и рынка труда в качественном образовании. Достижение

---

[33] Приказ Минобразования России от 11 февраля 2002 г. № 393 «О концепции модернизации российского образования на период до 2010 года»

[34] В сентябре 2003 года на Берлинской конференции министров образования европейских стран Россия присоединилась к Болонской декларации о едином европейском пространстве высшего образования. Основная цель программы действий, начало которой положила Болонская декларация – «создание общеевропейского пространства высшего образования с целью повышения мобильности граждан на рынке труда и усиления конкурентной способности европейского высшего образования». Основные задачи, намеченные Болонской декларацией, должны быть решены ориентировочно к 2010 году. Европейские министры высшего образования взяли на себя обязательство реформировать структуры собственных систем высшего образования с тем, чтобы двигаться в сторону сближения, но при этом сохранять фундаментальные ценности и разнообразие образовательных систем, существующих в их странах.

[35] Федеральный закон от 10 апреля 2000 г. № 51-ФЗ «Об утверждении Федеральной программы развития образования» (с изм. от 26 июня 2007 года)

[36] Постановление Правительства РФ от 28 августа 2001 г. № 630 «О Федеральной целевой программе «Развитие единой образовательной информационной среды (2001-2005 годы)»

[37] Постановление Правительства Российской Федерации от 23 декабря 2005 года № 803 «О Федеральной целевой программе развития образования на 2006-2010 годы» (с изм. от 5 мая 2007 года)

указанной цели обеспечивается путем решения четырех *стратегических задач развития системы образования*, соответствующих приоритетам государственной политики в сфере образования:

- совершенствование содержания и технологий образования;
- развитие системы обеспечения качества образовательных услуг;
- повышение эффективности управления в системе образования;
- совершенствование экономических механизмов в сфере образования.

Для решения каждой из четырех стратегических задач развития образования реализуется комплекс программных мероприятий по соответствующему направлению.

1) Для **совершенствования содержания и технологий образования** планируется реализовать следующие основные мероприятия:

- введение профильного обучения[38] в старшей школе, обеспечивающего возможность выбора учащимися индивидуального учебного плана;
- внедрение новых государственных образовательных стандартов общего образования для обеспечения адекватности содержания образования и технологий обучения требованиям современного общества;
- реализация мер по обеспечению участия России в Болонском процессе с целью повышения конкурентоспособности российского профессионального образования на международном рынке образовательных услуг и получения возможности участия российских студентов и выпускников образовательных учреждений в системе международного непрерывного образования.

2) **Развитие системы обеспечения качества образования** планируется обеспечить путем реализации следующих мер:

- развитие новых форм и механизмов оценки и контроля качества деятельности образовательных учреждений, в том числе с привлечением общественности и профессиональных объединений;
- создание общероссийской системы оценки качества образования, согласованной по всем уровням и ступеням образования;
- реализация эксперимента по введению единого государственного экзамена, повышающего доступность профессионального образования, объективность вступительных испытаний и независимый контроль качества образования.

3) **Повышение эффективности управления в сфере образования** обеспечивается за счет выполнения мероприятий, предполагающих:

- внедрение моделей интегрированных образовательных учреждений, реализующих образовательные программы различных уровней образования;
- внедрение механизмов взаимодействия учреждений профессионального образования и работодателей;
- повышение экономической самостоятельности образовательных учреждений и усиление их ответственности за конечные результаты деятельности.

4) Для **совершенствования экономических механизмов в сфере образования** предполагается реализовать следующие основные меры:

- внедрение новых моделей финансирования образовательных учреждений – в частности, переход на нормативное подушевое финансирование;
- реализация мер по повышению инвестиционной привлекательности сферы образования.

Реализация федеральных программ развития образования обеспечивает поэтапное достижение целей и задач Национальной доктрины образования в Российской

[38] Профильное обучение представляет собой дифференциацию учебных курсов в рамках образовательных программ на старшей ступени общего образования на обязательные и выбираемые учащимися.

Федерации[39], определяющей стратегию и основные направления развития российской системы образования до 2025 года в условиях глобализации рынка образовательных услуг.

Стратегические задачи развития образования в Российской Федерации, определенные в Федеральной программе развития образования и в Национальной доктрине образования, соответствуют приоритетным направлениям социально-экономического развития Российской Федерации.

В посланиях Федеральному Собранию Российской Федерации на 2005-2006 годы Президент Российской Федерации В.В.Путин подчеркивал необходимость реформирования и модернизации системы образования в целях поддержания конкурентоспособности российского образования на мировом уровне.

Направления реформирования и модернизации российской системы образования определены в Программах социально-экономического развития Российской Федерации на 2003-2005 гг.[40] и на 2006-2008 гг.[41]. Основными из направлений являются следующие:

- повышение доступности качественного образования для всех граждан Российской Федерации независимо от места проживания путем реструктуризации сети образовательных учреждений, особенно сельских, и расширения дистанционных методов обучения;
- информатизация образования путем обеспечения условий для подключения всех средних школ к сети Интернет;
- поэтапная передача большинства федеральных учреждений начального и среднего профессионального образования в собственность субъектов Российской Федерации;
- переход на нормативное подушевое финансирование общеобразовательных учреждений;
- постепенное замещение финансирования содержания сети учреждений образования финансированием конкретных образовательных услуг, оказываемых гражданину, развитие системы образовательных кредитов;
- создание эффективной, независимой от образовательных учреждений системы контроля качества образования.

На модернизацию системы образования в Российской Федерации также направлен **национальный проект «Образование»**, реализуемый с 2006 года. Ключевые мероприятия национального проекта реализуются в регионах Российской Федерации на основании соглашений между Министерством образования и науки Российской Федерации и правительствами субъектов Российской Федерации. Всем регионам из федерального бюджета выделяются субсидии на *софинансирование мероприятий национального проекта*.

Национальный проект «Образование» предусматривает реализацию мероприятий по шести основным направлениям:

Поддержка и развитие лучших образцов отечественного образования.

Внедрение современных образовательных технологий.

Создание национальных университетов и бизнес-школ мирового уровня.

Повышение уровня воспитательной работы в школах.

Развитие системы профессиональной подготовки в армии.

---

[39] Постановление Правительства Российской Федерации от 4 октября 2000 г. № 751 «О национальной доктрине образования в Российской Федерации»

[40] Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15 августа 2003 г. № 1163-р

[41] Распоряжение Правительства Российской Федерации от 19 января 2006 г. № 38-р

Реализация проекта «Сельский школьный автобус».

По направлению «***Поддержка и развитие лучших образцов отечественного образования***» осуществляется финансирование на конкурсной основе инновационных образовательных программ ВУЗов и школ; поощрение на конкурсной основе премиями лучших учителей; выплата премий талантливой молодежи.

По направлению «***Внедрение современных образовательных технологий***» основными мероприятиями являются: подключение школ к сети Интернет, разработка и размещение в открытом доступе в сети Интернет дистанционных образовательных программ, оснащение школ компьютерными классами, учебным оборудованием и учебно-наглядными пособиями.

По направлению «***Создание национальных университетов и бизнес-школ мирового уровня***» основными мероприятиями являются: создание к 2008 году в России двух университетских центров, каждый из которых рассчитан на 30 тыс. мест, в Южном и Сибирском федеральных округах, а также двух бизнес-школ по 500 мест в каждой в городах Москва и Санкт-Петербург.

Основным отличием университетских центров от существующих государственных ВУЗов станет включение в их состав научно-исследовательских центров, что позволит учащимся овладевать практическими навыками по своей специальности, работая с современным лабораторным оборудованием. Необходимость создания бизнес-школ обусловлена выходом все большего числа российских компаний на мировые рынки. Поскольку отечественные компании вынуждены конкурировать уже не только внутри страны, но и за рубежом, вести бизнес по правилам, принятым во всем мире, им необходимы современные менеджеры. В целях подготовки современных управленческих кадров и усиления конкурентных преимуществ России при ведении международного бизнеса запланировано создание двух бизнес-школ, которые будут действовать в партнерстве с признанными зарубежными центрами делового образования и выдавать дипломы международного образца.

По направлению «***Повышение уровня воспитательной работы в школах***» основным мероприятием является выплата дополнительного ежемесячного денежного вознаграждения учителям за классное руководство.

По направлению «***Развитие системы профессиональной подготовки в армии***» основными мероприятиями являются:

- создание в воинских частях учебных центров начального профессионального образования для военнослужащих срочной службы, проходящих военную службу по призыву;
- организация обучения на подготовительных отделениях ВУЗов и выплата специальных стипендий гражданам, отслужившим не менее трех лет по контракту в Вооруженных Силах Российской Федерации.

В рамках проекта «***Сельский школьный автобус***» предусмотрено предоставление субъектам Российской Федерации в 2006-2007 годах субсидий на софинансирование приобретения школьных автобусов. Система школьных автобусов, внедренная в рамках реструктуризации сети образовательных учреждений Российской Федерации, является одним из механизмов повышения доступности качественного образования для российских граждан сельских территорий.

Одним из основных факторов эффективности реализации национального проекта «Образование» является комплексный и взаимосвязанный характер направлений проекта, реализация каждого из которых ведет к достижению положительных изменений и по другим направлениям.

Одним из направлений реализации национального проекта «Образование» является поддержка региональных комплексных проектов модернизации образования. В январе 2007 года Министерство образования и науки Российской Федерации объявило **конкурс субъектов Российской Федерации, внедряющих комплексные проекты модернизации образования**. На конкурс были поданы заявки от 53 регионов Российской Федерации. По результатам многосторонней экспертизы конкурсной комиссией Минобразования России отобраны проекты 21 региона, в число которых вошли Калининградская область и Чувашская Республика. Регионам-победителям конкурса предоставляются субсидии из федерального бюджета на *софинансирование реализации комплексных проектов модернизации образования*.

В соответствии с условиями конкурса основными направлениями модернизации образования в рамках реализуемых субъектами Российской Федерации комплексных проектов должны являться:

1) введение новой системы оплаты труда работников общего образования, направленной на повышение доходов учителей;

2) переход на нормативное подушевое финансирование общеобразовательных учреждений;

3) развитие региональной системы оценки качества образования;

4) развитие сети общеобразовательных учреждений субъекта Российской Федерации в целях обеспечения условий для получения качественного общего образования независимо от места жительства;

5) расширение общественного участия в управлении образованием.

ЧУВАШСКАЯ РЕСПУБЛИКА

В Чувашской Республике законодательное регулирование вопросов реализации прав граждан на образование осуществляется в соответствии с Законом Чувашской Республики «Об образовании» от 28 января 1993 года.

Реформа системы образования в Чувашской Республике осуществляется с 1996 года. Начало реформы ознаменовалось принятием Президентской программы Чувашской Республики «Новая школа»[42].

В последнее десятилетие Чувашская Республика активно участвует в проектах и экспериментах федерального правительства по модернизации образования – в частности, по введению единого государственного экзамена, введению профильного обучения и т.д. Так, Чувашская Республика в 2001 году одной из первых среди субъектов Российской Федерации начала эксперимент по введению единого государственного экзамена, который направлен на создание эффективной системы оценки качества образования, основанной на объективных и сопоставимых данных о достигаемых образовательных результатах.

Также Чувашская Республика участвует в ряде международных проектов по реформированию и модернизации образования, реструктуризации образовательных учреждений, информатизации образования.

В 2003-2006 годах Чувашская Республика в числе трех пилотных регионов Российской Федерации приняла участие в проекте «Реформа системы образования», реализованном за счет средств займа Всемирного банка реконструкции и развития. Проект был направлен на отработку на региональном уровне основных элементов стратегии модернизации образования в России и включал действия по следующим основным направлениям:

1) Совершенствование механизмов управления, мониторинга, сбора и обработки данных в системе образования.

[42] Указ Президента Чувашской Республики от 31 января 1997 г. № 10 «О Президентской программе «Новая школа»

2) Развитие механизмов нормативного подушевого финансирования образовательных учреждений и повышение финансово-хозяйственной самостоятельности школ.

3) Модернизация системы общего и начального профессионального образования: оснащение школ учебным оборудованием, компьютерами, методическими пособиями и материалами и т.д.

С 2002 года в Чувашской Республике осуществляется реструктуризация образовательных учреждений, направленная на повышение доступности качественного образования для всех граждан независимо от места их проживания. Работу по реализации данного направления реформирования системы образования Чувашская Республика также начала одной из первых среди субъектов Российской Федерации.

В 2003-2005 гг. в Чувашской Республике была реализована республиканская программа реструктуризации сети общеобразовательных учреждений[43], предусматривающая реструктуризацию как сельских, так и городских школ.

Реструктуризация сети сельских школ Чувашской Республики предусматривала:

- создание сети базовых средних школ в сельской местности, оснащенных современным учебным оборудованием и компьютерной техникой;
- сокращение количества малокомплектных средних школ;
- обеспечение подвоза учащихся в единые на несколько населенных пунктов общеобразовательные учреждения школьными автобусами.

Реструктуризация сети городских школ предполагала внедрение моделей школ со ступенями обучения (начальное и основное общее образование, дополнительное образование), а также создание центров образования, объединяющих городские школы с учреждениями дополнительного и профессионального образования, объектами социальной инфраструктуры.

В 2005-2007 годах в Чувашской Республике проводилась *реструктуризация сети учреждений начального и среднего профессионального образования* в связи с их поэтапной передачей с федерального на региональный уровень. Были созданы многоуровневые образовательные комплексы (интегрированные учреждения начального и среднего профессионального, среднего и высшего профессионального образования), а также ресурсные центры профессионального образования, в которых сконцентрировано современное учебное оборудование.

В 2004-2006 гг. Чувашская Республика в числе трех пилотных регионов Российской Федерации участвовала в проекте «Реструктуризация бюджетной сферы и повышение эффективности расходов региональных и местных бюджетов», реализованном на средства займа Всемирного банка реконструкции и развития. Данный проект был направлен на повышение эффективности расходов региональных и местных бюджетов, разработку нормативной правовой базы по оценке эффективности расходов, выработку направлений и механизмов реструктуризации государственных и муниципальных учреждений.

В рамках проекта была разработана Концепция реструктуризации государственного сектора и повышения эффективности расходов республиканского бюджета Чувашской Республики. В Концепции определены основные направления реструктуризации бюджетных расходов и меры по повышению качества управления бюджетными расходами. Концепция включает общую часть и отраслевые программы реструктуризации государственного сектора и повышения эффективности бюджетных расходов, в том числе в сферах образования и здравоохранения. Отраслевые подпрограммы базируются на принципах программно-целевого бюджетирования и

[43] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 4 июня 2003 г. № 137 «О республиканской программе реструктуризации сети общеобразовательных учреждений в Чувашской Республике на 2003-2005 годы»

направлены на достижение запланированных целей при оптимальном использовании бюджетных ресурсов. В ходе реализации проекта также была усовершенствована республиканская нормативно-правовая база по управлению расходами.

В 2001-2005 годах в Чувашской Республике была успешно реализована Программа развития образования в Чувашской Республике на 2001-2003 годы и на период до 2005 года[44]. Система мероприятий Программы была разбита на восемь основных направлений:

1) *Сохранение и развитие системы дошкольного образования* путем внедрения новых моделей организации дошкольного образования, таких как «школа – детский сад» обеспечивающих преемственность дошкольного и начального образования, их материального и кадрового обеспечения.

2) *Обновление и совершенствование содержания общего образования*, в рамках которого осуществлялась реструктуризация сети общеобразовательных сельских школ, была создана республиканская служба мониторинга качества образования и проведены эксперименты по введению единого государственного экзамена и новой структуры общего образования (12-летней школы).

3) *Информатизация образования,* предполагающая оснащение общеобразовательных учреждений современной компьютерной техникой и развитие системы сбора и обработки информации, необходимой для управления качеством образования.

4) *Развитие системы воспитания детей и молодежи* путем осуществления комплекса мероприятий культурно-воспитательного характера, развития служб психологической помощи детям, трудовой и социальной адаптации подростков.

5) *Подготовка, переподготовка, повышение квалификации педагогических работников и руководителей образовательных учреждений*, в рамках которого предусмотрено создание системы прогнозирования потребности в педагогических кадрах, повышение стимулирующей роли аттестации в системе повышения квалификации и т.д.

6) *Социальная защита работников образования и обучающихся*, предполагающая, в частности, создание единой системы мониторинга здоровья детей школьного возраста, разработку и реализацию отраслевого соглашения о социальной защите работников образования.

7) *Развитие учебно-материальной базы учреждений образования* путем оснащения образовательных учреждений учебным оборудованием, наглядными пособиями, строительства и ремонта зданий образовательных учреждений.

8) *Развитие системы профессионального образования*, которое преимущественно осуществлялось в рамках реализации республиканской целевой программы «Профессиональное образование в Чувашской Республике на 2001-2003 годы и на период до 2005 года». Данная Программа была направлена на обеспечение соответствия подготовки кадров в учреждениях профессионального образования потребностям рынка труда, модернизацию профессиональных учебных заведений и укрепление их материально-технической базы.

Активное и успешное реформирование системы образования Чувашской Республики позволило достичь **значительных позитивных изменений, основными из которых являются следующие**:

1) В результате реструктуризации сети общеобразовательных учреждений и учреждений профессионального образования в Чувашской Республике была создана эффективная образовательная сеть. За период с 2002 года в Чувашской Республике реструктуризировано 340 школ или 49% от общего числа школ в 2001 году. Вместо почти 700 школ (мелких, разбросанных по территории и высокозатратных, со слабыми

[44] Указ Президента Чувашской Республики от 9 апреля 2001 г. № 31 «О программе развития образования в Чувашской Республике на 2001 - 2003 годы и на период до 2005 года»

возможностями предоставления качественных образовательных услуг) на сегодня функционируют 542 школы, из них 138 базовых школ - с современной учебно-материальной и спортивной базой, организацией сетевого взаимодействия (в том числе 51 ресурсный центр, 31 образовательно-культурный центр, 29 учреждений «начальная школа - детский сад»). В результате реализации мер по реструктуризации школ такие экономические показатели, как наполняемость школ, классов, число учащихся на одного учителя улучшаются, несмотря на общее уменьшение количества учащихся.

2) Система общего образования с 2001 года переведена на нормативное подушевое финансирование, с 2006 года на нормативной основе финансируются учреждения начального профессионального образования, с 2007 года осуществляется перевод на нормативное финансирование дошкольного образования.

3) Осуществляется информатизация системы образования в республике. Реализация Федеральной целевой программы «Развитие единой образовательной информационной среды (2001-2005 годы)» и республиканской целевой программы «Развитие единой образовательной информационной среды в Чувашской Республике на 2003-2005 годы»[45] позволила обеспечить большинство школ Чувашской Республики компьютерами и подключить к сети Интернет. Создан Республиканский центр дистанционного обучения педагогов Чувашской Республики, в городах и районах действуют соответствующие ресурсные центры, в 173 удаленных сельских школах установлено спутниковое оборудование.

4) Создана эффективная система поддержки и стимулирования инновационных проектов: учреждены специальные вознаграждения для разработчиков инновационных технологий в образовании, гранты для учителей, талантливых учащихся и молодежи.

5) Информатизация образования в Республике и участие Чувашской Республики в федеральных и международных проектах и экспериментах по развитию образования позволило сформировать локальные зоны инновационного развития. Наибольших успехов в этом добились сельские районы, апробировавшие на своей территории различные инновационные образовательные программы и модели образования.

6) В общеобразовательных учреждениях Чувашской Республики внедрены учебные программы предпрофильной подготовки и профильного обучения, направленные на индивидуализацию образовательных траекторий обучающихся.

7) Подготовлена эффективная основа для создания системы оценки качества образования в Чувашской Республике: введен единый государственный экзамен, создана республиканская служба мониторинга качества образования и т.д.

В настоящее время **приоритетами государственной политики Чувашской Республики в сфере образования** с учетом достигнутых результатов являются:

- инновационное развитие системы образования;
- дальнейшая информатизация системы образования;
- укрепление материально-технической базы учреждений образования;
- повышение качества образования в общеобразовательных школах;
- укрепление и защита здоровья учащихся;
- развитие национальной школы.

Перечисленные приоритеты легли в основу республиканской целевой программы развития образования в Чувашской Республике на 2006-2010 гг.[46]. Стратегической целью данной Программы является обеспечение современного качества образования,

[45] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 8 июля 2003 г. № 169 «О республиканской целевой программе «Развитие единой образовательной информационной среды в Чувашской Республике на 2003 - 2005 годы»

[46] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 14 июня 2005 г. № 144 «О республиканской целевой программе развития образования в Чувашской Республике на 2006 - 2010 годы»

направленного на развитие инновационной культуры выпускников в соответствии с актуальными потребностями личности, рынка труда и общества.

Комплекс мероприятий программы предусматривает реализацию взаимосвязанных мер по следующим основным направлениям:

- разработка и реализация инновационных моделей управления и организации системы общего и дополнительного образования, включая внедрение инновационных образовательных технологий и развитие национальных школ;
- внедрение эффективных механизмов ресурсного обеспечения развития системы образования, в том числе развитие учебно-материальной базы образовательных учреждений и обеспечение прозрачности их финансово-хозяйственного управления;
- формирование и внедрение механизмов расширения общественного участия в управлении образованием;
- создание эффективной системы исследований, мониторинга, статистики и оценки качества образования;
- развитие науки в системе образования, включая проведение конкурсов научных и инновационных проектов, обеспечение участия студентов и аспирантов республики во всероссийских научных мероприятиях и т.д.;
- внедрение здоровьесберегающих технологий в образовании и развитие системы физического воспитания в образовательных учреждениях.

Чувашская Республика является национальной республикой, и соответствующее внимание в ней уделяется развитию национальных культур проживающего в ней населения.

