



Volume: 02 Issue: 04 | April 2021 ISSN: 2660-454X

www.centralasianstudies.org/index.php/CAJITMF

Концепция установления индикаторов результативности потребителями Государственного бюджета

¹ Ли А.Н

² Мамадалиев А.И.

Received 10th April 2021,

Accepted 21th April 2021,

Online 30th April 2021

¹Доцент Банковско-финансовой Академии
РУз.

² Магистрант Банковско-финансовой
Академии РУз.

ABSTRACT В данной статье приводится схема установления индикаторов результативности потребителями и вектор развития бюджетной политики с помощью различных бюджетных организаций. Также рассматриваются деятельность дошкольного образования и здравоохранения и их основные методики которые составляют анализ компонентов проводятся в несколько этапов.

Keywords: бюджетная политика, индикат, лимит, методика CLASS, гособеспечение

Введение

Главным вектором развития бюджетной политики в мировой практике являются инструменты эффективного расходования бюджетных средств, таких как подушевой метод, программно-целевой метод финансирования (БОР – бюджет ориентированный на результат) бюджетных организаций и др. При этом наибольшее распространение получил метод БОР, обеспечивающий взаимосвязь между выделяемыми бюджетными ресурсами и конечными количественно измеряемыми индикаторами результативности после их усвоения, представления конкретных мер достижения этих целей в виде бюджетных программ. Требования для бюджетирования в БОР можно свести к следующим:

1. Наличие четко сформулированных стратегических целей, приоритетов государственной политики и планируемых результативных показателей.
2. Функционирование среднесрочного финансового планирования.
3. Обязательность поэтапного мониторинга результативности расходов.
4. Планирование бюджетных расходов в соответствии с бюджетными целями (по бюджетным программам и администраторам расходов).

5. Описание целей и задач бюджетных программ, способов достижения ожидаемых конечных результатов в количественно измеримых показателях выпуска или социально значимых результатов.

6. Общий лимит расходов трансформирующихся в лимиты бюджетного финансирования по основным направлениям государственной политики, которые в дальнейшем служат основой для обоснования расходов на реализацию деятельности бюджетополучателей, т.е. согласование бюджетных программ идет сверху-вниз.

7. Изменения в управлении посредством вовлечения отраслевых министерств в бюджетный процесс с расширением их самостоятельности и ответственности.

Самым сложным в ряду этих требований является установление индикаторов результативности. Индикаторы результативности должны: максимально отражать непосредственный результат; гарантировать объективность измерения установленного показателя; чутко реагировать на изменения в достижении измеряемых результатов, но быть достаточно устойчивым к изменению прочих побочных факторов; выбираться исходя из степени их актуальности(важности с точки зрения задач тех, кто этот показатель использует; репрезентативности; эффективности с точки зрения затрат на его составление, сбор необходимой информации, ее обработку и проверку; сопоставимости(сравнимости схожих услуг).

Теперь анализируем текущую отечественную и международную практику установления индикаторов результативности в отраслях дошкольного образования и здравоохранения.

Сегодня качество образовательно-воспитательной деятельности дошкольного образовательного учреждения(ДОУ), включая результаты образовательного процесса оценивается в форме лицензирования, государственной аккредитации ДОУ, контрольно-надзорной деятельности, аттестации педагогических и руководящих работников. Критериями качества являются государственные образовательные стандарты к содержанию программ образования, профессиональной компетентности педагога с точки зрения его личностно-ориентированного взаимодействия с ребенком, а также к организации предметно-развивающей среды в ДОУ согласно постановления МЮ РУз. № 2849 от 21.12.2016 г. Как видим, такая оценка ориентирована прежде всего на оценку образовательных условий, а не на результативность дошкольного образования, определяемую уровнем и динамикой развития ребенка.

В международной практике задачи оценки дошкольного образования, разделены на два подхода: первый подход часто определяют как подход, направленный исключительно на подготовку детей к школе; второй подход – на развитие ребенка его индивидуальные возможности. При этом в обоих подходах вся образовательная деятельность ДОУ сводится к облагораживанию среды пребывания детей и эффективному взаимодействию ребенка с преподавателем, т.е. образовательному процессу в зависимости от поставленной цели(подготовка ребенка к школе или просто развивать его потенциальные способности).

С позиции современного подхода работы дошкольных учреждений, основной упор делается на: персонифицированный подход, т.е. личностно-ориентированному взаимодействию, уважая личность ребенка, его прав, создание условий для развития субъектной позиции ребенка в различных видах деятельности. Так методика CLASS(США) оценивает взаимодействие в качестве такого же (если не более) важного условия развития ребенка, чем образовательная среда в узком смысле этого слова. В CLASS оценивается как внеучебное, так и обучающее взаимодействие, поскольку речь идет о способах поддержки детей с помощью постановки перед ними различных, в том числе, образовательных задач и максимально соответствует конкретным требованиям современного дошкольного образования, поскольку ставит во главу угла образования маленьких детей не прямую оценку детских результатов, а оценку взаимодействия педагогов с детьми, как ключевое условие развития в дошкольном возрасте.

Из Российской практики наиболее унифицированной представляется группировка образовательно – воспитательной деятельности дошкольного образования Суровой Т.И.

1. Качество условий: психолого-педагогические; финансово-экономические; кадровые; материально-технические; развивающая предметно-пространственная среда.

2. Качество образовательной деятельности (процесса): принципы, обновления деятельности дошкольного учреждения; направления совершенствования управления качеством деятельности дошкольного учреждения; организационное и функциональное обеспечение достижения качества образования; модель управления качеством образования в ДООУ; методические рекомендации по использованию модели управления качеством образовательной деятельности; план действий по реализации модели управления качеством образования в ДООУ.