В целях создания необходимых условий для развития национальных общеобразовательных учреждений в Чувашской Республике реализуется Концепция национальной школы Чувашской Республики в современной системе обучения и воспитания[47].

Национальные школы представляют собой общеобразовательные учреждения Чувашской Республики, расположенные в местах компактного проживания представителей разных национальностей, реализующие образовательные программы, основанные на принципе включения обучающихся в родную этнокультурную среду и содержащие соответствующий национально-региональный компонент государственного образовательного стандарта.

Концепция национальной школы Чувашской Республики определяет *приоритеты в развитии национальных школ*, в том числе:

- развитие родного языка как языка воспитания и обучения в системе дошкольного и общего образования;
- реализация образовательных программ, основанных на принципе включения обучающихся в родную этнокультурную среду и национальные традиции.

Как отмечалось ранее, одним из приоритетных направлений модернизации системы образования в Российской Федерации является реализация национального проекта «Образование».

Накопленный опыт позитивных изменений в сфере образования Чувашской Республики и других российских регионов-лидеров в сфере реформирования и модернизации образования во многом определил направления национального проекта «Образование». Поэтому реализация национального проекта в Чувашской Республике, в

[47] Постановление Кабинета Министров Чувашской Республики от 1 июня 2000 г. № 109 «О Концепции национальной школы Чувашской Республики в современной системе обучения и воспитания»

основном, имеет характер продолжения реализации ранее начатых мероприятий, укрепления и расширения уже достигнутых результатов.

В рамках национального проекта «Образование» в Чувашской Республике реализуются следующие мероприятия:

1) *Стимулирование общеобразовательных учреждений, активно внедряющих инновационные образовательные программы*, путем конкурсного отбора школ на получение грантов Президента Российской Федерации и Президента Чувашской Республики. В Чувашской Республике в соответствии с федеральными рекомендациями разработаны и утверждены порядок и критерии конкурсного отбора, разработаны индикаторы и показатели оценки заявок общеобразовательных учреждений.

2) *Поощрение лучших учителей* денежными премиями на основании конкурсного отбора поданных заявок.

3) *Поддержка талантливой молодежи***,** добившейся успехов в олимпиадах и творческих конкурсах, путем выплаты премий.

4) *Внедрение современных образовательных технологий*, в том числе: развитие технической основы современных инновационных технологий, включая подключение школ к сети Интернет и закупку компьютерной техники для компьютерных классов; оснащение школ наглядными пособиями и учебным оборудованием.

В 2007 году было завершено подключение к сети Интернет всех школ Чувашской Республики. В настоящее время все средние школы Чувашской Республики имеют собственные Интернет-сайты.

5) *Повышение уровня воспитательной работы в школах* путем выплат дополнительного ежемесячного денежного вознаграждения классным руководителям. Кроме того, в развитие национального проекта «Образование» в Чувашской Республике принята подпрограмма «Модернизация системы воспитания детей и молодежи в Чувашской Республике» республиканской целевой программы развития образования в Чувашской Республике на 2006-2010 годы, в соответствии с которой в Чувашии осуществляется комплекс мер по совершенствованию воспитательной работы в общеобразовательных учреждениях.

6) *Увеличение количества школьных автобусов* для доставки учащихся в единые на несколько населенных пунктов сельские школы. В Чувашской Республике с 2002 года реализуется программа «Школьный автобус», которая является составной частью реструктуризации сельских школ, направленной на повышение возможностей сельских школьников по получению качественного образования.

Чувашская Республика в числе 21 субъекта Российской Федерации выиграла конкурс на получение субсидий из федерального бюджета на софинансирование реализации проекта комплексной модернизации республиканской системы образования в рамках национального проекта «Образование». Распоряжением Кабинета Министров Чувашской Республики[48] утверждены основные направления реализации комплексного проекта модернизации образования в Чувашской Республике на 2007-2009 гг., соответствующие условиям конкурса, рассмотренным ранее. Приказом Министерства образования и молодежной политики Чувашской Республики[49] определены мероприятия по реализации комплексного проекта модернизации образования в республике и показатели ожидаемых результатов его выполнения.

Чувашская Республика является одним из наиболее прогрессивных российских регионов в сфере реформирования и модернизации образования, положительный опыт

[48] Распоряжение Кабинета Министров Чувашской Республики от 23.04.2007 № 118-р «Основные направления реализации комплексного проекта модернизации образования в Чувашской Республике»

[49] Приказ Министерства образования и молодежной политики Чувашской Республики от 10.05.2007 № 550 «О мерах по реализации комплексного проекта модернизации образования»

которого учитывается Правительством Российской Федерации при формировании общероссийской стратегии развития образования. Образовательная система Чувашской Республики характеризуется ускоренным инновационным развитием по целому ряду системообразующих направлений модернизации образования, способствующим повышению качества, доступности и эффективности образования и интеграции российской системы образования в мировое образовательное пространство.

КАЛИНИНГРАДСКАЯ ОБЛАСТЬ

Законодательное регулирование реализации прав граждан Калининградской области на образование осуществляется в соответствии с Законом Калининградской области от 5 февраля 1998 г. № 48 «Об образовании».

На протяжении последних нескольких лет Калининградская область активно участвует в федеральных экспериментах по модернизации образования, а также в ряде международных проектов. Наряду с Чувашской Республикой с 2001 года Калининградская область участвует в федеральном эксперименте по совершенствованию структуры и содержания общего образования 12-летней школы. Апробируя экспериментальные варианты учебного плана и современные учебники, калининградские школы пошли по пути *развития безотметочных форм обучения, здоровьесберегающих и интерактивных педагогических технологий*.

Три общеобразовательных учреждения Калининградской области в 2002 году приняли участие в федеральном эксперименте по развитию перспективных направлений модернизации школы – *компетентностно-ориентированных*[50] *содержания и технологий образовательного процесса*.

Как и Чувашская Республика, Калининградская область является регионом-участником федеральных экспериментов по введению единого государственного экзамена и организации профильного обучения и предпрофильной подготовки. Введение *единого государственного экзамена* в Калининградской области стало фундаментом для создания объективной, прозрачной, стимулирующей областной системы оценки качества образования. Введение *профильного обучения на старшей ступени общего образования* способствует освоению учителями нового содержания образования и современных педагогических технологий. Переход на профильное обучение позволяет учащимся самостоятельно выбирать индивидуальные образовательные траектории.

В соответствии с приоритетами государственной политики Российской Федерации в сфере образования в Калининградской области ведется работа по расширению общественного участия в управлении образованием.

При содействии Совета Европы несколько калининградских школ участвовали в реализации *проекта по созданию школьных управляющих советов*. В рамках проекта к участию в управлении и деятельности школ привлекаются, помимо педагогических коллективов, активная общественность, ученики и их родители.

В период 2002-2005 гг. в Калининградской области была реализована областная целевая программа «Развитие образования Калининградской области на 2002-2005 гг.»[51]. Программа была направлена на решение следующих основных задач образовательной системы области:

- оптимизация сети образовательных учреждений;
- информатизация системы образования;

[50] Компетентностный подход предполагает всестороннюю подготовку и воспитания индивида не только в качестве специалиста и профессионала своего дела, но и как личности и члена коллектива и социума

[51] Закон Калининградской области от 25 ноября 2002 г. № 199 «Об утверждении областной целевой Программы «Развитие образования Калининградской области на 2002-2005 гг.»

- создание условий для раннего выявления и коррекции недостатков в развитии детей;
- создание условий для поддержки и развития способностей детей.

В результате проведенных преобразований достигнуты следующие **позитивные изменения в сфере образования Калининградской области**:

1) Основным направлением оптимизации сети образовательных учреждений общего и профессионального образования стало создание образовательных округов – объединений образовательных учреждений, расположенных по соседству, для совместного предоставления образования проживающим на данной территории жителям. Образовательные округа создавались на базе различных моделей интегрированных образовательных учреждений, таких как опорная школа[52], комплекс «школа - детский сад» и др. Полученная экономия бюджетных средств была направлена на укрепление материально-технической базы учреждений образования и организацию подвоза детей школьными автобусами в единые на несколько населенных пунктов сельские школы.

2) Эффективным инструментом оптимизации сети школ стало введение в области нормативного подушевого финансирования стандартной общеобразовательной услуги. С 2006 года все общеобразовательные учреждения Калининградской области переведены на нормативное подушевое финансирование.

3) Информатизация образования осуществлялась путем создания областного центра информатизации образования и ресурсных центров системы образования области, в которых было сконцентрировано современное учебное оборудование. Многие образовательные учреждения, а также органы управления образованием были оснащены компьютерной техникой и подключены к сети Интернет.

4) В рамках реализации целевой программы развития образования на 2002-2005 гг. в Калининградской области была разработана и внедрена эффективная система поддержки одаренных школьников. Система предусматривает стимулирование учреждений образования, педагогов и общественных организаций к созданию развивающих условий для способных детей. Одним из стимулов для педагогов и самих учащихся является участие в международных образовательных программах как награда за достигнутые успехи.

На сегодняшний день **приоритетами государственной политики Калининградской области в сфере образования** с учетом достигнутых результатов являются:

- инновационное развитие системы образования;
- дальнейшая оптимизация сети образовательных учреждений, в том числе специальных (коррекционных) учреждений и учреждений профессионального образования;
- укрепление материально-технической базы учреждений образования;
- защита и укрепление здоровья учащихся;
- модернизация системы переподготовки и повышения квалификации педагогических работников;
- развитие областной системы оценки качества образования.

Реализация приоритетов государственной политики Калининградской области в сфере образования в настоящее время осуществляется в соответствии с целевой программой Калининградской области «Развитие образования на 2007-2011 гг.»[53], которая

[52] Опорная школа – школа, имеющая филиалы и являющаяся «ресурсным центром» по направлениям образования для других школ данной территории

[53] Постановление Правительства Калининградской области от 25 декабря 2006 г. № 979 «О целевой Программе Калининградской области «Развитие образования на 2007-2011 гг.»

включает четыре основных направления реализации, взаимоувязанных по целям, мероприятиям и финансовым ресурсам, с выделением показателей ожидаемых результатов. Реализация Программы развития образования на 2007-2011 гг. осуществляется по следующим направлениям:

1) **Совершенствование содержания и технологий образования**, в рамках которого, в частности, планируется:

- введение регионального компонента образовательного стандарта общего образования, содержание которого определяется особым – анклавным – геополитическим положением Калининградской области и отсутствием исторических российских корней на её территории;
- внедрение новых образовательных технологий и принципов организации образовательного процесса, а также моделей инновационных образовательных учреждений;
- введение профильного обучения в старшей школе;
- введение системы дистанционного обучения детей с особыми образовательными потребностями.

2) **Развитие системы обеспечения качества образовательных услуг**, предусматривающей реализацию следующих основных мер:

- создание областной системы оценки качества образования, основанной на объективных и сопоставимых данных о достигаемых образовательных результатах;
- модернизация системы физического воспитания учащихся, развитие школьного здравоохранения;
- поддержка одаренных детей и молодежи.

3) **Повышение эффективности системы образования,** предполагающее, в частности, осуществление следующих мероприятий:

- оптимизация сети специальных (коррекционных) образовательных учреждений для учащихся с ограниченными возможностями здоровья;
- продолжение реструктуризации сети образовательных учреждений, в том числе учреждений начального и среднего профессионального образования в связи с их передачей с федерального на региональный уровень;
- разработка, апробация и внедрение персонифицированной системы повышения квалификации и переподготовки педагогических кадров, предполагающей самостоятельный выбор педагогическим работником образовательного модуля для повышения квалификации;
- расширение общественного участия в управлении образованием.

4) **Совершенствование экономических механизмов в сфере образования**, включающих переход на нормативное подушевое финансирование образовательных учреждений всех уровней образования, разработку и апробацию новой системы оплаты труда работников образования.

Задачи и мероприятия целевой программы развития образования Калининградской области на 2007-2011 гг. взаимоувязаны с основными направлениями **национального проекта «Образование»**.

Национальный проект «Образование» в Калининградской области реализуется по следующим направлениям:

1) *Дополнительное вознаграждение учителям за классное руководство* путем установления доплат за классное руководство.

2) *Стимулирование общеобразовательных учреждений, внедряющих инновационные образовательные программы*, путем выделения дополнительного финансирования школам на конкурсной основе. В Калининградской области в соответствии с федеральными рекомендациями разработан и утвержден порядок

организации конкурсных процедур, разработаны показатели оценки заявок общеобразовательных учреждений по критериям отбора.

3) *Стимулирование инновационных ВУЗов* путем финансирования реализуемых ими инновационных образовательных программ, отобранных по итогам всероссийского конкурса. В числе ВУЗов-победителей конкурса в 2007 году был выбран расположенный в Калининградской области Российский государственный университет имени Иммануила Канта.

4) *Поощрение лучших учителей* денежными премиями за высокое профессиональное мастерство и значительный вклад в развитие образования. Лучшие учителя определяются путем открытого конкурса и общественной экспертизы поданных заявок.

5) *Увеличение количества школьных автобусов* для доставки учеников в единые на несколько населенных пунктов сельские школы.

6) *Приобретение учебного оборудования* для общеобразовательных учреждений, в том числе интерактивных досок, оборудования кабинетов биологии, географии, физики, химии и т.д.

7) *Информатизация общеобразовательных учреждений* путем подключения к сети Интернет и поставки в них компьютерного оборудования.

8) *Поддержка талантливой молодежи*, добившейся успехов в олимпиадах и творческих конкурсах путем выплаты премий.

Калининградская область в числе 21 субъекта Российской Федерации выиграла конкурс на получение субсидий из федерального бюджета на софинансирование реализации комплексного проекта модернизации областной системы образования.

Постановлением Правительства Калининградской области[54] утвержден план реализации комплексного проекта модернизации образования в Калининградской области в 2007 году по направлениям, соответствующим условиям конкурса, рассмотренным ранее.

Калининградская область, развивая образовательную систему в русле федеральной политики развития образования в России, является одним из регионов-лидеров в сфере обновления содержания и технологий образования, его инновационного развития и повышения конкурентоспособности российского образования на мировом рынке образовательных услуг.

[54] Постановление Правительства Калининградской области от 30 июля 2007 года № 450 «О плане реализации комплексного проекта модернизации образования в Калининградской области в 2007 году»

3. АНАЛИЗ ГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ НА ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ в 2004-2006 гг.

3.1. АНАЛИЗ ОБЪЕМОВ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ в 2004-2006 гг.

3.1.1. Оценка уровня государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в целом и на региональном уровне в 2004-2006 гг.

3.1.1.1. Уровень государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в процентах от ВВП

Анализ объемов государственных расходов Российской Федерации на финансирование здравоохранения и образования относительно объемов ВВП показал, что в стране наблюдается устойчивая тенденция роста государственных расходов на здравоохранение и образование, о чем свидетельствуют данные таблицы 1.

Таблица 1. Государственные расходы на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в процентах от ВВП, *млрд. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	% от ВВП	Исполнение	% от ВВП	Исполнение	% от ВВП
Объем ВВП Российской Федерации	17048,1		21620,1		26781,1	
Объем государственных расходов на ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	479,6	**2,8%**	656,0	**3,0%**	868,2	**3,2%**
Объем государственных расходов на ОБРАЗОВАНИЕ	593,4	**3,5%**	790,7	**3,7%**	1022,5	**3,8%**

Государственные расходы на финансирование здравоохранения[55] в Российской Федерации за анализируемый период возросли с 2,8% до 3,2% от ВВП. Однако, несмотря на положительную динамику, объем государственного финансирования здравоохранения в Российской Федерации пока остается на уровне ниже рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения – 5% от ВВП.

Государственные расходы на финансирование образования в Российской Федерации также ежегодно растут (см. таблицу 1). Тем не менее, данный показатель в Российской Федерации ниже, чем в экономически более развитых странах. Так, государственные расходы на финансирование образования в Российской Федерации в 2006 гг. составили 3,8% от ВВП, в то время как в странах Организации экономического сотрудничества и развития этот показатель составляет в среднем 5,9%[56]**.** В Канаде, США и ряде других экономически развитых стран доля государственных расходов на образование также превышает 5% от ВВП.

[55] Государственные расходы на финансирование здравоохранения в Российской Федерации представляют собой совокупность расходов на здравоохранение, осуществляемых за счет средств *государственного бюджета Российской Федерации* (государственный бюджет РФ включает в себя федеральный, региональные и местные бюджеты РФ), *федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации* и *территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации*.

[56] Education at a glance: OECD indicators – 2006 edition

3.1.1.2. Уровень государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Чувашской Республике в процентах от ВРП

В Чувашской Республике, как и в Российской Федерации в целом, финансирование здравоохранения и образования ежегодно увеличивается.

Доли расходов на финансирование здравоохранения и образования в процентах относительно ВРП Чувашской Республики в 2005 г. по сравнению с 2004 г. заметно возросли: по здравоохранению – с 4,6% до 5,6%, по образованию – с 5,0% до 5,4% (см. таблицу 2).

Таблица 2. Расходы на финансирование здравоохранения и образования в Чувашской Республике в процентах от ВРП, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	% от ВРП	Исполнение	% от ВРП	Исполнение	% от ВРП
Объем ВРП Чувашской Республики	59573,8		69498,3		н.д.	н.д.
Объем расходов на финансирование ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в Чувашской Республике	2767,7	**4,6%**	3897,3	**5,6%**	5488,6	н.д.
Объем расходов на финансирование ОБРАЗОВАНИЯ в Чувашской Республике	2971,6	**5,0%**	3719,0	**5,4%**	4725,5	н.д.

3.1.1.3. Уровень государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Калининградской области в процентах от ВРП

В Калининградской области объемы финансирования здравоохранения и образования в анализируемый период также стабильно возрастали, что подтверждают данные таблицы 3.

Таблица 3. Расходы на финансирование здравоохранения и образования в Калининградской области в процентах от ВРП, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	% от ВРП	Исполнение	% от ВРП	Исполнение	% от ВРП
Объем ВРП Калининградской области	66552,1		80786,2		н.д.	
Объем расходов на финансирование ЗДРАВООХРАНЕНИЯ в Калининградской области	2155,0	**3,2%**	3064,4	**3,8%**	4173,4	н.д.
Объем расходов на финансирование ОБРАЗОВАНИЯ в Калининградской области	2595,7	**3,9%**	3443,4	**4,3%**	5565,1	н.д.

ВЫВОДЫ:

- Проведенный анализ показал, что в Российской Федерации наблюдается устойчивая тенденция роста государственных расходов на финансирование здравоохранения и образования как на уровне страны в целом, так и в отдельных субъектах Российской Федерации (на региональном уровне).
- Несмотря на наблюдающуюся положительную динамику роста расходов на здравоохранение и образование относительно объемов ВВП, объем государственного финансирования данных отраслей в Российской Федерации пока остается на уровне ниже, чем в экономически более развитых странах. Так, объем государственного финансирования здравоохранения в Российской Федерации в 2006 году составил 3,2% от ВВП, тогда как рекомендуемый Всемирной организацией здравоохранения уровень расходов на здравоохранение составляет

5% от ВВП. Государственные расходы Российской Федерации на образование в 2006 гг. составили 3,8% от ВВП, в то время как в странах Организации экономического сотрудничества и развития – в среднем 5,9%; в Канаде, США и других экономически развитых странах – также выше 5% от ВВП.

3.1.2. Оценка роли средств федерального бюджета, региональных и местных бюджетов, и средств, аккумулируемых в государственных внебюджетных фондах[57] Российской Федерации, в государственном финансировании здравоохранения и образования в 2004-2006 гг.

3.1.2.1. Соотношение долей средств федерального бюджета, консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации и средств, аккумулируемых в государственных внебюджетных фондах Российской Федерации, в государственном финансировании здравоохранения и образования в Российской Федерации

3.1.2.1.1. Соотношение государственных расходов Российской Федерации на финансирование системы здравоохранения, осуществляемых за счет различных источников

Государственное финансирование здравоохранения в Российской Федерации осуществляется по двум каналам: за счет средств бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и за счет средств обязательного медицинского страхования, аккумулируемых в федеральном и территориальных фондах обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

Определяющую роль в финансировании системы здравоохранения играют средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации[58], о чем свидетельствуют данные, приведенные в таблице 4.

В последние годы в объеме государственного финансирования здравоохранения заметно возросла доля средств федерального бюджета: если в 2004 г. она составляла 9,6%, то в 2006 г. – уже 27,8%. Значительный рост расходов федерального бюджета на финансирование здравоохранения в 2005 г. отчасти связан с изменением бюджетной классификации Российской Федерации с 1 января 2005 года[59]. В 2006 году рост расходов федерального бюджета связан с началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье»[60]. Одним из основных направлений национального проекта является «Развитие первичной медико-санитарной помощи». Учитывая недостаточную для крупномасштабных преобразований финансовую базу муниципальных образований, Правительство Российской Федерации осуществляет дополнительное финансирование, направленное на укрепление муниципального звена медицинской помощи.

---

[57] В рамках данного исследования рассматриваются федеральный фонд и территориальные фонды обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

[58] Консолидированный бюджет субъекта Российской Федерации представляет собой совокупность регионального бюджета и местных бюджетов.

[59] В соответствии с новой бюджетной классификацией в расходы федерального бюджета на здравоохранение с 2005 года включаются расходы на содержание медицины Минобороны, МВД России и других ведомств, которые в 2004 году отражались по разделам «Национальная оборона» и «Правоохранительная деятельность». Аналогично, расходы на научные исследования в сфере здравоохранения в 2004 году включались в общую сумму государственных расходов на науку и отражались в разделе «Фундаментальные исследования и содействие научно-техническому прогрессу». С 2005 года данные расходы отражаются в подразделе «Прикладные научные исследования в области здравоохранения и спорта» раздела «Здравоохранение и спорт» функциональной классификации расходов.

[60] О приоритетном национальном проекте «Здоровье» подробно написано в подразделе 1.3.

Таблица 4. Структура источников финансирования государственных расходов в системе здравоохранения Российской Федерации[61], *млрд. рублей*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес
Объем государственных расходов на здравоохранение, ВСЕГО	479,6	100%	656,0	100%	868,2	100%
в том числе:						
1. Федеральный бюджет РФ	45,9	9,6%	142,3	21,7%	241,5	27,8%
2. Консолидированные бюджеты субъектов РФ (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения)	241,9	50,4%	288,0	43,9%	348,3	40,1%
3. Средства системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации	191,8	40,0%	225,7	34,4%	278,4	32,1%

В 2006 г. за счет средств обязательного медицинского страхования, аккумулируемых в фондах обязательного медицинского страхования, финансировалась примерно 1/3 часть всего объема государственного финансирования здравоохранения в Российской Федерации. За анализируемый период доля средств обязательного медицинского страхования сократилась с 40,% в 2004 г. до 32,1% 2006 г.

Таким образом, наблюдается тенденция снижения роли средств обязательного медицинского страхования за счет перераспределения долей различных источников финансирования системы здравоохранения в сторону увеличения расходов федерального бюджета.

3.1.2.1.2. Соотношение расходов федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в объеме государственных расходов на финансирование системы образования

Соотношение ролей федерального и регионального уровня в части финансирования системы образования Российской Федерации на протяжении всего анализируемого периода оставалось практически неизменным. Основную роль в финансирования образования играют бюджеты субъектов Российской Федерации, доля которых составляет почти 80% (см. таблицу 5).

Таблица 5. Структура источников финансирования государственных расходов в системе образования Российской Федерации, *млрд. рублей*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес
Объем государственных расходов на образование, ВСЕГО	593,4	100%	790,7	100%	1022,5	100%
в том числе:						
1. Федеральный бюджет РФ	121,6	20,5%	162,1	20,5%	212,4	20,8%
2. Консолидированные бюджеты субъектов РФ	471,8	79,5%	628,6	79,5%	810,1	79,2%

[61] Таблица 4 подготовлена на основании данных Доклада о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2006 году, размещенного на официальном сайте Минздравсоцразвития РФ (http://www.mzsrrf.ru/inf_cur/815.html)

Таким образом, роль бюджетов субъектов Российской Федерации в финансировании расходов на образование более значимая, чем в финансировании системы здравоохранения.

3.1.2.2. Соотношение долей средств республиканского бюджета, местных бюджетов и средств, аккумулируемых во внебюджетных фондах Чувашской Республики, в финансировании здравоохранения и образования в Чувашской Республике

3.1.2.2.1. Соотношение расходов на финансирование системы здравоохранения Чувашской Республики, осуществляемых за счет различных источников

Наибольший удельный вес в структуре расходов на финансирование системы здравоохранения Чувашской Республики занимают средства обязательного медицинского страхования, аккумулируемые в территориальном фонде ОМС. По итогам 2006 г. их доля составила 36,5%, хотя по сравнению с двумя предыдущими годами она сократилась (см. таблицу 6).

При этом в анализируемый период доля средств республиканского бюджета в объеме финансирования системы здравоохранения Чувашской Республики возросла с 21,9% до 31,4%. Существенный рост расходов республиканского бюджета на здравоохранение в 2006 г. по сравнению с 2005 г. главным образом связан с началом реализации национального проекта «Здоровье».

Таблица 6. Соотношение расходов на финансирование системы здравоохранения Чувашской Республики, осуществляемых за счет различных источников, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес
Объем расходов на финансирование здравоохранения в Чувашской Республике, ВСЕГО	2767,7	100%	3897,3	100%	5488,6	100%
в том числе:						
1. Республиканский бюджет Чувашской Республики (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения, перечисленных в Территориальный фонд ОМС Чувашской Республики)	607,3	21,9%	927,9	23,8%	1722,6	31,4%
2. Местные бюджеты Чувашской Республики	1101,9	39,8%	1311,0	33,6%	1763,1	32,1%
3. Средства системы обязательного медицинского страхования, аккумулируемые в Территориальном фонде ОМС Чувашской Республики	1058,5	38,3%	1658,4	42,6%	2002,9	36,5%

3.1.2.2.2. Соотношение расходов республиканского бюджета и местных бюджетов Чувашской Республики в объеме расходов на финансирование системы образования

Расходы на образование в Чувашской Республике преимущественно осуществляются из бюджетов муниципальных образований (см. таблицу 7). Так, в 2006 г. доля расходов на образование, произведенных из местных бюджетов, составила 78,9%.

Такое распределение расходов на финансирование образования в бюджетах субфедерального уровня обусловлено тем, что в Российской Федерации *организация предоставления* дошкольного и общего образования является полномочием органов

местного самоуправления. При этом субъекты Российской Федерации осуществляют *финансовое обеспечение* реализации образовательных программ дошкольного и общего образования путем перечисления целевых субвенций бюджетам муниципальных образований на финансирование соответствующих расходов. Расходы на организацию предоставления дошкольного и общего образования, включающие субвенции из региональных бюджетов на финансирование соответствующих образовательных программ, осуществляются из бюджетов муниципальных образований.

Таблица 7. Соотношение расходов республиканского бюджета и местных бюджетов Чувашской Республики на финансирование системы образования, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес
Объем расходов на финансирование образования в Чувашской Республике, ВСЕГО	2971,6	100%	3719,0	100%	4725,5	100%
в том числе:						
1. Республиканский бюджет Чувашской Республики	494,7	16,6%	892,7	24,0%	997,9	21,1%
2. Местные бюджеты Чувашской Республики	2476,9	83,4%	2826,3	76,0%	3727,6	78,9%

Изменение соотношения расходов на финансирование образования между республиканским и местными бюджетами Чувашской Республики в анализируемый период объясняется перераспределением полномочий между различными уровнями власти в Российской Федерации в ходе бюджетной реформы и реформы местного самоуправления.

С 1 января 2005 года к расходным обязательствам субъектов Российской Федерации относятся:

- финансовое обеспечение государственных гарантий прав граждан на получение общедоступного и бесплатного дошкольного, основного и дополнительного общего образования (путем выделения субвенций местным бюджетам на финансирование реализации соответствующих образовательных программ);
- финансирование государственных учреждений начального и среднего профессионального образования (за исключением федеральных учреждений начального и среднего профессионального образования, перечень которых утвержден Правительством Российской Федерации[62]).

В 2005-2006 гг. в соответствии с перераспределением полномочий происходила постепенная передача в собственность Чувашской Республики из федеральной собственности учреждений начального и среднего профессионального образования, находящихся на территории республики. Вследствие этого соотношение расходов на финансирование образования в республике в 2005-2006 гг. изменилось в пользу республиканского бюджета.

[62] Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 августа 2004 г. №1139-р

3.1.2.3. Соотношение долей средств областного бюджета, местных бюджетов и средств, аккумулируемых во внебюджетных фондах Калининградской области, в финансировании здравоохранения и образования в Калининградской области

3.1.2.3.1. Соотношение расходов на финансирование системы здравоохранения Калининградской области, осуществляемых за счет различных источников

Средства обязательного медицинского страхования, аккумулируемые в территориальном фонде ОМС Калининградской области, на протяжении всего анализируемого периода играли наиболее существенную роль в финансирования областной системы здравоохранения (см. таблицу 8).

Удельный вес средств ОМС в объеме финансирования системы здравоохранения Калининградской области в 2006 г. по сравнению с 2005 г. возрос с 42,0% до 43,9%, что является благоприятной тенденцией на фоне перехода к одноканальному финансированию системы здравоохранения в Российской Федерации.

Таким образом, за анализируемый период структура источников финансирования здравоохранения в Калининградской области изменилась положительным образом.

Таблица 8. Соотношение расходов на финансирование системы здравоохранения Калининградской области, осуществляемых за счет различных источников, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес
Объем расходов на финансирование здравоохранения в Калининградской области, ВСЕГО	2155,0	100%	3064,4	100%	4173,4	100%
в том числе:						
1. Областной бюджет Калининградской области (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения, перечисленных в Территориальный фонд ОМС Калининградской области)	503,0	23,3%	940,2	30,7%	1278,6	30,7%
2. Местные бюджеты Калининградской области (без учета страховых взносов на ОМС неработающего населения, перечисленных в Территориальный фонд ОМС Калининградской области)	700,6	32,5%	836,3	27,3%	1061,6	25,4%
3. Средства системы обязательного медицинского страхования, аккумулируемые в Территориальном фонде ОМС Калининградской области	951,4	44,2%	1287,9	42,0%	1833,2	43,9%

3.1.2.3.2. Соотношение расходов областного бюджета и местных бюджетов Калининградской области в объеме расходов на финансирование системы образования

В Калининградской области уменьшение роли местных бюджетов в финансировании образования в 2004-2006 гг. компенсируется увеличением объемов финансирования образования из областного бюджета (см. таблицу 9).

Изменение соотношения в финансировании расходов на образование, осуществляемых из областного и местных бюджетов Калининградской области, в рассматриваемый период отражает процесс поэтапной передачи учреждений начального и

среднего профессионального образования из собственности Российской Федерации в собственность субъектов Российской Федерации.

В этой связи в 2005-2006 гг. доля расходов на финансирование образования областного бюджета Калининградской области заметно возросла за счет сокращения доли местных бюджетов.

Таблица 9. Соотношение расходов областного бюджета и местных бюджетов Калининградской области на финансирование системы образования, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес	Исполнение	Удельн. вес
Объем расходов на финансирование образования в Калининградской области, ВСЕГО	2595,7	100%	3443,4	100%	5565,1	100%
в том числе:						
1. Областной бюджет Калининградской области	223,0	8,6%	522,2	15,2%	1164,6	20,9%
2. Местные бюджеты Калининградской области	2372,7	91,4%	2921,2	84,8%	4400,5	79,1%

ВЫВОДЫ:

- Государственное финансирование здравоохранения в Российской Федерации осуществляется по двум каналам: за счет средств бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и за счет средств федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования Российской Федерации.
- Определяющую роль в государственном финансировании здравоохранения играют средства консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации[63], несмотря на то, что их доля за период 2004-2006 гг. снизилась с 50,4% до 40,1% в результате увеличения доли расходов федерального бюджета.
- Роль фондов обязательного медицинского страхования за анализируемый период снизилась в результате увеличения расходов федерального бюджета, что связано с началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».
- В рассматриваемых субъектах Российской Федерации средства системы ОМС занимают наибольший удельный вес. Отчасти, это объясняется тем, что и Чувашская Республика, и Калининградская область являются участниками федерального пилотного проекта по модернизации здравоохранения. И одним из направлений данного проекта является поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. Следует отметить, что оба региона реализуют пилотный проект по модернизации здравоохранения по всем пяти направлениям, рассмотренным в подразделе 1.3. раздела 1, что является свидетельством приоритетного развития системы здравоохранения в обоих регионах.
- Соотношение роли федерального и регионального уровня в части финансирования системы образования Российской Федерации на протяжении всего анализируемого периода оставалось практически неизменным. Основную роль в финансировании

[63] Консолидированный бюджет субъекта Российской Федерации представляет собой совокупность регионального бюджета и местных бюджетов

образования играют бюджеты субъектов Российской Федерации, доля которых составляет почти 80%.

- Расходы на образование внутри субъектов Российской Федерации преимущественно осуществляются из бюджетов муниципальных образований. Такое распределение расходов на финансирование образования в бюджетах субфедерального уровня обусловлено тем, что в Российской Федерации *организация предоставления* дошкольного и общего образования относится к полномочиям органов местного самоуправления. При этом субъекты Российской Федерации осуществляют *финансовое обеспечение* реализации образовательных программ дошкольного и общего образования путем перечисления целевых субвенций бюджетам муниципальных образований на финансирование соответствующих расходов. Расходы на организацию предоставления дошкольного и общего образования, включающие субвенции из региональных бюджетов на финансирование соответствующих образовательных программ, осуществляются из бюджетов муниципальных образований.

3.1.3. Оценка темпов роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг.

3.1.3.1. Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение и образование по Российской Федерации в целом[64]

3.1.3.1.1. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения[65] по Российской Федерации в целом

В анализируемый период темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение в Российской Федерации заметно превосходят темпы роста общего объема расходов консолидированного бюджета Российской Федерации (см. таблицу 10).

Прирост расходов на здравоохранение в 2006 г. к уровню 2004 г. в сопоставимых ценах (в реальном выражении) составил 73,2%, тогда как по расходам в целом – 34,3%, что является ярким свидетельством приоритетности расходов на здравоохранение.

Наибольшими темпами роста расходов на здравоохранение характеризуются расходы федерального бюджета, которые в 2006 г. по сравнению с 2004 г. возросли более чем в 2,5 раза, что, в частности, объясняется началом реализации в 2006 г. национального проекта «Здоровье».

Таблица 10. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения по Российской Федерации в целом[66], *млрд. руб*.

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г	Рост	Рост	Рост

[64] Данные в таблицах 10-11 приведены в ценах 2004 года с целью сопоставимости показателей. Дефлирование показателей 2005-2006 гг. (приведение показателей, рассчитанных в текущих ценах, к показателям, выраженным в ценах 2004 г.) осуществлялось с помощью базового индекса потребительских цен по Российской Федерации:

2005 г. – 108,32% (декабрь к декабрю предыдущего года)

2006 г. – 107,84% (декабрь к декабрю предыдущего года)

[65] В настоящем исследовании к *бюджетным расходам на финансирование здравоохранения* отнесены также расходы на спорт и физическую культуру. В Российской Федерации развитие физической культуры и спорта является составной частью государственной политики по охране и улучшению общественного здоровья. Поэтому в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации расходы на здравоохранение, физическую культуру и спорт отражаются в одном разделе функциональной классификации.

[66] Таблица 10 подготовлена на основании федеральных законов об исполнении федерального бюджета Российской Федерации за 2004-2006 гг. и отчетов об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации за 2004-2006 гг., размещенных на официальном сайте Федерального казначейства Российской Федерации

				расходов **2005 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах	расходов **2006 г. к 2005 г.** в сопоставимых ценах	расходов **2006 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах
	Исполнение	Исполнение (в ценах 2004 г.)	Исполнение (в ценах 2004 г.)			
Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации, ВСЕГО	4669,7	5487,5	6271,2	117,5%	114,3%	134,3%
из них:						
Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на финансирование ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	370,3	509,6	641,5	137,6%	125,9%	173,2%
в том числе:						
1. Федеральный бюджет РФ	49,1	81,4	126,3	165,8%	155,1%	257,2%
2. Консолидированные бюджеты субъектов РФ (с учетом страховых взносов на ОМС неработающего населения)	321,2	428,2	515,2	133,3%	120,3%	160,4%

3.1.3.1.2. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования по Российской Федерации в целом

В 2004-2006 гг. государственные расходы на финансирование образования, как и расходы на здравоохранение, росли опережающими темпами по сравнению с общим объемом расходов консолидированного бюджета Российской Федерации, что отражает приоритетность развития образования в государственной политике Российской Федерации. Объем расходов на финансирование образования за анализируемый период в сопоставимых ценах увеличился на 47,5%, тогда как прирост общего объема расходов государственного бюджета составил 34,3% (см. таблицу 11).

Расходы федерального бюджета и консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации на финансирование образования возрастали в рассматриваемый период приблизительно одинаковыми темпами. Прирост расходов федерального бюджета на финансирование образования в 2006 году несколько превысил прирост расходов на образование, осуществляемых за счет бюджетов субъектов Российской Федерации.

Таблица 11. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования по Российской Федерации в целом, *млрд. руб*.

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Рост расходов **2005 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2005 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах
	Исполнение	Исполнение (в ценах 2004 г.)	Исполнение (в ценах 2004 г.)			
Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации, ВСЕГО	4669,7	5487,5	6271,2	117,5%	114,3%	134,3%
из них:						
Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации на финансирование	593,4	730,0	875,3	123,0%	119,9%	147,5%

ОБРАЗОВАНИЯ						
в том числе:						
1. Федеральный бюджет РФ	121,6	149,7	181,8	123,1%	121,4%	149,5%
2. Консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации	471,8	580,3	693,5	123,0%	119,5%	147,0%

3.1.3.2. Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение и образование в Чувашской Республике[67]

3.1.3.2.1. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения в Чувашской Республике

Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение в Чувашской Республике в анализируемый период заметно превосходят темпы роста общего объема бюджетных расходов консолидированного бюджета Чувашской Республики, о чем свидетельствуют данные таблицы 12.

Таблица 12. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения в Чувашской Республике, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Рост расходов **2005 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2005 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах
	Исполнение	Исполнение (в ценах 2004 г.)	Исполнение (в ценах 2004 г.)			
Расходы консолидированного бюджета Чувашской Республики, ВСЕГО	13165,8	14829,7	17338,9	112,6%	116,9%	131,7%
из них:						
Расходы на финансирование здравоохранения	2073,5	2489,6	3433,1	120,1%	137,9%	165,6%
в том числе:						
1. Республиканский бюджет Чувашской Республики	971,6	1249,7	1879,0	128,6%	150,4%	193,4%
2. Местные бюджеты Чувашской Республики	1101,9	1239,9	1554,1	112,5%	125,3%	141,0%

Прирост бюджетных расходов Чувашской Республики на здравоохранение в 2006 г. к уровню 2004 г. в сопоставимых ценах (в реальном выражении) составил 65,6%, тогда как по расходам в целом – 31,7%, что подтверждает приоритетности расходов на здравоохранение в республике. Наибольшими темпами росли расходы республиканского бюджета Чувашской Республики.

[67] Данные в таблицах 12-13 приведены в ценах 2004 года. Дефлирование показателей 2005-2006 гг. (приведение показателей, рассчитанных в текущих ценах, к показателям, выраженным в ценах 2004 г.) осуществлялось с помощью базового индекса потребительских цен по Чувашской Республике:

2005 г. – 105,73% (декабрь к декабрю предыдущего года)

2006 г. – 107,30% (декабрь к декабрю предыдущего года)

3.1.3.2.2. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования в Чувашской Республике

В Чувашской Республике рост расходов на финансирование образования в 2004-2006 гг. заметно опережал рост общего объема расходов консолидированного бюджета республики. Бюджетные расходы в республике за указанный период в реальном выражении увеличились на 31,7%, в то время как объем расходов на финансирование образования вырос на 40,2% (см. таблицу 13).

Таблица 13. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования в Чувашской Республике, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Рост расходов **2005 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2005 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах
	Исполнение	Исполнение (в ценах 2004 г.)	Исполнение (в ценах 2004 г.)			
Расходы консолидированного бюджета Чувашской Республики, ВСЕГО	13165,8	14829,7	17338,9	112,6%	116,9%	131,7%
из них:						
Расходы на финансирование образования	2971,6	3517,4	4165,3	118,4%	118,4%	140,2%
в том числе:						
1. Республиканский бюджет Чувашской Республики	494,7	844,3	879,6	170,7%	104,2%	177,8%
2. Местные бюджеты Чувашской Республики	2476,9	2673,1	3285,7	107,9%	122,9%	132,7%

Наиболее существенный вклад в прирост расходов на финансирование образования в республике за рассматриваемый период внес республиканский бюджет, расходы которого в 2006 году увеличились на 77,8% по сравнению с уровнем 2004 года (в сопоставимых ценах).

Объемы расходов местных бюджетов на финансирование образования в анализируемый период росли сходными темпами с общим объемом расходов консолидированного бюджета Чувашской Республики. Прирост расходов местных бюджетов на финансирование образования за период с 2004 по 2006 гг. в реальном выражении составил 32,7%.

3.1.3.3. Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение и образование в Калининградской области[68]

3.1.3.3.1. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения в Калининградской области

Темпы роста бюджетных расходов на здравоохранение в Калининградской области в анализируемый период несколько превосходили темпы роста общего объема

[68] Данные в таблицах 14-15 приведены в ценах 2004 года. Дефлирование показателей 2005-2006 гг. (приведение показателей, рассчитанных в текущих ценах, к показателям, выраженным в ценах 2004 г.) осуществлялось с помощью базового индекса потребительских цен по Калининградской области:

2005 г. – 107,79% (декабрь к декабрю предыдущего года)

2006 г. – 107,08% (декабрь к декабрю предыдущего года)

бюджетных расходов консолидированного бюджета Калининградской области (см. таблицу 14). Прирост бюджетных расходов на здравоохранение в 2006 г. к уровню 2004 г. в сопоставимых ценах (в реальном выражении) составил 65,4%, тогда как по расходам в целом – 58,3%, что отражает приоритетность расходов на здравоохранение.

Расходы областного бюджета Калининградской области росли быстрее, чем расходы местных бюджетов.

Таблица 14. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения в Калининградской области, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Рост расходов **2005 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2005 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах
	Исполнение	Исполнение (в ценах 2004 г.)	Исполнение (в ценах 2004 г.)			
Расходы консолидированного бюджета Калининградской области, ВСЕГО	11442,7	14070,8	18113,2	123,0%	128,7%	158,3%
из них:						
Расходы на финансирование здравоохранения	1486,0	1997,1	2458,1	134,4%	123,1%	165,4%
в том числе:						
1. Областной бюджет Калининградской области	784,1	1220,1	1538,4	155,6%	126,1%	196,2%
2. Местные бюджеты Калининградской области	701,9	777,0	919,7	110,7%	118,4%	131,0%

3.1.3.3.2. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования в Калининградской области

В Калининградской области общий объем бюджетных расходов за анализируемый период увеличился в реальном выражении на 58,3% (см. таблицу 15). При этом объем расходов на финансирование образования вырос с 2004 по 2006 годы на 85,8%. Определяющий вклад в данный прирост внес областной бюджет Калининградской области, расходы которого на финансирование образования за указанный период в сопоставимых ценах возросли в 4,5 раза.

Расходы местных бюджетов Калининградской области на финансирование образования росли в 2004-2006 гг. менее высокими темпами. В 2006 г. прирост расходов местных бюджетов на финансирование образования в реальном выражении составил 60,7% к уровню 2004 г.

Таблица 15. Темпы роста бюджетных расходов на финансирование образования в Калининградской области, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.	Рост расходов **2005 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2005 г.** в сопоставимых ценах	Рост расходов **2006 г. к 2004 г.** в сопоставимых ценах
	Исполнение	Исполнение (в ценах 2004 г.)	Исполнение (в ценах 2004 г.)			
Расходы консолидированного бюджета Калининградской области, ВСЕГО	11442,7	14070,8	18113,2	123,0%	128,7%	158,3%
из них:						

Расходы на финансирование образования	2595,7	3194,6	4821,5	123,1%	150,9%	185,8%
в том числе:						
1. Областной бюджет Калининградской области	223,0	484,5	1009,0	217,2%	208,3%	452,5%
2. Местные бюджеты Калининградской области	2372,7	2710,1	3812,5	114,2%	140,7%	160,7%

ВЫВОДЫ:

- Расходы федерального бюджета и исследуемых региональных бюджетов на финансирование здравоохранения и образования в 2004-2006 гг. росли опережающими темпами по сравнению с темпами роста общего объема расходов соответствующих бюджетов, что свидетельствует о приоритетности развития данных отраслей в государственной политике Российской Федерации и субъектов Российской Федерации.
- Объемы и динамика роста бюджетных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в сравнении с темпами роста расходов в целом отражает соответствие бюджетных расходов стратегическим приоритетам бюджетной политики, установленным Правительством Российской Федерации.

3.1.4. Оценка степени приоритетности бюджетных расходов на финансирование здравоохранения и образования в Российской Федерации в 2004-2006 гг.

3.1.4.1. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Российской Федерации

Совокупная доля расходов на здравоохранение и образование в общем объеме расходов консолидированного бюджета Российской Федерации в анализируемый период возросла с 20,6% в 2004 г. до 24,2% в 2006 г. (см. таблицу 16), что является свидетельством повышения степени приоритетности социально значимых отраслей при осуществлении государственной политики Российской Федерации.

Доля расходов на здравоохранение в консолидированном бюджете Российской Федерации возросла в течение анализируемого периода с 7,9% до 10,2% от общего объема расходов консолидированного бюджета, доля расходов на образование – с 12,7% до 14,0%.

Таблица 16. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Российской Федерации, *млрд. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Расходы консолидированного бюджета Российской Федерации, ВСЕГО	4669,7	100%	5944,1	100%	7325,5	100%
из них:						
Здравоохранение и образование	963,7	20,6%	1342,8	22,6%	1771,8	24,2%
в том числе:						
Здравоохранение	370,3	7,9%	552,0	9,3%	749,3	10,2%
Образование	593,4	12,7%	790,8	13,2%	1022,5	14,0%

3.1.4.2. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов федерального бюджета Российской Федерации

Расходы на здравоохранение и образование в соответствии с распределением полномочий в данных сферах между уровнями бюджетной системы Российской Федерации преимущественно осуществляются из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации. Этим обусловлена низкая доля расходов на финансирование здравоохранения и образования в структуре расходов федерального бюджета. Совокупные расходы федерального бюджета на здравоохранение и образование составляли в анализируемый период менее 10% от общего объема бюджетных расходов (см. таблицу 17).

При этом расходы на здравоохранение и образование в общем объеме расходов федерального бюджета на протяжении анализируемого периода неуклонно возрастали. Если в 2004 году совокупная доля расходов на эти социально значимые отрасли в расходах федерального бюджета составляла 6,3%, то в 2006 году она составила уже 8,4%.

Расходы федерального бюджета на финансирование здравоохранения в указанный период росли более быстрыми темпами, чем расходы на финансирование образования.

Таблица 17. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов федерального бюджета Российской Федерации, *млрд. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Расходы федерального бюджета Российской Федерации, ВСЕГО	2698,9	100%	3514,3	100%	4284,8	100%
из них:						
Здравоохранение и образование	170,7	6,3%	250,3	7,1%	359,9	8,4%
в том числе:						
Здравоохранение	49,1	1,8%	88,2	2,5%	147,5	3,4%
Образование	121,6	4,5%	162,1	4,6%	212,4	5,0%

3.1.4.3. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Чувашской Республики

Совокупная доля расходов на здравоохранение и образование, как и доля каждой из отраслей в отдельности, в общем объеме бюджетных расходов Чувашской Республики увеличивалась на протяжении всего анализируемого периода. Данный показатель за период 2004-2006 гг. возрос с 38,3% до 43,8% от общего объема расходов консолидированного бюджета Чувашской Республики (см. таблицу 18). Указанная тенденция свидетельствует о приоритетном развитии сфер здравоохранения и образования в Чувашской Республике.

Таблица 18. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Чувашской Республики, *млн. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Расходы консолидированного бюджета Чувашской Республики, ВСЕГО	13165,8	100%	15679,4	100%	19670,7	100%
из них:						

Здравоохранение и образование	5045,1	38,3%	6351,3	40,5%	8620,3	43,8%
в том числе:						
Здравоохранение	2073,5	15,7%	2632,3	16,8%	3894,8	19,8%
Образование	2971,6	22,6%	3719,0	23,7%	4725,5	24,0%

3.1.4.4. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Калининградской области

В Калининградской области совокупная доля расходов на здравоохранение и образование увеличилась в течение анализируемого периода с 35,7% от общего объема расходов консолидированного бюджета области в 2004 году до 40,2% в 2006 году (см. таблицу 19). Это является свидетельством того, что развитие здравоохранения и образования является приоритетным направлением государственной политики Правительства Калининградской области.

Таблица 19. Доля расходов на здравоохранение и образование в структуре расходов консолидированного бюджета Калининградской области, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Расходы консолидированного бюджета Калининградской области, ВСЕГО	11442,7	100%	15166,9	100%	20906,5	100%
из них:						
Здравоохранение и образование	4081,7	35,7%	5596,1	36,9%	8402,3	40,2%
в том числе:						
Здравоохранение	1486,0	13,0%	2152,7	14,2%	2837,2	13,6%
Образование	2595,7	22,7%	3443,4	22,7%	5565,1	26,6%

ВЫВОДЫ:

- Совокупная доля расходов на финансирование здравоохранения и образования в 2004-2006 гг. стабильно возрастала как в общем объеме расходов государственного бюджета Российской Федерации, так и в объеме федерального бюджета и бюджетов исследуемых субъектов Российской Федерации, что свидетельствует о приоритетном характере развития данных отраслей социальной сферы в Российской Федерации.
- Наиболее существенный удельный вес (более 40%) расходы на здравоохранение и образование занимают в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации.

3.1.5. Оценка степени использования программно-целевого подхода к планированию расходов федерального бюджета и региональных бюджетов субъектов Российской Федерации в 2004-2006 гг.

Одним из основных направлений бюджетной реформы в Российской Федерации является переход преимущественно к программно-целевым методам бюджетного планирования, обеспечивающим прямую взаимосвязь между бюджетными средствами и результатами их использования в соответствии с установленными приоритетами государственной политики.

В настоящее время наиболее широко применяемыми в Российской Федерации инструментами программно-целевого бюджетирования являются:

- федеральные (региональные, муниципальные) целевые программы;
- ведомственные целевые программы.

Федеральная (региональная, муниципальная) целевая программа представляет собой увязанный по задачам, ресурсам и срокам осуществления комплекс мероприятий и позволяет концентрировать ресурсы на решении тех или иных приоритетных задач развития Российской Федерации (регионов, муниципальных образований). В реализации такой программы могут принимать участие сразу несколько отраслевых ведомств, выполняя отдельные мероприятия в соответствии с целями и задачами своей деятельности.

Ведомственные целевые программы являются не столь масштабными и направлены на достижение целей и решение тактических задач отдельных субъектов бюджетного планирования (отраслевых ведомств) на федеральном, региональном и муниципальном уровнях бюджетной системы.

В настоящем исследовании оценка степени использования программно-целевого подхода при планировании расходов федерального и региональных бюджетов осуществлена на основе оценки объемов расходов, осуществляемых на программной основе в рамках реализации лишь федеральных (региональных) целевых программ, так как в законах о федеральном бюджете (региональных бюджетах) и отчетах об исполнении соответствующих бюджетов отсутствует информация о ведомственных целевых программах.

Анализ показал, что доля расходов федерального бюджета, осуществляемых *на программной основе в рамках реализации федеральных целевых программ*, в 2004-2006 гг. не превышала 10% от общего объема расходов федерального бюджета. Указанная доля в анализируемый период ежегодно росла и увеличилась с 6,6% в 2004 году до 9,2% в 2006 году, что является положительной тенденцией (см. таблицу 20).

Таблица 20. Доля расходов федерального бюджета Российской Федерации на реализацию федеральных целевых программ, *млрд. руб.*

Показатели	Показатели, утвержденные в законах о федеральном бюджете Российской Федерации					
	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	План	Уд. вес	План	Уд. вес	План	Уд. вес
Расходы федерального бюджета Российской Федерации, ВСЕГО	2768,1	100%	3539,5	100%	4431,1	100%
из них:						
Расходы на реализацию федеральных целевых программ	182,6	6,6%	319,7	9,0%	406,0	9,2%

В Чувашской Республике доля расходов республиканского бюджета, осуществляемых *на программной основе в рамках реализации региональных целевых программ*, в общем объеме расходов республиканского бюджета на протяжении всего анализируемого периода являлась достаточно высокой по сравнению с аналогичным показателем по федеральному бюджету, хотя и характеризуется тенденцией к снижению (см. таблицу 21), что объясняется расширением сферы применения в Чувашской Республике *ведомственных целевых программ*.

Таблица 21. Доля расходов республиканского бюджета Чувашской Республики на реализацию региональных целевых программ, *млн. руб*.

Показатели	Показатели, утвержденные в законах о республиканском бюджете Чувашской Республики					
	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	План	Уд. вес	План	Уд. вес	План	Уд. вес
Расходы республиканского бюджета Чувашской Республики, ВСЕГО	9328,5	100%	12552,5	100%	15572,8	100%
из них:						
Расходы на реализацию региональных целевых программ	2895,9	31,0%	3463,5	27,6%	3864,2	24,8%

В Калининградской области удельный вес расходов областного бюджета, осуществляемых *на программной основе в рамках реализации региональных целевых программ*, в общем объеме расходов областного бюджета в 2004-2006 гг. был заметно ниже, чем аналогичный показатель по республиканскому бюджету Чувашской Республики и приближался к аналогичному показателю по федеральному бюджету (см. таблицу 22). Наблюдающаяся в Калининградской области тенденция снижения доли расходов, осуществляемых в рамках региональных целевых программ в общем объеме расходов областного бюджета, объясняется расширением сферы применения ведомственных целевых программ, как это происходит и в Чувашской Республике.

Таблица 22. Расходы областного бюджета Калининградской области на реализацию целевых программ, *млн. руб*.

Показатели	Показатели, утвержденные в законах об областном бюджете Калининградской области					
	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	План	Уд. вес	План	Уд. вес	План	Уд. вес
Расходы областного бюджета Калининградской области, ВСЕГО	7419,0	100%	11026,9	100%	15825,6	100%
из них:						
Расходы на реализацию региональных целевых программ и софинансирование федеральных целевых программ	527,7	7,1%	797,3	7,2%	930,7	5,9%

ВЫВОДЫ:

- Анализ доли расходов региональных бюджетов, осуществляемых на программной основе в рамках реализации региональных целевых программ, осуществленный на примере двух российских регионов (Калининградской области и Чувашской Республики), позволяет сделать вывод о том, что степень использования программно-целевого метода бюджетного планирования на региональном уровне различна.
- Часть расходов федерального бюджета и региональных бюджетов осуществляется на программной основе в рамках реализации ведомственных целевых программ. И хотя оценить их долю в общем объеме расходов соответствующих бюджетов на основании существующей отчетности не представляется возможным, можно сделать вывод о более широком применении программно-целевого подхода к бюджетному планированию расходов федерального и региональных бюджетов, чем это следует из данных, представленных в таблицах 20-22.

- Учитывая тот факт, что расходы на образование и здравоохранение занимают очень значительный удельный вес в бюджетах субъектов Российской Федерации, можно сделать вывод о том, что расходы региональных бюджетов, осуществляемых на программной основе в рамках реализации региональных целевых программ, в значительной степени касаются рассматриваемых отраслей (здравоохранения и образования).

3.2. АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ в 2004-2006 гг.

3.2.1. Анализ функциональной и экономической структуры бюджетных расходов на финансирование системы здравоохранения[69] в субъектах Российской Федерации в 2004-2006 гг.

3.2.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование здравоохранения в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации

3.2.1.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Чувашской Республики

Функциональная структура расходов консолидированного бюджета Чувашской Республики на финансирование республиканской системы здравоохранения за 2004-2006 гг. заметно изменилась, о чем свидетельствуют данные таблицы 23.

Удельный вес *страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения*, перечисленных в Территориальный фонд ОМС Чувашской Республики, за 2004-2006 гг. снизился с 17,6% до 10,5%. В реальном выражении (в сопоставимых ценах) объем страховых взносов в Территориальный фонд ОМС Чувашской Республики в 2006 г. составил 99% от уровня 2004 г., то есть остался практически на прежнем уровне.

В 2006 году существенно увеличилась доля расходов на финансирование *спорта и физкультуры*: если в 2004 г. доля данных расходов составляла 2,2%, то в 2006 г. уже 10,5% от общего объема бюджетных расходов на финансирование системы здравоохранения в республике. Это является финансовым отражением реализации Правительством Чувашской Республики стратегии по формированию здорового образа жизни населения республики и мероприятий по повышению доступности населению спортивно-оздоровительных учреждений. Также указанная тенденция связана с началом реализации федеральной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации в 2006-2015 гг.», мероприятия которой софинансируются из бюджетов всех субъектов Российской Федерации, в том числе и Чувашской Республики.

Таблица 23. Функциональная структура расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Чувашской Республики, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем бюджетных расходов на финансирование системы здравоохранения в Чувашской Республике, ВСЕГО	2073,4	100%	2632,3	100%	3894,8	100%
в том числе:						
1. Здравоохранение[70]	1663,2	80,2%	2193,2	83,3%	3075,8	79,0%
2. Страховые взносы на обязательное медицинское	364,2	17,6%	393,4	14,9%	409,1	10,5%

[69] В настоящем исследовании к *бюджетным расходам на финансирование здравоохранения* отнесены также расходы на спорт и физическую культуру. В Российской Федерации развитие физической культуры и спорта является составной частью государственной политики по охране и улучшению общественного здоровья. Поэтому в соответствии с бюджетной классификацией Российской Федерации расходы на здравоохранение, физическую культуру и спорт отражаются в одном разделе функциональной классификации.

[70] В расходы по строке «Здравоохранение» включены все расходы по разделу «Здравоохранение и спорт» формы отчета об исполнении бюджета, *за исключением* расходов по подразделам «Спорт и физическая культура» и «Обязательное медицинское страхование»

страхование неработающего населения, перечисленные в Территориальный фонд ОМС Чувашской Республики						
3. Спорт и физическая культура	46,0	2,2%	45,7	1,7%	409,9	10,5%

3.2.1.1.2. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Калининградской области

Тенденции в сфере бюджетного финансирования системы здравоохранения в Калининградской области в анализируемый период развивались схожим образом с тенденциями, наблюдавшимся в Чувашской Республике, хотя изменения структуры расходов не столь значительны (см. таблицу 24).

Удельный вес страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, перечисленных в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Калининградской области, снизилась за 2004-2006 гг. с 19,0% до 17,5%. При этом прирост данных расходов в 2006 г. к уровню 2004 г. в реальном выражении (в сопоставимых ценах) составил 52,5%.

Доля расходов на спорт и физическую культуру возросла за аналогичный период с 4,3% до 5,4% от общего объема расходов на здравоохранение консолидированного бюджета области.

Калининградская область также участвует в софинансировании федеральной целевой программы «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации в 2006-2015 гг.». В декабре 2006 г. Постановлением Правительства Калининградской области была утверждена областная целевая программа «Физическая культура и спорт - для всех», что является свидетельством того, что Правительство области уделяет большое внимание развитию физической культуры и спорта в области, приобщению населения к здоровому образу жизни и улучшению показателей физической подготовленности и здоровья населения Калининградской области.

Таблица 24. Функциональная структура расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Калининградской области, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем бюджетных расходов на финансирование системы здравоохранения в Калининградской области, ВСЕГО	1486,0	100%	2152,7	100%	2837,2	100%
в том числе:						
1. Здравоохранение	1139,9	76,7%	1701,5	79,0%	2185,7	77,0%
2. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения, перечисленные в Территориальный фонд ОМС Калининградской области	282,4	19,0%	376,2	17,5%	497,0	17,5%
3. Спорт и физическая культура	63,7	4,3%	75,0	3,5%	154,5	5,4%

3.2.1.2. Анализ экономической структуры расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации

3.2.1.2.1. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов71 в структуре расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Чувашской Республики

Соотношение текущих и капитальных расходов на финансирование здравоохранения в Чувашской Республике за анализируемый период характеризуется существенным увеличением доли капитальных расходов, о чем свидетельствуют данные таблицы 25. Доля капитальных расходов в период 2004-2006 гг. возросла с 6,4% до 21,3% от общего объема бюджетных расходов на здравоохранение, что является положительной тенденцией и отражает значительное увеличение инвестиционной составляющей в структуре расходов на здравоохранение Чувашской Республики.

Таблица 25. Экономическая структура расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Чувашской Республики, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем бюджетных расходов на финансирование системы здравоохранения в Чувашской Республике, ВСЕГО	2073,4	100%	2632,3	100%	3894,8	100%
в том числе:						
1. Текущие расходы	1941,2	93,6%	2360,4	89,7%	3066,2	78,7%
из них, расходы на оплату труда (с начислениями на ФОТ)	629,2	30,3%	1085,0	41,2%	1550,5	39,8%
2. Капитальные расходы	132,2	6,4%	271,9	10,3%	828,6	21,3%

Наибольший удельный вес в экономической структуре расходов на финансирование здравоохранения в республике занимают расходы на *оплату труда с начислениями на ФОТ*. Доля данных расходов в общем объеме расходов на финансирование здравоохранения в консолидированном бюджете республики возросла с 30,3% в 2004 году до 39,8% в 2005 году. Указанная тенденция является отражением реализации мероприятий по улучшению условий труда работников здравоохранения, что является одним из приоритетных направлений государственной политики Чувашской Республики в сфере здравоохранения.

3.2.1.2.2. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов в структуре расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Калининградской области

Доля капитальных расходов в структуре бюджетных расходов на здравоохранение Калининградской области за анализируемый период существенно возросла, увеличившись с 10,4% в 2004 г. до 22,5% в 2006 г. (см. таблицу 26). Эта положительная тенденция свидетельствует об увеличении инвестиционной составляющей расходов на

[71] Здесь и далее к капитальным расходам отнесены расходы на обновление основных фондов, капитальный ремонт и пр., отражаемые по статье 310 «Увеличение стоимости основных средств» экономической классификации бюджетных расходов Российской Федерации

здравоохранение и является одним из признаков стабильности экономической ситуации в Калининградской области, создающей условия для развития социальной сферы.

Таблица 26. Экономическая структура расходов на финансирование системы здравоохранения в консолидированном бюджете Калининградской области, *млн. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем бюджетных расходов на финансирование системы здравоохранения в Калининградской области, ВСЕГО	1486,0	100%	2152,7	100%	2837,2	100%
в том числе:						
1. Текущие расходы	1331,9	89,6%	1716,7	79,7%	2197,5	77,5%
из них, расходы на оплату труда (с начислениями на ФОТ)	326,9	22,0%	577,6	26,8%	719,2	25,3%
2. Капитальные расходы	154,1	10,4%	436,0	20,3%	639,7	22,5%

Удельный вес расходов на *оплату труда с начислениями на ФОТ* в структуре бюджетных расходов на здравоохранение Калининградской области за анализируемый период возрос с 22,0% в 2004 г. до 25,3% в 2006 г., что является положительной тенденцией. В Калининградской области, как и в Чувашской Республике, улучшение условий труда работников здравоохранения является одним из приоритетных направлений государственной политики в сфере здравоохранения.

ВЫВОДЫ:

- И в Чувашской Республике, и в Калининградской области в 2004-2006 гг. функциональная структура бюджетных расходов на здравоохранение изменилась. В обоих регионах снизилась доля страховых взносов в территориальные фонды обязательного медицинского страхования и увеличилась доля расходов на спорт и физическую культуру.
- Доля расходов на финансирование спорта и физической культуры в объеме бюджетных расходов на финансирование здравоохранения за анализируемый период в Чувашской Республике возросла с 2,2% до 10,5%, в Калининградской области – с 4,3% до 5,4%. Указанные тенденции являются свидетельством того, что в обоих регионах, как и в стране в целом, возросло внимание к формированию здорового образа жизни населения, развитию и популяризации физической культуры и спорта, как неотъемлемых составляющих системы здравоохранения.
- Анализ экономической структуры расходов на здравоохранение в консолидированных бюджетах Чувашской Республики и Калининградской области показал, что соотношение текущих и капитальных расходов на финансирование здравоохранения в исследуемых регионах за 2004-2006 гг. изменилось в сторону существенного увеличения капитальных расходов. Доля капитальных расходов на здравоохранение в Чувашской Республике возросла за рассматриваемый период с 6,4% до 21,3%; в Калининградской области – с 10,4% до 22,5%. Представленная положительная динамика капитальных расходов в сфере здравоохранения отражает значительное увеличение инвестиционной составляющей расходов. Инвестиционные расходы в сфере здравоохранения направлены на улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений и качества медицинских услуг, развитие, модернизацию и расширение сети учреждений здравоохранения,

повышение доступности населению спортивно-оздоровительных учреждений и улучшение показателей физической подготовленности и здоровья населения.

- Расходы на оплату труда с начислениями на ФОТ занимают наибольший удельный вес в структуре расходов на здравоохранение исследуемых регионов. Положительная динамика расходов на заработную плату работников здравоохранения в исследуемых регионах отражает реализацию одного из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения, связанного с улучшением условий труда работников здравоохранения, повышением их доходов и социального статуса.

3.2.2. Оценка результатов реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2004-2006 гг.

3.2.2.1. Уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Механизмом реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медпомощи являются ежегодные Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам субъектов Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, в которых определяются виды и объемы медицинской помощи[72].

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды, нормативы объемов медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и подушевые нормативы финансирования. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи органы государственной власти субъектов Российской Федерации утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Расчетная стоимость программ государственных гарантий определяется на основании установленных нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи (в разбивке по отдельным видам медицинской помощи) и служит основой для формирования расходов на ее реализацию. Уровень финансовой обеспеченности Программы (отношение фактического размера финансирования к расчетному) отражает степень выполнения государственных гарантий по предоставлению населению бесплатной медицинской помощи.

Анализ финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий проводился на основании Методики построения типологии регионов по способам организации финансирования здравоохранения, разработанной Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации в рамках реализации проекта «Реализация реформы здравоохранения в субъектах Российской Федерации». В соответствии с данной Методикой, регионы подразделяются на пять типов в зависимости от уровня финансовой обеспеченности территориальных программ:

- регион с обеспечением территориальной программы госгарантий *на высоком уровне* (более 100%);

[72] Информация о задачах и содержании Программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи представлена в подразделе 1.1.

- регион с обеспечением территориальной программы госгарантий *на уровне выше среднего* (от 84 до 100%);
- регион с обеспечением территориальной программы госгарантий *на среднем уровне* (от 76 до 84%);
- регион с обеспечением территориальной программы госгарантий *на уровне ниже среднего* (от 67 до 76%);
- регион с обеспечением территориальной программы госгарантий *на низком уровне* (менее 67%).

Среднероссийский уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи в 2004 г. составил 82%, в 2005 г. – 80% и в 2006 г. – 81%[73].

3.2.2.1.1. Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике

Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам Чувашской Республики бесплатной медицинской помощи за анализируемый период снизился с 99,2% в 2004 г. до 80,8% в 2006 г. (см. таблицу 27).

Если в 2004 г. Территориальная программа государственных гарантий Чувашской Республики была обеспечена почти на 100%, то в 2006 г. республика вошла в число регионов с обеспечением территориальной программы государственных гарантий *на среднем уровне*.

В 2006 году в наибольшей степени были финансово обеспечены стационарная и амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в наименьшей – скорая медицинская помощь, о чем свидетельствуют данные таблицы 27.

Таблица 27. Оценка уровня финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.			2005 г.			2006 г.		
	Расчет. объем	Факт. объем	Уровень обесп-сти, %	Расчет. объем	Факт. объем	Уровень обесп-сти, %	Расчет. объем	Факт. объем	Уровень обесп-сти, %
Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы госгарантий Чувашской Республики ***в целом***	2758,1	2736,2	99,2%	4133,7	3219,4	77,9%	4386,3	3544,6	80,8%
Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы госгарантий Чувашской Республики ***по основным видам медицинской помощи:***									
Скорая медицинская	127,4	105,9	83,1%	277,3	136,9	49,4%	295,5	170,8	57,8%
Амбулаторно-поликлиническая	704,8	536,5	76,1%	1127,9	775,9	68,8%	1202,0	944,4	78,6%

[73] Информация базы данных «Реализация реформы здравоохранения в субъектах Российской Федерации» на сайте http://www.healthreform.ru/

Стационарная	1302,8	1258,6	96,6%	1990,7	1531,7	76,9%	2151,2	1883,8	87,6%
Медицинская помощь в дневных стационарах	118,6	95,8	80,8%	146,2	103,9	71,1%	155,3	113,6	73,1%

3.2.2.1.2. Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области

Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам Калининградской области бесплатной медицинской помощи за 2004-2006 гг. незначительно сократился (с 90,2% до 88,2%). При этом Калининградская область в 2004 году и в 2006 году входила в число регионов с обеспечением территориальной программы госгарантий *на уровне выше среднего.* Менее благоприятным с точки зрения финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий был 2005 год, когда программа была обеспечена лишь на 69,8% (*уровень ниже среднего*).

В 2006 году в наибольшей степени были финансово обеспечены стационарная и амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в наименьшей – скорая медицинская помощь, о чем свидетельствуют данные, приведенные в таблице 28.

Таблица 28. Оценка уровня финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.			2005 г.			2006 г.		
	Расчет. объем	Факт. объем	Уровень обесп-сти, %	Расчет. объем	Факт. объем	Уровень обесп-сти, %	Расчет. объем	Факт. объем	Уровень обесп-сти, %
Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы госгарантий Калининградской области ***в целом***	2227,6	2008,6	90,2%	3221,0	2247,9	69,8%	3247,1	2864,8	88,2%
Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы госгарантий Калининградской области ***по основным видам медицинской помощи:***									
Скорая медицинская	138,8	138,8	100,0%	257,8	140,7	54,6%	274,5	202,1	73,6%
Амбулаторно-поликлиническая	578,8	478,0	82,6%	820,0	536,2	65,4%	855,5	697,9	81,6%
Стационарная	984,6	1009,9	102,6%	1505,4	1139,3	75,7%	1558,3	1407,6	90,3%
Медицинская помощь в дневных стационарах	94,3	80,9	85,8%	91,0	90,2	99,1%	108,8	85,7	78,8%

3.2.2.2. Роль системы ОМС в реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Финансирование программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней и средств системы обязательного медицинского страхования. В соответствии с Программой социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006 - 2008 годы) одним из основных направлений модернизации системы здравоохранения в стране является *преобразование действующей бюджетно-страховой системы финансирования здравоохранения в систему финансирования, основанную на страховом принципе*, то есть двухканальная система поступления финансовых средств в медицинскую организацию постепенно уступит место преимущественно одноканальной системе.

В 2007 году Правительство Российской Федерации приступило к реализации пилотного проекта по модернизации здравоохранения, одним из направлений которого является поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования. Оба исследуемых региона - и Чувашская Республика, и Калининградская область - являются участниками данного проекта в составе 19 субъектов Российской Федерации.

В свете намерений Правительства Российской Федерации о поэтапном переходе на одноканальную систему финансирования здравоохранения через систему ОМС анализ роли системы ОМС в реализации программ государственных гарантий очень важен, так как в определенной степени позволяет оценить исходную ситуацию (отправную точку) для реализации данного направления модернизации системы здравоохранения.

3.2.2.2.1. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Роль системы обязательного медицинского страхования в финансировании Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период 2004-2006 гг. уменьшилась. В основном, финансирование Программы осуществлялось за счет средств бюджетов всех уровней. Доля средств системы ОМС в объеме расходов на финансирование Программы снизилась за рассматриваемый период с 42,8% в 2004 г. до 37,1% в 2006 г. (см. таблицу 29).

Таблица 29. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, *млрд. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем расходов на реализацию Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ВСЕГО	435,2	100%	559,5	100%	690,7	100%
из них:						
За счет средств системы обязательного медицинского	186,4	42,8%	217,2	38,8%	256,1	37,1%

страхования Российской Федерации[74]						

Фактические объемы медицинской помощи, оказанной населению Российской Федерации в 2004-2006 гг. в рамках Программы государственных гарантий, представлены в таблице 30.

Из представленных в таблице 30 данных следует, что в 2006 году фактические объемы медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах, ниже норматива на 21%, объемы амбулаторно-поликлинической помощи – на 7,3%. Вместе с тем, фактически выполненные объемы по скорой медицинской и стационарной помощи превышали нормативы на 7,5% и 6,8%, соответственно.

При этом необходимо отметить, что на протяжении всего анализируемого периода фактические объемы стационарной помощи ежегодно сокращались, объем медицинской помощи в дневных стационарах в 2005 г. по сравнению с 2004 г. заметно возрос и в 2006 г. остался почти на уровне 2005 г., а объемы амбулаторно-поликлинической помощи в 2006 г. по сравнению с 2005 г. возросли (см. таблицу 30). Указанные положительные тенденции соотносятся с основными направлениями реформирования и модернизации системы здравоохранения Российской Федерации, в соответствии с которыми одним из важнейших направлений совершенствования системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации является перемещение части объемов оказания медицинской помощи со стационарного этапа на амбулаторный и развитие стационарозамещающих технологий лечения.

Таблица 30. Объемы медицинской помощи, предоставленной в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2004-2006 гг., *на 1000 чел.*

Виды медицинской помощи	Норматив по РФ на 2006 г.	Фактически выполнено		
		2004 г.	2005 г.	2006 г.
Скорая медицинская помощь, *вызовов*	318	336	339	342
Амбулаторно-поликлиническая помощь, *посещений*	9198	8685	8523	8527
Стационарная помощь, *койко-дней*	2812	3100	3038	3002
Медицинская помощь в дневных стационарах, *дней*	577	444	457	456

Сопоставление данных таблиц 29 и 30 позволяет сделать вывод о том, что заметное уменьшение в 2005 г. по сравнению с 2004 г. доли средств ОМС в объеме расходов на реализацию Программы государственных гарантий произошло в результате сокращения объемов стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, в основном предоставляемой за счет средств системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации[75].

[74] Система обязательного медицинского страхования Российской Федерации включает в себя федеральный фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации и территориальные фонды обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации

[75] Амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь *в основном* оказывается за счет средств обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы ОМС (см. подраздел 1.1.). За счет средств федерального бюджета и бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляется специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь.

3.2.2.2.2. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике

В Чувашской Республике, в отличие от ситуации по Российской Федерации в целом, роль системы ОМС в финансировании Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи ежегодно повышалась.

За анализируемый период доля средств системы ОМС в финансировании Территориальной программы государственных гарантий Чувашской Республики возросла с 38,7% до 56,5% (см. таблицу 31). В 2005-2006 гг. в системе ОМС Чувашской Республики концентрировалось уже более половины всех расходов на финансирование Территориальной программы государственных гарантий, что является положительной тенденцией в свете перехода к одноканальному финансированию в системе здравоохранения Российской Федерации.

Таблица 31. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике, ВСЕГО	2736,2	100%	3219,4	100%	3544,6	100%
из них:						
За счет средств системы обязательного медицинского страхования, аккумулируемых в Территориальном фонде ОМС Чувашской Республики	1058,5	38,7%	1658,4	51,5%	2002,9	56,5%

Фактические объемы медицинской помощи, оказанной населению Чувашской Республики в 2004-2006 гг. в рамках Территориальной программы государственных гарантий, представлены в таблице 32.

В период 2004-2006 г. в Чувашской Республике объемы стационарной помощи ежегодно сокращались, тогда как объемы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и дневных стационарах – возрастали.

Вышеуказанные тенденции носят позитивный характер и являются отражением последовательной реализации Стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике на 2003-2010 годы, одним из четырех направлений которого является реорганизация стационарной помощи с интенсификацией диагностического и лечебного процесса на основе современных медицинских технологий, замещение круглосуточной стационарной помощи ресурсосберегающими технологиями лечения в дневных стационарах и стационарах на дому.

Таблица 32. Объемы медицинской помощи, предоставленной в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике, *на 1000 чел.*

Виды медицинской помощи	Фактический выполнено		
	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Скорая медицинская помощь, *вызовов*	263	268	258
Амбулаторно-поликлиническая помощь, *посещений*	8722	9525	9784
Стационарная помощь, *койко-дней*	3101	3044	2934
Медицинская помощь в дневных стационарах, *дней*	607	639	646

Таким образом, существенное увеличение в период 2004-2006 гг. доли средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий Чувашской Республики связано со значительным ростом объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах.

3.2.2.2.3. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области

В Калининградской области роль системы ОМС в финансировании Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи, за анализируемый период существенно повысилась.

За 2004-2006 гг. доля средств системы ОМС в финансировании Территориальной программы возросла с 47,4% до 64,0% (см. таблицу 33). В 2005-2006 гг. в системе ОМС Калининградской области концентрировалось почти две трети всех расходов на финансирование Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам Калининградской области бесплатной медицинской помощи. Доля средств системы обязательного медицинского страхования в финансировании Территориальной программы государственных гарантий в Калининградской области значительно выше, чем в среднем по стране, и характеризуется ежегодной положительной динамикой.

Таблица 33. Доля средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области, *млн. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области, ВСЕГО	2008,6	100%	2247,9	100%	2864,8	100%
из них:						
За счет средств системы обязательного медицинского страхования, аккумулируемых в Территориальном фонде ОМС Калининградской области	951,4	47,4%	1287,9	57,3%	1833,2	64,0%

Фактические объемы медицинской помощи, оказанной населению Калининградской области в 2004-2006 гг. в рамках Территориальной программы государственных гарантий, представлены в таблице 34.

В 2006 г. по сравнению с 2004 г. в Калининградской области возросли объемы амбулаторно-поликлинической помощи, что является положительной тенденцией.

Однако за этот же период возросли объемы стационарной помощи и сократились объемы медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах.

Таблица 34. Объемы медицинской помощи, предоставленной в рамках Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области, *на 1000 чел.*

Виды медицинской помощи	Фактический выполнено		
	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Скорая медицинская помощь, *вызовов*	357	353	356
Амбулаторно-поликлиническая помощь, *посещений*	6725	6665	6934
Стационарная помощь, *койко-дней*	2736	2680	2784
Медицинская помощь в дневных стационарах, *дней*	517	498	452

Сопоставление данных таблиц 33 и 34 позволяет сделать вывод о том, что значительное увеличение в анализируемый период доли средств ОМС в объеме расходов на реализацию Территориальной программы государственных гарантий Калининградской области в основном произошло в результате существенного увеличения объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (см. таблицу 34), оказание которой финансируется преимущественно за счет средств обязательного медицинского страхования.

3.2.2.3. Соотношение расходов по основным видам медицинской помощи в системе здравоохранения, финансируемым в рамках реализации программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

3.2.2.3.1. Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи

Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, за анализируемый период практически не изменилась (см. таблицу 35). Незначительно возросли доли расходов на скорую медицинскую помощь и медицинскую помощь в дневных стационарах.

Основной удельный вес в структуре расходов на предоставление основных видов медицинской помощи занимают расходы на стационарную медицинскую помощь, доля которых в анализируемый период сохранялась на уровне около 60%. Доля расходов на предоставление амбулаторно-поликлинической медицинской помощи также осталась практически неизменной, составляя в 2004-2006 гг. около 30% от общего объема расходов на предоставление основных видов медицинской помощи.

Таблица 35. Расходы по основным видам медицинской помощи в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за 2004-2006 гг., *в процентах к итогу*

Виды медицинской помощи	2004 г.	2005 г.	2006 г.
1. Скорая медицинская	6,3	6,6	6,9
2. Амбулаторно-поликлиническая	30,6	29,8	29,9
3. Стационарная	60,5	60,7	60,4
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	2,6	2,9	2,8
ИТОГО по основным видам медицинской помощи	100	100	100

3.2.2.3.2. Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике

В структуре расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Чувашской Республики бесплатной медицинской помощи, в анализируемый период положительным образом изменилось соотношение между расходами на предоставление стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Доля расходов на предоставление стационарной медицинской помощи в общем объеме расходов на предоставление основных видов медицинской помощи снизилась в 2004-2006 гг. с 63,0% до 60,5% (см. таблицу 36). Доля расходов на предоставление амбулаторно-поликлинической помощи возросла за тот же период с 26,9% до 30,4%. Изменение соотношения расходов на предоставление *стационарной* и *амбулаторно-поликлинической* медицинской помощи объясняется перемещением части объемов оказания медицинской помощи со стационарного этапа на амбулаторный (см. таблицу 32). Это связано с проводимой Правительством Чувашской Республики политикой усиления профилактической направленности системы здравоохранения республики и развития современных стационарозамещающих технологий.

Таблица 36. Расходы по основным видам медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Чувашской Республике за 2004-2006 гг., *в процентах к итогу*

Виды медицинской помощи	2004 г.	2005 г.	2006 г.
1. Скорая медицинская	5,3	5,4	5,5
2. Амбулаторно-поликлиническая	26,9	30,4	30,4
3. Стационарная	63,0	60,1	60,5
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	4,8	4,1	3,6
ИТОГО по основным видам медицинской помощи	100	100	100

3.2.2.3.3. Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области

В Калининградской области, как и в Чувашской Республике, структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Калининградской области бесплатной медицинской помощи, в 2004-2006 гг. претерпела изменения, связанные со смещением акцента оказания медицинской помощи на уровень первичного звена (амбулаторно-поликлинической сети).

Доля расходов на предоставление стационарной медицинской помощи в расходах на предоставление основных видов медицинской помощи в Калининградской области снизилась в 2004-2006 гг. с 59,2% до 58,8% (см. таблицу 37). В то время как доля расходов на предоставление амбулаторно-поликлинической помощи увеличилась за тот же период с 28,0% до 29,2%, что коррелирует с увеличением объемов данного вида медицинской помощи в 2006 г. по сравнению с 2004 г. (см. таблицу 34).

Таблица 37. Расходы по основным видам медицинской помощи в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи в Калининградской области за 2004-2006 гг., *в процентах к итогу*

Виды медицинской помощи	2004 г.	2005 г.	2006 г.
1. Скорая медицинская	8,1	7,4	8,4
2. Амбулаторно-поликлиническая	28,0	28,1	29,2
3. Стационарная	59,2	59,8	58,8
4. Медицинская помощь в дневных стационарах	4,7	4,7	3,6
ИТОГО по основным видам медицинской помощи	100	100	100

Представленные в таблицах 34 и 37 данные свидетельствуют об усилении профилактической направленности здравоохранения Калининградской области, что является одним из приоритетных направлений совершенствования системы здравоохранения Калининградской области (см. подраздел 1.3.).

ВЫВОДЫ:

- Анализ территориальных программ государственных гарантий Чувашской Республики и Калининградской области по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи показал, что за анализируемый период уровень финансовой обеспеченности территориальных программ снизился.

  Территориальная программа государственных гарантий *Чувашской Республики* в 2004 г. была обеспечена почти на 100% (при среднероссийском уровне - 82%), в 2005 г. – на 77,9% (при среднероссийском уровне - 80%) и в 2006 г. – на 80,8% (при среднероссийском уровне - 81%). Таким образом, уровень финансовой обеспеченности территориальной программы госгарантий республики в 2006 г. значительно превышал среднероссийский уровень, в 2005 г. был немного ниже среднероссийского уровня, а в 2006 г. практически соответствовал ему.

  Уровень финансовой обеспеченности Территориальной программы государственных гарантий по оказанию гражданам *Калининградской области* бесплатной медицинской помощи за 2004-2006 гг. сократился незначительно. Менее благоприятным, с точки зрения финансовой обеспеченности территориальной программы, для Калининградской области был 2005 год, когда программа была обеспечена лишь на 69,8% (уровень ниже среднего). При этом в 2004 г. и в 2006 г. уровень финансовой обеспеченности территориальной программы госгарантий Калининградской области составлял 90,2% и 88,2% и заметно превосходил среднероссийский уровень данного показателя в соответствующие годы (82% в 2004 г. и 81% в 2006 г.).

  В обоих регионах в 2006 году в наибольшей степени были финансово обеспечены стационарная и амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, в наименьшей – скорая медицинская помощь. Ежегодное изменение уровня финансовой обеспеченности различных видов медицинской помощи объясняется, в частности, недостаточным учетом изменения потребностей населения в различных

видах медицинской помощи при планировании объемов медицинской помощи на этапе разработки территориальных программ госгарантий.

- Финансирование программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней и средств системы обязательного медицинского страхования. Роль системы обязательного медицинского страхования в финансировании Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за период 2004-2006 гг. уменьшилась. В основном, финансирование Программы осуществлялось за счет средств бюджетов всех уровней.
- В Калининградской области и Чувашской Республике роль системы обязательного медицинского страхования в финансировании территориальных программ государственных гарантий существенно выше, чем в среднем по Российской Федерации, и характеризуется ежегодным увеличением, что является положительной тенденцией в свете перехода к одноканальному финансированию в системе здравоохранения Российской Федерации. Так, за 2004-2006 гг. доля средств системы ОМС в финансировании территориальной программы государственных гарантий в Калининградской области возросла с 47,4% до 64,0%, в Чувашской Республике – с 38,7% до 56,5%. Значительный рост доли средств ОМС в объеме расходов на реализацию территориальных программ государственных гарантий области в анализируемый период в основном связан с существенным увеличением объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, оказание которой финансируется преимущественно за счет средств обязательного медицинского страхования.
- На протяжении всего анализируемого периода объемы стационарной помощи в Российской Федерации ежегодно сокращались, объем медицинской помощи в дневных стационарах в 2005 г. по сравнению с 2004 г. заметно возрос и в 2006 г. почти не изменился, а объемы амбулаторно-поликлинической помощи в 2006 г. по сравнению с 2005 г. возросли.

  В Чувашской Республике за 2004-2006 г. сократились объемы стационарной помощи и возросли объемы медицинской помощи, оказываемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и дневных стационарах, то есть структура объемов основных видов медицинской помощи заметно улучшилась. В Калининградской области в 2006 г. по сравнению с 2004 г. возросли объемы стационарной помощи и сократились объемы медицинской помощи, оказываемой в дневных стационарах. Однако за этот же период возросли объемы амбулаторно-поликлинической помощи, что является положительной тенденцией.
- Структура расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, за анализируемый период практически не изменилась. Основной удельный вес в структуре расходов на предоставление основных видов медицинской помощи занимают расходы на стационарную медицинскую помощь, доля которых в анализируемый период сохранялась на уровне около 60%. Доля расходов на предоставление амбулаторно-поликлинической медицинской помощи также осталась практически неизменной, составляя в 2004-2006 гг. около 30% от общего объема расходов на предоставление основных видов медицинской помощи.

  Как в Чувашской Республике, так и в Калининградской области, в период 2004-2006 г. в структуре расходов по основным видам медицинской помощи, финансируемым в рамках реализации территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, изменилось соотношение расходов на предоставление *стационарной* и *амбулаторно-*

поликлинической медицинской помощи. В Чувашской Республике доля расходов на предоставление стационарной медицинской помощи снизилась в 2004-2006 гг. с 63,0% до 60,5%, а доля расходов на предоставление амбулаторно-поликлинической помощи возросла за тот же период с 26,9% до 30,4%. В Калининградской области доля расходов на предоставление стационарной медицинской помощи снизилась в 2004-2006 гг. с 59,2% до 58,8%, в то время как доля расходов на предоставление амбулаторно-поликлинической помощи увеличилась с 28,0% до 29,2%.

- Указанные тенденции относительно изменения объемов и соотношения финансирования стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи носят положительный характер и соотносятся с основными направлениями реформирования и модернизации системы здравоохранения в Российской Федерации, в соответствии с которыми одним из важнейших направлений совершенствования системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации является перемещение части объемов оказания медицинской помощи со стационарного этапа на амбулаторный, развитие стационарозамещающих технологий лечения и усиление профилактической направленности системы здравоохранения в Российской Федерации.

3.2.3. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Российской Федерации в 2004-2006 гг.

3.2.3.1. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в общефедеральном масштабе

Структурная реорганизация системы здравоохранения в Российской Федерации в последние несколько лет осуществлялась на основе концептуальных и программных документов общефедерального масштаба.

В период 2001-2005 гг. Правительством Российской Федерации была реализована Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации. Основной целью Концепции являлась стабилизация показателей здоровья населения. В Концепции отмечалась необходимость проведения структурных преобразований в системе здравоохранения с целью усиления мероприятий, направленных на профилактику заболеваний и охрану здоровья населения, предусматривалось увеличение финансирования первичного звена оказания медицинской помощи (амбулаторно-поликлинических учреждений) с целью усиления профилактической направленности здравоохранения и развития института врачей общеврачебной практики.

В период 2002-2006 гг. была реализована федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)». Мероприятия данной федеральной целевой программы были направлены на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения при социально значимых заболеваниях.

С 2006 года в сфере здравоохранения Российской Федерации реализуется национальный проект «Здоровье», одной из основных целей которого является укрепление и развитие первичной медико-санитарной помощи, смещение акцента оказания эффективной медицинской помощи на уровень первичного звена (догоспитальный этап), где начинает и заканчивает обследование и лечение преобладающая доля населения, обращающегося за медицинской помощью.

Анализ показателей, характеризующих структурные изменения в системе здравоохранения Российской Федерации, показал, что система предоставления медицинской помощи населению за 2004-2006 претерпела положительные изменения.

Обеспеченность койками в круглосуточных стационарах снизилась, тогда как обеспеченность койками в дневных стационарах возросла (см. таблицу 38). Приведенные данные свидетельствуют о том, что наблюдается постепенное замещение круглосуточной стационарной помощи ресурсосберегающими технологиями лечения в дневных стационарах, что является положительной тенденцией.

Таблица 38. Показатели, характеризующие структурные изменения в системе здравоохранения Российской Федерации[76]

Показатели	2004 г. (1 января 2005 г.)	2005 г. (1 января 2006 г.)	2006 г. (1 января 2007 г.)
Обеспеченность койками на 10 тыс. чел. населения в круглосуточных стационарах, *ед.*	99,3	98,0	96,4
Обеспеченность койками на 10 тыс. чел. населения в дневных стационарах, *ед.*	13,4	14,0	13,9
Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения, *чел.*	42,7	42,7	43,0
Обеспеченность врачами общей практики на 10 тыс. чел. населения, *чел.*	0,27	0,34	0,44

Положительные сдвиги в системе оказания медицинской помощи подтверждает также проведенный анализ структуры расходов на финансирование медицинской помощи в Российской Федерации в период 2004-2006 гг. Соотношение расходов на предоставление стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в Российской Федерации изменилось в сторону увеличения финансирования амбулаторно-поликлинических учреждений. Объемы стационарной помощи в Российской Федерации на протяжении всего анализируемого периода ежегодно сокращались, тогда как объемы медицинской помощи в дневных стационарах и объемы амбулаторно-поликлинической помощи возросли, что также свидетельствует о расширении использования стационарозамещающих технологий, укреплении и развитии первичной медико-санитарной помощи и усилении профилактической направленности системы здравоохранения Российской Федерации.

Положительной тенденцией, наблюдавшейся в анализируемый период, также является ежегодный рост обеспеченности населения Российской Федерации врачами, в том числе, врачами общей практики, что свидетельствует о повышении доступности медицинской помощи.

Демографические показатели и показатели состояния здоровья населения Российской Федерации в 2004-2006 гг. представлены в таблице 39.

Таблица 39. Демографические показатели и показатели состояния здоровья населения Российской Федерации[77]

Показатели	2004 г. (1 января 2005 г.)	2005 г. (1 января 2006 г.)	2006 г. (1 января 2007 г.)
Численность постоянного населения РФ, *тыс. чел.*	143 474,2	142 753,6	142 221,0
Естественная убыль населения (на 1000 чел. населения), *чел.*	5,6	5,9	4,8
Рождаемость (на 1000 чел. населения), *случаев*	10,4	10,2	10,4
Общая смертность (на 1000 чел. населения), *случаев*	16,0	16,1	15,2

[76] Таблица подготовлена на основании данных статистического сборника Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации "Российский статистический ежегодник - 2006 г.", а также данных таблицы "Отдельные показатели системы здравоохранения по субъектам Российской Федерации (2004-2006 гг.)", размещенной на сайте, посвященном реализации реформы здравоохранения в субъектах Российской Федерации: http://www.healthreform.ru/

[77] Таблица подготовлена на основании данных статистического сборника Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации "Российский статистический ежегодник - 2006 г."

Младенческая смертность (на 1000 родившихся), *случаев*	11,6	11,0	10,2
Общая заболеваемость на 1000 человек, *случаев*	1431,1	1459,7	н/д
Первичная заболеваемость на 1000 человек, *случаев*	744,9	743,9	н/д

Несмотря на то, что численность постоянного населения Российской Федерации за 2004-2006 гг. сократилась, демографическая ситуация в 2006 г. по сравнению с 2005 г. стала более благополучной, показатели, характеризующие состояние здоровья населения, несколько стабилизировались.

В результате увеличения рождаемости и снижения общей смертности показатель естественной убыли населения Российской Федерации в анализируемый период снизился с 5,9 до 4,8 на 1000 чел. (см. таблицу 39).

Уровень младенческой смертности, являющийся одним из важнейших интегральных показателей здоровья населения, наиболее наглядно отражающих уровень развития системы здравоохранения, за 2004-2006 гг. снизился с 11,6 до 10,2 случаев на 1000 родившихся.

Одними из основных показателей оценки общественного здоровья являются общая и первичная заболеваемость. При росте общей заболеваемости населения Российской Федерации в 2005 г. первичная заболеваемость по сравнению с 2004 г. снизилась. Это свидетельствует, с одной стороны, об усилении первичного медико-профилактического звена системы здравоохранения и повышении качества первичной медицинской помощи, с другой – об увеличении повторных и обострении хронических заболеваний. В структуре общей заболеваемости населения в Российской Федерации преобладают болезни органов дыхания (24,2% от общего числа заболевших в 2005 г.), системы кровообращения (13,3%), органов пищеварения (7,7%) и костно-мышечной системы и соединительной ткани (7,5%).

3.2.3.2. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике

Основой для структурной реорганизации системы здравоохранения и разработки комплекса мероприятий в области охраны, укрепления и восстановления здоровья населения Чувашской Республики на 2004-2010 годы стала Концепция охраны здоровья населения Чувашской Республики. Концепцией, в частности, предусмотрено расширение профилактической направленности в работе первичного звена медико-санитарной помощи и его центральной составляющей – врачей общей (семейной) практики.

С целью повышения эффективности работы сектора здравоохранения в Чувашской Республике также реализуется Стратегический план реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике на 2003 - 2010 годы. Реализация Стратегического плана также направлена на приоритетное развитие и укрепление первичной медико-санитарной помощи, замещение круглосуточной стационарной помощи ресурсосберегающими технологиями лечения в дневных стационарах и стационарах на дому.

Показатели, характеризующие структурные изменения в системе предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике, представлены в таблице 40.

Таблица 40. Показатели, характеризующие структурные изменения в системе здравоохранения Чувашской Республики

Показатели	2004 г. (1 января 2005 г.)	2005 г. (1 января 2006 г.)	2006 г. (1 января 2007 г.)
Обеспеченность койками на 10 тыс. чел. населения в круглосуточных стационарах, *ед.*	103,1	98,6	95,7
Обеспеченность койками на 10 тыс. чел. населения в	19,5	19,1	19,2

дневных стационарах, *ед.*			
Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения, *чел.*	43,9	43,9	44,4
Обеспеченность врачами общей практики на 10 тыс. чел. населения, *чел.*	1,23	1,78	1,99

Анализ результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике в 2004-2006 гг. показал, что в республике наблюдается смещение объемов медицинской помощи из сектора круглосуточной стационарной помощи в сектор амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой с использованием ресурсосберегающих технологий лечения в дневных стационарах. Обеспеченность населения койками в круглосуточных стационарах за 2004-2006 гг. снизилась, обеспеченность койками в дневных стационарах в 2006 г. по сравнению с 2005 г. возросла, что является положительной тенденцией (см. таблицу 40). Вышеуказанные изменения являются отражением последовательной реализации Стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике.

Следует также отметить, что обеспеченность населения Чувашской Республики врачами за анализируемый период возросла с 43,9 до 44,4 чел. на 10 тыс. населения. При этом в республике обеспеченность населения врачами выше, чем в среднем по Российской Федерации.

В соответствии с Комплексной программой экономического и социального развития Чувашской Республики на 2003-2010 гг. обеспечение доступности качественной медицинской помощи в сельской местности является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения в Чувашской Республике. Основным направлением повышения доступности качественной медицинской помощи сельскому населению является организация общеврачебных практик. Обеспеченность населения Чувашской Республики врачами общей практики за 2004-2006 гг. возросла с 1,23 до 1,99 на 10 тыс. человек населения. В Чувашской Республике показатель обеспеченности населения врачами общей практики в 4,5 раза превышает аналогичный среднероссийский показатель. Таким образом, доступность качественной медицинской помощи сельскому населению в Чувашской Республике существенно выше, чем в среднем по Российской Федерации.

3.2.3.3. Оценка результатов реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Калининградской области

С 2003 года в Калининградской области реализуется Концепция развития здравоохранения и государственной политики по охране здоровья населения Калининградской области на 2003-2007 годы. В соответствии с Концепцией к числу основных задач по совершенствованию организации медицинской помощи в рамках развития здравоохранения в Калининградской области относятся развитие первичной медико-санитарной помощи, перераспределение части объемов медицинской помощи из стационарного сектора в амбулаторный, развитие института врача общей практики и содействие развитию здравоохранения в сельской местности.

Направления государственной политики Калининградской области в сфере здравоохранения на период до 2011 г. определены в областной целевой программе «Развитие здравоохранения Калининградской области на период 2007-2011 гг.». В соответствии с данной программой укрепление службы первичной медицинской помощи (развитие амбулаторно-поликлинических учреждений и системы врачей общей практики) в ближайшие годы сохранит свою приоритетность.

Данные таблицы 41 свидетельствуют о том, что в течение 2004-2006 гг. обеспеченность населения Калининградской области койками в круглосуточных

стационарах оставалась неизменной и составляла 92,5 места на 1000 чел. Обеспеченность койками в дневных стационарах сократилась с 14,4 до 12,1 мест на 1000 человек. Указанные тенденции связаны с интенсификацией работы первичного звена медицинской помощи, расширением диспансеризации населения и выявлением больных с хроническими заболеваниями, нуждающихся в лечении в круглосуточных стационарах.

Таблица 41. Показатели, характеризующие структурные изменения в системе здравоохранения Калининградской области

Показатели	2004 г. (1 января 2005 г.)	2005 г. (1 января 2006 г.)	2006 г. (1 января 2007 г.)
Обеспеченность койками на 10 тыс. чел. населения в круглосуточных стационарах, *ед.*	92,5	92,5	92,5
Обеспеченность койками на 10 тыс. чел. населения в дневных стационарах, *ед.*	14,4	13,0	12,1
Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел. населения, *чел.*	31,3	30,6	31,3
Обеспеченность врачами общей практики на 10 тыс. чел. населения, *чел.*	0,13	0,18	0,20

В Калининградской области система врачей общей практики пока не получила такого широкого распространения, как в Чувашской Республике, где реструктуризация системы предоставления первичной медицинской помощи началась задолго до того, как приобрела общефедеральный масштаб. При этом показатель обеспеченности населения Калининградской области врачами общей практики стабильно возрастает, что является положительной тенденцией и свидетельствует о повышении доступности медицинской помощи сельскому населению.

ВЫВОДЫ:

- Система предоставления медицинской помощи населению Российской Федерации за 2004-2006 претерпела положительные изменения. В деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений продолжалось внедрение ресурсосберегающих стационарозамещающих технологий. Обеспеченность местами в дневных стационарах возросла с 13,4 до 13,9 коек на 10 тыс. чел. населения, в то время как обеспеченность койками в круглосуточных стационарах снизилась.
- Обеспеченность населения Российской Федерации врачами за 2004-2006 гг. возросла с 42,7 до 43,0 на 10 тыс. чел. населения. Обеспеченность населения врачами общей практики за анализируемый период возросла с 0,27 до 0,44 на 10 тыс. чел. населения. Принимая во внимание тот факт, что развитие системы врачей общей практики является основным направлением повышения доступности качественной медицинской помощи сельскому населению, вышеуказанная тенденция свидетельствует о том, что доступность медицинской помощи для сельского населения в Российской Федерации ежегодно возрастает.
- В Чувашской Республике, как и в Российской Федерации в целом, наблюдается смещение объемов медицинской помощи из сектора круглосуточной стационарной помощи в сектор амбулаторно-поликлинической помощи. Обеспеченность населения республики койками в круглосуточных стационарах за 2004-2006 гг. снизилась, в дневных стационарах – возросла, что является отражением последовательной реализации Стратегического плана реструктуризации системы предоставления медицинской помощи в Чувашской Республике.

  Обеспеченность населения Чувашской Республики врачами за анализируемый период возросла с 43,9 до 44,4 чел. на 10 тыс. населения и остается на уровне выше среднероссийского. Показатель обеспеченности населения врачами общей

практики в Чувашской Республике более чем в 4,5 раза превышает аналогичный среднероссийский показатель. Таким образом, доступность качественной медицинской помощи сельскому населению в Чувашской Республике существенно выше, чем в среднем по Российской Федерации.

- В течение 2004-2006 гг. обеспеченность населения Калининградской области койками в круглосуточных стационарах оставалась неизменной и составляла 92,5 места на 1000 чел. Указанная тенденция связана с интенсификацией работы первичного звена, расширением диспансеризации населения и выявлением больных с хроническими заболеваниями, нуждающихся в лечении в круглосуточных стационарах.

  В Калининградской области система врачей общей практики пока не получила такого широкого распространения, как в Чувашской Республике. При этом показатель обеспеченности населения Калининградской области врачами общей практики ежегодно и неизменно растет, что является положительной тенденцией и свидетельствует о повышении доступности медицинской помощи сельскому населению Калининградской области.
- Несмотря на то, что численность постоянного населения Российской Федерации за 2004-2006 гг. сократилась, демографическая ситуация в 2006 г. по сравнению с 2005 г. стала более благополучной. В результате увеличения рождаемости и снижения общей смертности показатель естественной убыли населения Российской Федерации в анализируемый период снизился с 5,9 до 4,8 на 1000 чел.
- Уровень младенческой смертности, являющийся одним из важнейших интегральных показателей здоровья населения, наиболее наглядно отражающих уровень развития системы здравоохранения, за 2004-2006 гг. снизился с 11,6 до 10,2 случаев на 1000 родившихся.
- При росте общей заболеваемости населения Российской Федерации в 2005 г. первичная заболеваемость по сравнению с 2004 г. снизилась. Рост общей заболеваемости населения указывает на необходимость повышения внимания к гражданам, страдающим хроническими заболеваниями. Снижение первичной заболеваемости является положительной тенденцией и свидетельствует об усилении первичного медико-профилактического звена системы здравоохранения и повышении качества первичной медицинской помощи.

3.3. АНАЛИЗ СИСТЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ в 2004-2006 гг.

3.3.1. Анализ функциональной и экономической структуры расходов на образование[78] в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах Российской Федерации в 2004-2006 гг.

3.3.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в федеральном бюджете и в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации.

3.3.1.1.1. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в федеральном бюджете Российской Федерации

Функциональная структура расходов на образование включает расходы по уровням образования и является финансовым отражением распределения полномочий в сфере образования между различными уровнями власти.

Анализ показал, что федеральный бюджет играет основную роль в финансировании *высшего профессионального образования* (см. таблицу 42). Совокупная доля этих расходов в общем объеме расходов федерального бюджета на образование увеличились с 72% в 2004 году до 86,6% в 2006 году.

Заметное сокращение доли расходов федерального бюджета на *начальное и среднее профессиональное образование* в 2004-2006 гг. является отражением процесса поэтапной передачи полномочий по финансированию начального и среднего профессионального образования с федерального уровня на уровень субъектов Российской Федерации, о чем написано в подразделе 3.1.2.

Таблица 42. Функциональная структура расходов на финансирование системы образования в федеральном бюджете Российской Федерации, *млрд. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем расходов на финансирование **образования** в федеральном бюджете РФ, ВСЕГО	121,6	100%	162,1	100%	212,4	100%
из них:						
Дошкольное образование	0,4	0,3%	1,9	1,2%	2,2	1,0%
Общее образование	1,4	1,2%	1,8	1,1%	2,7	1,3%
Начальное профессиональное образование	24,3	20,0%	5,0	3,1%	6,9	3,2%
Среднее профессиональное образование	15,8	13,0%	18,7	11,5%	22,4	10,5%
Высшее профессиональное образование	71,8	59,0%	119,2	73,5%	161,7	76,1%
Переподготовка и повышение квалификации	1,7	1,4%	2,7	1,7%	4,4	2,1%

[78] В Российской Федерации пять основных уровней образования: дошкольное, общее, начальное профессиональное, среднее профессиональное и высшее профессиональное

3.3.1.1.2. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в консолидированном бюджете Чувашской Республики

Из консолидированного бюджета Чувашской Республики преимущественно финансируются расходы на общее образование и дошкольное образование.

Расходы на *общее образование* в структуре расходов на образование в консолидированном бюджете Чувашской Республики имеют наибольший удельный вес. Доля данных расходов за анализируемый период практически не изменилась и по итогам 2006 г. составила 62,4% от общего объема расходов на образование (см. таблицу 43).

Доля расходов на *дошкольное образование* в структуре расходов на образование в консолидированном бюджете Чувашской Республики за 2004-2006 гг. незначительно сократилась, составив в 2006 г. 20,2%.

В абсолютном выражении расходы на общее и дошкольное образование в Чувашской Республике ежегодно росли: в реальном выражении прирост расходов в 2006 г. к уровню 2004 г. по *общему образованию* составил 40,3%, по *дошкольному образованию* - 31,5%.

Расходы на дошкольное образование и основная доля расходов на общее образование в Чувашской Республике, как и в других субъектах Российской Федерации, осуществляются из местных бюджетов. При этом значительная часть расходов местных бюджетов на реализацию образовательных программ общего и дошкольного образования (расходы на оплату труда работников общеобразовательных учреждений, расходы на учебники и учебные пособия, технические средства обучения, расходные материалы и хозяйственные нужды) финансируется за счет целевых субвенций, поступающих в местные бюджеты из регионального бюджета.

Таблица 43. Функциональная структура расходов на финансирование системы образования в консолидированном бюджете Чувашской Республики, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем расходов на финансирование **образования** в консолидированном бюджете Чувашской Республики, ВСЕГО	2971,6	100%	3719,0	100%	4725,5	100%
из них:						
Дошкольное образование	641,3	21,6%	742,5	20,0%	956,4	20,2%
- республиканский бюджет	2,1	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
- местные бюджеты	639,2	21,5%	742,5	20,0%	956,4	20,2%
Общее образование	1852,0	62,3%	2079,8	55,9%	2948,4	62,4%
- республиканский бюджет	224,8	7,5%	241,7	6,5%	311,4	6,6%
- местные бюджеты	1627,2	54,8%	1838,1	49,4%	2637,0	55,8%
Начальное профессиональное образование	4,9	0,2%	251,4	6,8%	316,6	6,7%
- республиканский бюджет	4,9	0,2%	251,4	6,8%	316,6	6,7%
- местные бюджеты	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Среднее профессиональное образование	100,3	3,4%	136,1	3,7%	188,0	4,0%
- республиканский бюджет	93,1	3,1%	133,8	3,6%	185,5	3,9%
- местные бюджеты	7,2	0,3%	2,3	0,1%	2,5	0,1%
Высшее профессиональное образование	6,7	0,2%	9,6	0,3%	13,0	0,3%
- республиканский бюджет	6,7	0,2%	9,6	0,3%	13,0	0,3%
- местные бюджеты	-	-	-	-	-	-
Переподготовка и повышение квалификации	30,4	1,0%	31,4	0,8%	43,4	0,9%

Совокупная доля расходов на *начальное и среднее профессиональное образование* в структуре расходов на образование в Чувашской Республике увеличилась с 3,6% в 2004 г.

до 10,7% в 2006 г. Это обусловлено передачей с 2005 года в собственность Чувашской Республики федеральных учреждений начального и среднего профессионального образования, находящихся на территории республики, в соответствии с перераспределением полномочий между уровнями бюджетной системы Российской Федерации. Наиболее ярким отражением этого процесса является динамика расходов на начальное профессиональное образование, доля которых за рассматриваемый период выросла с 0,2% до 6,7%.

3.3.1.1.3. Анализ функциональной структуры расходов на финансирование системы образования в консолидированном бюджете Калининградской области

В Калининградской области, как и в других субъектах Российской Федерации, наибольший удельный вес в структуре бюджетных расходов на образование занимают расходы на дошкольное образование и общее образование.

В абсолютном выражении расходы на общее и дошкольное образование в Калининградской области ежегодно росли: в реальном выражении прирост расходов в 2006 г. к уровню 2004 г. по *общему образованию* составил 76,5%, по *дошкольному образованию* - 60,5%. При этом доля расходов на общее образование в объеме бюджетных расходов на образование в Калининградской области за период 2004-2006 гг. сократилась с 65,5% до 62,2%, доля расходов на дошкольное образование также сократилась и в 2006 г. составила 17,8% (см. таблицу 44).

Таблица 44. Функциональная структура расходов на финансирование системы образования в консолидированном бюджете Калининградской области, *млн. руб*.

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем расходов на финансирование **образования** в консолидированном бюджете Калининградской области, ВСЕГО	2595,7	100%	3443,4	100%	5565,1	100%
из них:						
Дошкольное образование	534,4	20,6%	665,7	19,3%	990,2	17,8%
- областной бюджет	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
- местные бюджеты	534,4	20,6%	665,7	19,3%	990,2	17,8%
Общее образование	1699,3	65,5%	2064,1	59,9%	3461,8	62,2%
- областной бюджет	40,0	1,5%	64,4	1,9%	430,6	7,7%
- местные бюджеты	1659,3	63,9%	1999,7	58,1%	3031,2	54,5%
Начальное профессиональное образование	2,8	0,1%	197,8	5,7%	285,3	5,1%
- областной бюджет	0,1	0,0%	197,8	5,7%	285,3	5,1%
- местные бюджеты	2,7	0,1%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Среднее профессиональное образование	66,9	2,6%	95,5	2,8%	131,0	2,4%
- областной бюджет	66,9	2,6%	95,5	2,8%	131,0	2,4%
- местные бюджеты	0,0	0,0%	0,0	0,0%	0,0	0,0%
Высшее профессиональное образование	0,0	0,0%	0,0	0,0%	5,9	0,1%
- областной бюджет	0,0	0,0%	0,0	0,0%	5,9	0,1%
- местные бюджеты	-	-	-	-	-	-
Переподготовка и повышение квалификации	17,6	0,7%	19,8	0,6%	29,0	0,5%

Совокупная доля расходов на *начальное и среднее профессиональное образование* в общем объеме расходов на образование Калининградской области возросла за период 2004-2006 гг. с 2,7% до 7,5%. Указанная динамика связана с перераспределением полномочий между уровнями бюджетной системы Российской Федерации и передачей с 2005 года в собственность Калининградской области федеральных учреждений начального и среднего профессионального образования, расположенных на территории области. Как и в Чувашской Республике, наиболее ярким отражением этого процесса является динамика расходов на начальное профессиональное образование, доля которых за 2004-2006 гг. увеличилась с 0,1% до 5,1%.

Бюджетные расходы на финансирование высшего профессионального образования в Калининградской области практически не осуществляются в связи с тем, что все государственные ВУЗы, расположенные на территории области, находятся в федеральной собственности.

3.3.1.2. Анализ экономической структуры расходов на финансирование системы образования в консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации

Экономическая структура бюджетных расходов на образование отражает соотношение расходов текущего и инвестиционного характера в системе финансирования образования.

3.3.1.2.1. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов в структуре расходов на финансирование системы образования в Чувашской Республике

Доля капитальных расходов в экономической структуре бюджетных расходов на финансирование образования в Чувашской Республике за анализируемый период увеличилась с 4,1% в 2004 году до 7,2% в 2006 году (см. таблицу 45), что является положительной тенденцией, свидетельствующей об укреплении материально-технической базы учреждений образования, развитии, модернизации и расширении сети учреждений образования.

Таблица 45. Экономическая структура расходов на финансирование образования в консолидированном бюджете Чувашской Республики, *млн. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем бюджетных расходов на финансирование **образования** в Чувашской Республике, ВСЕГО	2971,6	100%	3719,0	100%	4725,5	100%
1. Текущие расходы	2849,0	95,9%	3426,0	92,1%	4383,2	92,8%
из них, расходы на оплату труда (с начислениями на ФОТ)	1245,5	41,9%	2165,3	58,2%	2879,0	60,9%
2. Капитальные расходы[79]	122,6	4,1%	293,0	7,9%	342,3	7,2%

Наибольший удельный вес в структуре бюджетных расходов на образование Чувашской Республики занимают расходы на *оплату труда с начислениями на ФОТ*, доля которых за период 2004-2006 гг. возросла с 41,9% до 60,9% в общем объеме расходов на образование.

В результате ежегодного увеличения бюджетных расходов на заработную плату работникам образования за анализируемый период разрыв между средней заработной

[79] Здесь и далее к капитальным расходам отнесены расходы на обновление основных фондов, капитальный ремонт и пр., отражаемые по статье 310 «Увеличение стоимости основных средств» экономической классификации бюджетных расходов Российской Федерации

платой в сфере образования и средней заработной платой по экономике Чувашской Республики заметно сократился. Отношение средней заработной платы в образовании к средней заработной плате по экономике увеличилось с 63,2% в 2004 году до 68,9% в 2006 году. Для сравнения, в среднем по Российской Федерации аналогичный показатель в 2004 году составлял 61,6%, в 2006 г. - 64,1%.

Положительная динамика роста заработной платы работников образования отражает реализацию одного из приоритетов развития сферы образования в Чувашской Республике, связанного с повышением доходов, социального статуса и престижа профессии педагога. В рамках комплексного проекта модернизации образования в Чувашской Республике на 2007-2009 гг., реализуемого республикой в составе 21 субъекта Российской Федерации в рамках национального проекта «Образование», в Чувашской Республике осуществляется переход к новой системе оплаты труда в учреждениях общего образования, направленной на дальнейшее повышение заработной платы учителей. Правительством Чувашской Республики запланирован поэтапный рост средней заработной платы педагогов в учреждениях общего образования, которая к 2009 году увеличится на 95% от уровня 2006 года.

3.3.1.2.2. Оценка соотношения текущих и капитальных расходов в структуре расходов на финансирование системы образования в Калининградской области

Соотношение текущих и капитальных расходов на финансирование образования в Калининградской области в 2004-2006 гг. изменилось в сторону существенного увеличения капитальных расходов. Удельный вес *капитальных расходов* в общем объеме расходов на образование возрос с 6,3% в 2004 году до 12,3% в 2006 году (см. таблицу 46). Приведенные данные свидетельствуют об увеличении инвестиционной составляющей в структуре расходов на образование Калининградской области, что является положительной тенденцией и свидетельствует об укреплении материально-технической базы учреждений образования, развитии, модернизации и расширении сети учреждений образования.

Таблица 46. Экономическая структура расходов на финансирование образования в консолидированном бюджете Калининградской области, *млн. руб.*

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес	Исполнение	Уд. вес
Объем бюджетных расходов на финансирование **образования** в Калининградской области, ВСЕГО	2595,7	100%	3443,4	100%	5565,1	100%
1. Текущие расходы	2432,7	93,7%	3203,4	93,0%	4877,9	87,7%
из них, расходы на оплату труда (с начислениями на ФОТ)	1202,1	46,3%	2074,8	60,3%	3307,5	59,4%
2. Капитальные расходы[80]	163,0	6,3%	240,0	7,0%	687,2	12,3%

В Калининградской области, как и в Чувашской Республике, расходы на *оплату труда с начислениями на ФОТ* в структуре расходов на образование имеют наибольший удельный вес. Доля расходов на оплату труда с начислениями на ФОТ в Калининградской области за анализируемый период увеличилась с 46,3% до 59,4% в общем объеме расходов на образование. Данная тенденция служит отражением приоритетного для

[80] Здесь и далее к капитальным расходам отнесены расходы на обновление основных фондов, капитальный ремонт и пр., отражаемые по статье 310 «Увеличение стоимости основных средств» экономической классификации бюджетных расходов Российской Федерации

Правительства Калининградской области характера мероприятий по улучшению условий труда педагогических работников, как одного из основных направлений повышения качества образовательных услуг.

Как отмечалось в подразделе 1.3., Калининградская область в рамках реализации национального проекта «Образование» с 2007 года осуществляет комплексный проект модернизации образования. Одним из направлений реализации комплексного проекта модернизации образования является введение новой системы оплаты труда в учреждениях общего образования, направленной на дальнейшее повышение заработной платы педагогов.

ВЫВОДЫ:

- Анализ функциональной структуры расходов на образование в федеральном бюджете и консолидированных бюджетах Чувашской Республики и Калининградской области показал, что в сфере образования из федерального бюджета преимущественно финансируются расходы на высшее профессиональное образование; из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации в основном финансируются расходы на дошкольное образование и общее образование. При этом расходы на дошкольное образование и основная часть расходов на общее образование осуществляются из бюджетов муниципальных образований за счет целевых субвенций, получаемых из региональных бюджетов.
- Функциональная структура консолидированных бюджетов Чувашской Республики и Калининградской области за анализируемый период заметно изменилась: доля расходов на дошкольное и общее образование сократилась, в то время как доля расходов на начальное и среднее профессиональное образование возросла. Это связано с передачей полномочий по финансированию начального и среднего профессионального образования с федерального уровня на уровень субъектов Российской Федерации.
- Анализ экономической структуры расходов на образование в консолидированных бюджетах Чувашской Республики и Калининградской области показал, что за 2004-2006 гг. удельный вес капитальных расходов в структуре расходов на финансирование образования в исследуемых регионах существенно увеличился, что является отражением роста инвестиционной составляющей региональных расходов на образование и, соответственно, укрепления материально-технической базы учреждений образования, развития, модернизации и расширения сети учреждений образования. В Чувашской Республике в анализируемый период доля капитальных расходов на образование возросла с 4,1% до 7,2%, в Калининградской области – с 6,3% до 12,3%.
- Расходы на заработную плату работников образования в структуре расходов на образование традиционно занимают наибольший удельный вес. Доля расходов на оплату труда с начислениями в общем объеме расходов на образование, как в Чувашской Республике, так и в Калининградской области составляла в 2006 году около 60%. В рамках реализации в обоих исследуемых регионах комплексных проектов модернизации образования в 2007-2009 гг. запланирован переход к новой системе оплаты труда в учреждениях общего образования, направленной на дальнейшее повышение заработной платы педагогических работников. Повышение доходов, социального статуса и престижа профессии педагога является одним из основных направлений повышения качества образовательных услуг в Чувашской Республике и Калининградской области.

3.3.2. Оценка результатов реструктуризации сети учреждений дошкольного и общего образования, как одного из основных направлений повышения эффективности бюджетных расходов на финансирование системы образования Российской Федерации в 2004-2006 гг.

Ключевыми приоритетами стратегии Правительства Российской Федерации в сфере развития образования на протяжении последних лет являются повышение качества и доступности образования, эффективности экономических отношений в данной сфере, а также интеграция российского образования в мировое образовательное пространство[81].

Анализ нормативно-правовой базы и программных документов, определяющих цели и приоритеты государственной политики в сфере образования на субфедеральном уровне (в Чувашской Республике и Калининградской области), показал, что субъекты Российской Федерации осуществляют модернизацию образовательных систем в русле федеральной политики развития образования.

Проведенный анализ государственных расходов на образование в Российской Федерации на федеральном и субфедеральном уровне (в Чувашской Республике и Калининградской области) показал, что направления расходования средств федерального бюджета и консолидированных бюджетов исследуемых регионов взаимосвязаны с установленными приоритетами государственной политики в сфере развития, реформирования и модернизации образования.

Одним из основных направлений повышения эффективности бюджетных расходов на образование в Российской Федерации является оптимизация и реструктуризация сети образовательных учреждений различных уровней образования, проводимые в субъектах Российской Федерации. Процесс оптимизации и реструктуризации сети учреждений образования направлен на повышение качества образования и обеспечение его доступности для всех граждан независимо от места проживания, а также на обеспечение эффективности экономических отношений в сфере образования.

3.3.2.1. Оценка результатов оптимизации сети учреждений дошкольного образования в Российской Федерации

3.3.2.1.1. Результаты оптимизации сети учреждений дошкольного образования по Российской Федерации в целом

Основные тенденции в сфере дошкольного образования в Российской Федерации за 2004-2006 гг. отражают данные, приведенные в таблице 47.

Таблица 47. Динамика показателей, характеризующих основные тенденции в сфере дошкольного образования по Российской Федерации в целом

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число дошкольных образовательных учреждений, *тыс. единиц*	47,2	46,5	46,2
Численность детей в дошкольных образовательных учреждениях, *тыс. чел.*	4423	4530	4713
Количество детей, приходящихся на 100 мест в дошкольных образовательных учреждениях, *чел.*	86	89	91
в том числе:			
в городской местности	99	102	104
в сельской местности	72	75	77

[81] См. подраздел 2.3.

Охват детей дошкольными образовательными учреждениями, в процентах от численности детей соответствующего возраста, %	57,7	57,3	57,7

На состояние системы образования любой страны в значительной степени влияют происходящие в ней демографические процессы. Период с 1991 г. по 2001 г. для Российской Федерации в экономическом отношении был очень сложным. Одним из последствий этого периода стало снижение рождаемости в стране и уменьшение количества детей дошкольного возраста. Численность детей в дошкольных образовательных учреждениях Российской Федерации с 1991 по 2001 год сократилась почти вдвое (с 8433 тыс. до 4246 тыс. воспитанников).

Следствием снижения числа детей дошкольного возраста стало сокращение и реорганизация сети учреждений дошкольного образования с целью ее оптимизации.

Экономический рост в Российской Федерации в 2000-х годах привел к повышению рождаемости. За 2004-2006 годы численность детей в дошкольных образовательных учреждениях возросла с 4,4 млн. до 4,7 млн. человек. Однако баланс между количеством детей дошкольного возраста и числом дошкольных учреждений в стране к настоящему времени пока не достигнут.

Эффективность расходования бюджетных средств на финансирование дошкольного образования в значительной степени определяется эффективностью использования сети дошкольных образовательных учреждений. В настоящем исследовании анализ эффективности использования сети учреждений дошкольного образования проводится на основании динамики таких показателей, как *число детей на 100 мест в дошкольных образовательных учреждениях* и *охват детей дошкольным образованием*.

Развитие сети дошкольных образовательных учреждений в Российской Федерации за 2004-2006 гг. характеризует динамика показателей, приведенных в таблице 47. Данные таблицы свидетельствуют о том, что в Российской Федерации наблюдается определенный дефицит мест в городских дошкольных учреждениях: на 100 мест в учреждениях дошкольного образования в городской местности в 2006 году приходилось в среднем 104 ребенка. При этом в сельской местности наблюдается избыток мест в дошкольных учреждениях: на 100 мест в сельских учреждениях дошкольного образования приходилось в 2006 году в среднем 77 детей.

Для повышения доступности дошкольного образования в Российской Федерации ведется строительство новых дошкольных учреждений. По данным Министерства образования и науки Российской Федерации к началу 2006-2007 учебного года в стране (преимущественно в городах) введено в эксплуатацию 182 новых дошкольных образовательных учреждения.

На повышение доступности и качества дошкольного образования направлена также оптимизация сети дошкольных образовательных учреждений. Оптимизация в субъектах Российской Федерации осуществляется путем использования внутренних резервов системы образования по двум основным направлениям:

1) Развитие новых форм организации дошкольного образования, в том числе путем создания интегрированных образовательных учреждений «школа – детский сад» и открытия дошкольных групп в школах.

2) Использование более гибкой системы режимов пребывания детей в детских садах путем внедрения в практику работы дошкольных образовательных учреждений групп кратковременного пребывания детей, использования наряду с традиционными режимами функционирования детских садов (12-часовым и круглосуточным режимами пребывания детей) также 10-часового и 14-часового режимов.

При этом охват детей дошкольным образованием в среднем по Российской Федерации остается недостаточно высоким: в 2006 гг. данный показатель составил 57,7% от общей численности детей в возрасте от 1 до 6 лет.

3.3.2.1.2. Результаты оптимизации сети учреждений дошкольного образования в Чувашской Республике

Динамика показателей, приведенных в таблице 48, характеризует основные тенденции в сфере дошкольного образования в Чувашской Республике в 2004-2006 гг.

Как и по Российской Федерации в целом, в Чувашской Республике в 2004-2006 гг. наблюдался определенный дефицит мест в городских учреждениях дошкольного образования и избыток мест в учреждениях дошкольного образования в сельской местности. На 100 мест в городских дошкольных учреждениях республики в 2006 году приходилось 102 ребенка, в сельских дошкольных учреждениях – 77 детей.

Таблица 48. Динамика показателей, характеризующих основные тенденции в сфере дошкольного образования в Чувашской Республике

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число дошкольных образовательных учреждений, *единиц*	433	430	430
в том числе:			
в городской местности	230	230	213
в сельской местности	203	200	217
Численность детей в дошкольных образовательных учреждениях, *тыс. чел.*	47,1	48,4	49,7
в том числе:			
в городской местности	34,8	35,9	34,8
в сельской местности	12,3	12,5	14,9
Количество детей, приходящихся на 100 мест в дошкольных образовательных учреждениях, *чел.*			
в том числе:			
в городской местности	97	99	102
в сельской местности	72	75	77
Охват детей дошкольными образовательными учреждениями, в процентах от численности детей соответствующего возраста, *%*	66,3	67,0	67,5

Для повышения доступности и качества дошкольного образования, а также эффективности использования сети дошкольных образовательных учреждений в Чувашской Республике была проведена оптимизация сети дошкольных образовательных учреждений. Были введены новые вариативные формы организации дошкольного образования – группы кратковременного пребывания детей, дошкольные группы в школах и т.д. С 2001 по 2006 годы почти вдвое (с 15 до 29) увеличилось число учреждений «начальная школа – детский сад». 85% детей 6-летнего возраста охвачены предшкольным обучением.

За счет новых форм организации дошкольного образования в республике созданы условия для массового привлечения детей в дошкольные образовательные учреждения как одного из самых эффективных способов выравнивания стартовых возможностей обучения будущих первоклассников. Охват детей дошкольным образованием в Чувашской Республике в рассматриваемый период увеличился и в 2006 году составил 67,5% (см. таблицу 48), что заметно превышает аналогичный среднероссийский показатель, составляющий 57,7%.

3.3.2.1.3. Результаты оптимизации сети учреждений дошкольного образования в Калининградской области

Основные тенденции в сфере дошкольного образования в Калининградской области за период с 2004 г. по 2006 г. отражают данные таблицы 49.

В анализируемый период в Калининградской области увеличивалось как количество учреждений дошкольного образования, так и число детей в дошкольных образовательных учреждениях, что является положительной тенденцией. В основном, это произошло за счет увеличения в сельской местности количества дошкольных учреждений и числа детей дошкольного возраста.

Таблица 49. Динамика показателей, характеризующих основные тенденции в сфере дошкольного образования в Калининградской области

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число дошкольных образовательных учреждений, *единиц*	279	282	288
в том числе:			
в городской местности	190	190	191
в сельской местности	89	92	97
Численность детей в дошкольных образовательных учреждениях, *тыс. чел.*	25,7	26,8	27,6
в том числе:			
в городской местности	23,4	24,8	23,9
в сельской местности	2,3	2,0	3,7
Средняя наполняемость дошкольных образовательных учреждений, *чел.*	92	95	96
в том числе:			
в городской местности	123	131	125
в сельской местности	26	22	38
Охват детей дошкольными образовательными учреждениями, в процентах от численности детей соответствующего возраста, *%*	60,7	60,9	64,1

Эффективность использования сети учреждений дошкольного образования в Калининградской области в 2004-2006 гг. возрастала, о чем свидетельствует положительная динамика таких показателей, как средняя наполняемость дошкольных учреждений и охват детей дошкольным образованием (см. таблицу 49).

Повышение эффективности использования сети учреждений дошкольного образования в области, в частности, связано с успешной реализацией областной целевой программы «Развитие образования Калининградской области на 2002-2005 годы». В рамках реализации данной программы был осуществлен комплекс мероприятий по развитию системы дошкольного образования в области, предусматривающий оптимизацию сети дошкольных учреждений по следующим основным направлениям:

- создание комплексов «школа – детский сад»;
- открытие групп дошкольного развития на базе сельских школ;
- открытие логопедических групп для детей дошкольного возраста на базе школ.

В результате оптимизации сети дошкольных учреждений в Калининградской области их средняя наполняемость за 2004-2006 гг. возросла с 92 человек до 96 человек, что является положительной тенденцией. Данный рост был достигнут, в основном, за счет увеличения средней наполняемости дошкольных учреждений в сельской местности.

Одним из результатов реализации Программы развития образования Калининградской области на 2002-2005 годы стало также повышение охвата детей в возрасте от 1 до 6 лет дошкольным образованием. Данный показатель увеличился за рассматриваемый период с 60,7% в 2004 г. до 64,1% в 2006 г., тогда как аналогичный среднероссийский показатель в 2006 г. составлял лишь 57,7%.

3.3.2.2. Оценка результатов реструктуризации сети учреждений общего образования в Российской Федерации

3.3.2.2.1. Результаты реструктуризации сети учреждений общего образования по Российской Федерации в целом

Снижение рождаемости в Российской Федерации в 90-е гг. двадцатого столетия в наибольшей степени отразилось на системе общего образования. За период с 1995 по 2006 годы численность учащихся общеобразовательных учреждений в Российской Федерации сократилась почти на 30% и продолжает уменьшаться. Средняя наполняемость школ за анализируемый период снизилась с 271 до 249 человек (см. таблицу 50).

Как и в сфере дошкольного образования, эффективность расходования бюджетных средств на финансирование общего образования в значительной степени определяется эффективностью использования сети учреждений общего образования. В настоящем исследовании эффективность использования сети учреждений общего образования анализируется на основании динамики таких показателей, как *средняя наполняемость классов* и *число учащихся, приходящихся на 1 учителя*.

Таблица 50. Динамика показателей, характеризующих основные тенденции в сфере общего образования по Российской Федерации в целом

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число общеобразовательных учреждений, *тыс. единиц*	65,5	64,2	62,5
в том числе:			
в городской местности	22,4	22,2	21,8
в сельской местности	43,1	42,0	40,7
Число учащихся в общеобразовательных учреждениях, *тыс. чел.*	17729	16561	15559
в том числе:			
в городской местности	12385	11591	10845
в сельской местности	5344	4970	4714
Число учащихся, приходящихся на 1 учителя	11	10	10
Средняя наполняемость школ, *чел.*	271	258	249

Сокращение числа учащихся и уменьшение средней наполняемости школ в Российской Федерации определяет необходимость реструктуризации сети учреждений общего образования, направленной на оптимизацию сети общеобразовательных учреждений и повышение доступности качественного образования для учащихся, особенно в сельской местности. В рамках проведения реструктуризации сокращается число сельских малокомплектных общеобразовательных учреждений, имеющих объективно более низкие возможности для предоставления качественного образования, путем их укрупнения и преобразования в интегрированные образовательные учреждения, доставка детей в которые из прилегающих населенных пунктов осуществляется школьными автобусами.

Проводимая реструктуризация сети учреждений общего образования в Российской Федерации расширяет возможности граждан для получения качественного образования вне зависимости от места жительства.

Положительный эффект от реализуемых мер в сфере общего образования подтверждают результаты Единого государственного экзамена (ЕГЭ) по некоторым предметам в общеобразовательных учреждениях Российской Федерации в 2005-2007 гг., свидетельствующие о повышении качества общего образования в стране за рассматриваемый период. Как видно из таблицы 51, доля учащихся, набравших высокие баллы по ЕГЭ, заметно увеличилась в 2005-2007 гг. по всем предметам, за исключением математики.

Таблица 51. Результаты Единого государственного экзамена по некоторым предметам в учреждениях общего образования Российской Федерации, *% от общего количества участников*

Показатели	2004-2005 учебный год	2005-2006 учебный год	2006-2007 учебный год
Русский язык			
Оценка «5»	9,93	11,48	12,48
Оценка «4»	35,93	36,12	38,31
Оценка «3»	46,13	43,30	39,90
Оценка «2»	8,01	9,10	9,31
Математика			
Оценка «5»	10,64	11,35	9,34
Оценка «4»	31,39	33,14	31,88
Оценка «3»	35,07	34,18	35,06
Оценка «2»	22,90	21,33	23,72
Информатика			
Оценка «5»	-	9,64	13,79
Оценка «4»	-	31,76	35,83
Оценка «3»	-	39,27	35,11
Оценка «2»	-	19,33	15,27
Английский язык			
Оценка «5»	8,59	12,71	14,35
Оценка «4»	42,41	42,60	41,29
Оценка «3»	33,28	28,60	27,89
Оценка «2»	15,72	16,09	16,47

3.3.2.2.2. Результаты реструктуризации сети учреждений общего образования в Чувашской Республике

Основные тенденции в сфере общего образования в Чувашской Республике в 2004-2006 гг. отражают показатели, приведенные в таблице 52.

Число учащихся в учреждениях общего образования в республике за анализируемый период снизилось с 169,6 до 147,4 тыс. человек, повторяя аналогичную тенденцию по Российской Федерации в целом.

Таблица 52. Динамика показателей, характеризующих основные тенденции в сфере общего образования в Чувашской Республике

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число общеобразовательных учреждений (в том числе вечерних школ), *единиц*	629	600	573
в том числе:			
в городской местности	155	154	140
в сельской местности	474	446	433
Число учащихся в общеобразовательных учреждениях, *тыс.чел.*	169,6	158,1	147,4
в том числе:			
в городской местности	98,1	91,3	78,9
в сельской местности	71,5	66,8	68,5
Число учащихся, приходящихся на 1 учителя	11	11	11
в том числе:			
в городской местности	14	14	14
в сельской местности	9	8	9
Средняя наполняемость классов, *чел.*	19,9	19,9	19,8
в том числе:			
в городской местности	25,3	25,2	25,0
в сельской местности	15,6	15,6	16,0
Средняя наполняемость школ, *чел.*	270	264	257

В Чувашской Республике уделяется большое внимание эффективности использования сети образовательных учреждений, в том числе учреждений общего образования.

В результате проводимой с 2002 года реструктуризации сети учреждений общего образования в республике была сформирована эффективная сеть общеобразовательных учреждений. Вместо почти 700 мелких, разбросанных по территории и высокозатратных общеобразовательных учреждений с объективно более слабыми возможностями предоставления качественного образования были сформированы 542 учреждения общего образования (без учета вечерних школ), в том числе базовые школы, доставка детей в которые из прилегающих населенных пунктов осуществляется школьными автобусами.

Высвобожденные в ходе реструктуризации бюджетные средства были направлены на укрепление материально-технической базы учреждений образования и содержание школьных автобусов. Организован подвоз детей в школы из 652 населенных пунктов. В результате в Чувашской Республике расширились возможности для получения качественного образования вне зависимости от места жительства: доступ к более качественному образованию получили свыше 10 тыс. учащихся сельских школ. Результаты единого государственного экзамена (ЕГЭ) выпускников сельских школ подтверждают эффективность расходования средств на обучение детей в этих школах. Так, если в 2001 году, до введения ЕГЭ, в ВУЗы поступило 33% выпускников, закончивших сельские школы, то в 2006 году по результатам ЕГЭ – уже 45,2%.

Благодаря проведенной реструктуризации, в Чувашской Республике позитивно изменились и показатели эффективности использования сети общеобразовательных учреждений:

- средняя наполняемость классов в сельских школах увеличилась с 15,6 чел. в 2004 году до 16,0 чел. в 2006 году; в городских школах в 2004-2006 гг. средняя наполняемость классов стабильно сохраняется на уровне около 25 чел.;
- число учащихся, приходящихся на 1 учителя, в 2004-2006 гг. в городских школах республики стабильно составляло 14 чел., в сельских школах – 9 чел.

3.3.2.2.3. Результаты реструктуризации сети учреждений общего образования в Калининградской области

В Калининградской области, как и в Российской Федерации в целом, число учащихся учреждений общего образования в 2004-2006 гг. сокращалось, снизившись за рассматриваемый период с 97,1 до 86,0 тыс. человек (см. таблицу 53).

На повышение доступности качественного общего образования и повышение эффективности использования сети общеобразовательных учреждений в Калининградской области была направлена реструктуризация сети учреждений общего образования. Ключевым элементом реструктуризации стало создание в области образовательных округов – объединений учреждений образования, расположенных по соседству, для совместного предоставления более качественных образовательных услуг проживающим на данной территории жителям. Образовательные округа создавались на базе различных моделей интегрированных образовательных учреждений, таких как опорная школа, комплекс «школа - детский сад» и др.

Благодаря проведенной реструктуризации, такие показатели эффективности использования сети общеобразовательных учреждений, как *число учащихся, приходящихся на 1 учителя*, и *средняя наполняемость классов*, в Калининградской области сохраняются на достаточно высоком уровне. Число учащихся, приходящихся на 1 учителя, в среднем по области составило в 2006 году 11 человек, причем в сельской местности данный показатель увеличился за 2004-2006 гг. с 8 до 9 человек. Средняя наполняемость классов в области составила в 2006 году 20,4 человека.

Таблица 53. Динамика показателей, характеризующих основные тенденции в сфере общего образования в Калининградской области

Показатели	2004 г.	2005 г.	2006 г.
Число общеобразовательных учреждений, *единиц*	262	257	246
в том числе:			
в городской местности	116	111	109
в сельской местности	146	146	137
Число учащихся в общеобразовательных учреждениях, *тыс.чел.*	97,1	90,5	86,0
в том числе:			
в городской местности	77,4	71,6	68,0
в сельской местности	19,7	18,9	18,1
Число учащихся, приходящихся на 1 учителя	11	12	11
в том числе:			
в городской местности	12	13	12
в сельской местности	8	8	9
Средняя наполняемость классов, *чел.*	20,6	20,3	20,4
в том числе:			
в городской местности	24,1	24,0	23,9
в сельской местности	13,1	12,8	13,2
Средняя наполняемость школ, *чел.*	371	352	350

ВЫВОДЫ:

- Благодаря реализованным мероприятиям по оптимизации сети дошкольных учреждений в Чувашской Республике и Калининградской области достигнут более высокий уровень доступности дошкольного образования, чем в среднем по

Российской Федерации. Охват детей дошкольным образованием в Чувашской Республике составил в 2006 году 67,5%, в Калининградской области – 64,1%, что существенно превышает аналогичный среднероссийский показатель – 57,7% от общего числа детей в возрасте от 1 до 6 лет. Таким образом, в исследуемых регионах, благодаря успешной реализации мер по развитию дошкольного образования, созданы благоприятные условия для массового привлечения детей в дошкольные образовательные учреждения как одного из самых эффективных способов выравнивания стартовых возможностей обучения будущих школьников.

- Проводимая в субъектах Российской Федерации реструктуризация сети учреждений общего образования способствует повышению доступности гражданам качественного образования вне зависимости от места жительства. О повышении качества общего образования в стране свидетельствует заметный рост доли учащихся общеобразовательных учреждений, набравших высокие баллы по Единому государственному экзамену, в 2005-2007 гг.
- Проведенный анализ показал, что эффективность использования сети учреждений общего образования в Чувашской Республике и Калининградской области находится на более высоком уровне, чем в среднем по Российской Федерации. В исследуемых регионах, благодаря проведенной реструктуризации учреждений общего образования, такие показатели эффективности использования сети общеобразовательных учреждений, как число учащихся, приходящихся на 1 учителя и средняя наполняемость классов, в 2004-2006 гг. превышали аналогичные среднероссийские показатели. Число учащихся, приходящихся на 1 учителя, в Чувашской Республике и Калининградской области в 2006 году составляло 11 человек, что выше аналогичного среднероссийского показателя (10 человек). Средняя наполняемость классов в Чувашской Республике в 2006 году составила 19,8 человек, в Калининградской области – 20,4 человека.
- Несмотря на происходящее сокращение числа учащихся в учреждениях общего образования как по Российской Федерации в целом, так и в исследуемых регионах, показатели эффективности использования сети учреждений общего образования в сельской местности в Чувашской Республике и Калининградской области в 2004-2006 гг. возросли. Эта положительная тенденция отражает повышение доступности качественного образования для учащихся сельских школ в результате проведенной реструктуризации сети общеобразовательных учреждений в исследуемых регионах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный в настоящем исследовании анализ позволил выявить следующие основные тенденции в сфере финансирования здравоохранения и образования в Российской Федерации:

1. Увеличение финансирования здравоохранения и образования в реальном выражении

В Российской Федерации наблюдается тенденция роста расходов на здравоохранение и образование в реальном выражении: объем государственного финансирования здравоохранения в стране увеличился за 2004-2006 гг. на 0,4 процентных пункта с 2,8% до 3,2% от ВВП, образования на 0,3 процентных пункта – с 3,5% до 3,8% от ВВП. Сферы здравоохранения и образования являются приоритетными в государственной политике Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, о чем свидетельствуют опережающие темпы роста расходов на здравоохранение и образование в федеральном бюджете и консолидированных бюджетах регионов по сравнению с темпами роста общего объема расходов соответствующих бюджетов. Несмотря на это, уровень государственного финансирования здравоохранения в Российской Федерации существенно ниже рекомендуемого Всемирной организацией здравоохранения – 5% от ВВП. Уровень государственного финансирования и образования в Российской Федерации ниже, чем в экономически развитых странах, где он превышает 5% от ВВП.

2. Положительные изменения в структуре расходов на здравоохранение

В Российской Федерации сложилась *двухканальная система финансирования здравоохранения*: государственное финансирование здравоохранения осуществляется за счет бюджетных средств и средств системы обязательного медицинского страхования. Одним из основных направлений модернизации системы здравоохранения в Российской Федерации является *преобразование действующей двухканальной системы финансирования здравоохранения в преимущественно одноканальную систему финансирования, основанную на страховых принципах*, что позволит в значительной мере устранить ряд существенных недостатков, присущих двухканальной системе финансирования здравоохранения: затруднение формирования системы экономической мотивации для медицинских учреждений в силу разделенности финансовых потоков, ослабление ответственности каждого из источников финансирования за финансовое обеспечение конкретных видов и объемов медицинской помощи и т.д.

Проведенный анализ показал, что в исследуемых регионах в 2004-2006 гг. повысилась доля расходов на финансирование здравоохранения, осуществляемых через систему обязательного медицинского страхования, что можно отметить как положительное изменение в свете предстоящего перехода к преимущественно одноканальной модели финансирования системы здравоохранения.

Одним из важнейших направлений совершенствования системы оказания медицинской помощи в Российской Федерации является переход от оказания медицинской помощи преимущественно в стационарных учреждениях к большему предоставлению услуг амбулаторной медицинской помощи, развитие стационарозамещающих технологий лечения и усиление профилактической направленности системы здравоохранения в Российской Федерации. Данное направление нашло отражение в изменении структуры расходов на предоставление основных видов медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в исследуемых регионах. Доля расходов на предоставление стационарной медицинской помощи в Чувашской Республике за 2004-2006 гг. снизилась с 63,0% до 60,5%, в Калининградской области - с 59,2% до 58,8%. Доля расходов на предоставление

амбулаторно-поликлинической помощи возросла за тот же период в Чувашской Республике с 26,9% до 30,4%, в Калининградской области - с 28,0% до 29,2%.

3. ***Структура расходов на образование в федеральном бюджете и консолидированных бюджетах субъектов Российской Федерации соответствует полномочиям, закрепленным за соответствующими уровнями бюджетной системы Российской Федерации***.

Из федерального бюджета преимущественно финансируются расходы на высшее профессиональное образование, а также часть расходов на среднее образование; из консолидированных бюджетов субъектов Российской Федерации финансируются, в основном, расходы на дошкольное и общее образование, а также расходы на начальное и среднее профессиональное образование. Основную роль в финансировании образования играют консолидированные бюджеты субъектов Российской Федерации, доля которых в общем объеме государственных расходов на образование составляет почти 80%. Четкое разделение между федеральными и региональными органами государственной власти и органами местного самоуправления компетенции и сфер ответственности при предоставлении образовательных услуг гражданам способствует повышению эффективности управления бюджетными расходами на финансирование образования.

4. Усиление первичного медико-профилактического звена системы здравоохранения, повышение качества первичной медицинской помощи

Наблюдались положительные изменения в системе предоставления медицинской помощи населению Российской Федерации в течение 2004-2006 годов. В деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений продолжалось внедрение ресурсосберегающих стационарозамещающих технологий. Обеспеченность местами в дневных стационарах возросла с 13,4 до 13,9 коек на 10 тыс. чел. населения, в то время как обеспеченность койками в круглосуточных стационарах снизилась.

В анализируемый период в Российской Федерации продолжалось усиление первичного медико-профилактического звена системы здравоохранения, что нашло отражение в повышении качества первичной медицинской помощи. При росте общей заболеваемости населения Российской Федерации в 2005 г. первичная заболеваемость по сравнению с 2004 г. снизилась. Рост общей заболеваемости населения указывает на необходимость повышения внимания системы здравоохранения Российской Федерации и субъектов Российской Федерации к гражданам, страдающим хроническими заболеваниями.

5. Повышение доступности качественного образования

Несмотря на реализуемые меры по оптимизации сети дошкольных образовательных учреждений в субъектах Российской Федерации, охват детей дошкольным образованием в стране остается недостаточно высоким. В 2006 году дошкольным образованием в стране было охвачено лишь 58% всех детей в возрасте от 1 до 6 лет. В исследуемых регионах в результате оптимизации сети дошкольных образовательных учреждений охват детей дошкольным образованием за 2004-2006 гг. заметно увеличился, составив в 2006 г. в Чувашской Республике 67,5%, в Калининградской области – 64,1%.

Дошкольное образование в России не является обязательным, но наиболее эффективно способствует выравниванию стартовых возможностей будущих школьников. В этой связи органам государственной власти субфедерального уровня рекомендуется сконцентрировать усилия на обеспечении доступности дошкольного образования для детей, относящихся ко всем группам населения, в том числе для детей с ограниченными возможностями и детей из малообеспеченных семей. Оптимизация сети дошкольных учреждений должна быть направлена в первую очередь на создание условий для

массового привлечения детей в детские сады путем использования гибкой системы режимов пребывания детей в детских садах, развития предшкольного обучения и т.д.

Сокращение рождаемости в Российской Федерации в 1990-х гг. привело к тому, что численность учащихся в учреждениях общего образования в стране сокращается. Тем не менее, благодаря проводимой реструктуризации в субъектах Российской Федерации средняя наполняемость классов сохраняется на высоком уровне за счет сокращения числа школ в сельской местности. Мелкие сельские школы, имеющие объективно более низкие возможности для предоставления качественного образования, укрупняются и преобразуются в интегрированные образовательные учреждения, доставка детей в которые из прилегающих населенных пунктов осуществляется школьными автобусами. Учащиеся сельских школ при этом получают доступ к более качественному образованию, высокий уровень которого способны обеспечить укрупненные сельские школы и интегрированные образовательные учреждения.

Таким образом, проводимая реструктуризация сети учреждений общего образования в Российской Федерации расширяет возможности граждан для получения качественного образования вне зависимости от места жительства.

Положительный эффект от реализуемых мер в сфере общего образования подтверждает повышение качества общего образования в Российской Федерации, о чем свидетельствует увеличение доли учащихся, набравших высокие баллы по Единому государственному экзамену, в 2005-2007 гг.

Тенденция сокращения числа учащихся в учреждениях общего образования, по оценке Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, продлится до 2010 г., после чего данный показатель стабилизируется. В этой связи в ближайшие годы субъектам Российской Федерации необходимо продолжать реализацию мер по реструктуризации сети общеобразовательных учреждений. Данные меры включают дальнейшую оптимизацию сети учреждений общего образования, а также повышение качества образования путем его информатизации, внедрения инновационных образовательных технологий, развития профильного обучения.

6. Повышение доходов и социального престижа медицинских работников и педагогов

Одним из государственных приоритетов в развитии здравоохранения и образования в Российской Федерации является обеспечение медицинских и образовательных учреждений высококвалифицированными кадрами, в связи с чем органы государственной власти федерального и субфедерального уровней уделяют большое внимание повышению доходов и социального статуса медицинских работников и педагогов.

В рамках национальных проектов «Здоровье» и «Образование» Чувашская Республика и Калининградская область в числе других субъектов Российской Федерации реализуют проекты модернизации здравоохранения и образования. Данные проекты модернизации предусматривают, помимо прочих мероприятий, реформирование систем оплаты труда в медицинских и образовательных учреждениях, направленное на повышение заработной платы медицинских работников и учителей и увеличение зависимости их доходов от конечного результата их труда (объемов и качества оказанных образовательных услуг и медицинской помощи).

7. Рост бюджетных инвестиций в сферах здравоохранения и образования

Проведенный анализ показал, что в исследуемых регионах в 2004-2006 гг. заметно выросли бюджетные инвестиции в сферу здравоохранения. Доля капитальных расходов на здравоохранение в Чувашской Республике возросла за рассматриваемый период с 6,4% до 21,3%; в Калининградской области – с 10,4% до 22,5%. Увеличение инвестиционной составляющей в расходах на здравоохранение связано с реализацией одного из

приоритетов государственной политики субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, направленного на улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений и качества медицинских услуг, развитие, модернизацию и расширение сети учреждений здравоохранения, повышение доступности населению спортивно-оздоровительных учреждений и улучшение показателей физической подготовленности и здоровья населения.

Важным приоритетом государственной политики Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере образования является укрепление, развитие и модернизация материально-технической базы образовательных учреждений. Проведенный анализ показал, что в Чувашской Республике и Калининградской области инвестиционная составляющая бюджетных расходов на образование в 2004-2006 гг. увеличилась. Динамика капитальных расходов на финансирование образования за 2004-2006 гг. позволяет предположить дальнейшее увеличение бюджетных инвестиций в сферу образования. Увеличение капитальных расходов на образование в текущем (2007) году и в предстоящем периоде связано, в том числе, с реализацией национального проекта «Образование», в рамках которого осуществляется оснащение школ учебным оборудованием, компьютерными классами, подключение школ к сети Интернет и приобретение школьных автобусов для доставки детей в школы из прилегающих населенных пунктов.