3. Качество результатов: принципы системы оценки качества образования в ДООУ; объекты мониторинга для обеспечения достижения качества образования в ДООУ; распределение функций субъектов образовательной деятельности по контролю за качеством в ДООУ; критерии оценки качества образования в ДООУ; направления работы по обеспечению качества образования в ДООУ.

Таким образом, анализ международной практики в сфере оценки качества дошкольного образования в целом сводится к оценке показателей, характеризующих следующие аспекты деятельности ДООУ: пространство пребывания детей, воспитательно-образовательный процесс, прогресс развития ребенка (результатный показатель).

Касательно здравоохранения, сегодня оценивание качества предоставляемых услуг здравоохранения сводится к совершенствованию анализа следующих аспектов медицинской деятельности.

А. Организации деятельности учреждений здравоохранения в виде статистических, экспертных оценок, комплексного медико-экономического анализа, учета населения амбулаторно-поликлинической помощью посредством специальных показателей.

1. Посещаемость населением амбулаторно-поликлинических учреждений:

- число посещений к врачам амбулаторно-поликлинических учреждений / среднегодовая численность населения;

2. Средняя численность населения на участке:

- среднегодовая численность обслуживаемого поликлиникой населения / число участков (терапевтических, педиатрических и др.);

3. Структура посещений поликлиники по виду обращений:

- число посещений по поводу заболеваний (профилактических осмотров) / общее число всех посещений поликлиники) x 100;

4. Структура посещений поликлиники по врачебным специальностям:

- (число посещений к врачам данной специальности / число посещений к врачам всех специальностей) x 100;

5. Удельный вес первичных посещений населения к врачам поликлиники:

- (число первичных посещений / общее число посещений) x 100.

В. По степени государственного участия в управлении медицинских услуг:

- Система Семашко - государственное финансирование и управление, всеобщий охват, высокое качество медицинских услуг.

- Система Бевериджа - государственное финансирование и управление, институт семейных врачей, всеобщий охват, высокое качество медицинских услуг.

- Система Бисмарка финансирование из страховых взносов работодателей и населения, всеобщий охват, высокое качество медицинских услуг.

- Американская система (частичный охват) - финансирование через рынок медицинского страхования, высокое качество и цена медицинских услуг.

Нетрудно заметить, как таковых методов оценивающих непосредственно качество услуг здравоохранения не прописаны, они рассматриваются как указывалось выше косвенно с позиции организации деятельности учреждений здравоохранения и разных путей финансового обеспечения(гособеспечение/страхование) здоровья населения.

Пожалуй единственным в системе здравоохранения концептуально универсальным инструментом разработки индикаторов качества медицинской помощи на региональном уровне представляется метод, предложенный А. Донатабедианом(США). В основе метода лежит анализ трех компонентов медицинских учреждений – структуры, процесса, результата. Оценка структуры предполагает определение потенциальных возможностей медицинского субъекта (учреждения или медицинского работника) оказывать соответствующую его функциям медицинскую помощь.

При оценке структуры анализируются ресурсная база: финансирование, кадры, оснащение, условия пребывания пациентов и т. п.

При оценке процесса анализируется соблюдение медицинских технологий.

При оценке результата – степень достижения намеченных целей на каждом этапе оказания медицинской помощи.

Как видим организация качественного здравоохранения требует: разработки и закрепления конкретного понятия измерителя результативности медицинских услуг с привлечением ключевых заинтересованных экспертов;создания структур, которые могут обеспечить руководство, администрирование и технический потенциал для улучшения результативности; включения принципов результативности в работу всех уровней и подразделений министерства здравоохранения; тщательного изучения доказательных данных по мерам улучшения результативности медицинских услуг; вовлечения пациентов, их семей и сообществ и предоставления им необходимых полномочий; мониторинг и отчетность по повышению результативности качества для обеспечения непрерывной деятельности по улучшению.

Таким образом, ключевым вопросом оценки качества медицинской услуги является разработка количественно измеримых индикаторов результативности для принятия более обоснованных решений по ее улучшению.

Вышеприведенный анализ подходов оценки качества услуг двух рассмотренных отраслей показывает, что повышение эффективности предоставляемых услуг лежит через постоянное совершенствование трех составляющих компонентов учреждений услуг:

1. Условия функционирования учреждений(для ДОУ- среда пребывания детей, для медучреждений– структура по Донатабедиану).
2. Основной функциональный процесс(для ДОУ- образовательно-воспитательный процесс, для медучреждений –процесс лечения).
3. Результатный блок(для ДОУ- успехи в логике/математике/чтении, для медучреждений – уменьшение числа переболевших гриппом/смертности и т.д.).

Анализ практики бюджетных расходовРУз показывает, в стране политика расходов развивается в полном соответствии с мировой тенденцией,подкрепляязаконодательной базой (Бюджетный кодекс), где в бюджетном запросе вводятся уже количественные и качественные результативные показатели и ниже приводимых директивных документах.Так вУП-5590от 07.12.2018 г. «Концепция развития системы здравоохранения Республики Узбекистан на 2019-2025 годы» конкретно такие укрупненные индикаторы указаны. Более того согласно программно-целевого подхода выделения бюджетных средств все потребителибюджетных средств отныне должны представлять индикаторы результативности на запрашиваемые средства. ВУП-5614 от 08.01.2019г. прямо профессиональным бюджетным языком указано «... переход к программно-целевому методу финансирования (БОР) бюджетных организаций, с внедрением ключевых индикаторов оценки эффективности использования бюджетных средств; ...».

Еще конкретнее - где и когда новый метод будет вводится указано в ПП-4555 от 30.12.2019 п.34.:

- проведение в 2020 году анализа и оценки результативности бюджетных и внебюджетных средств, направленных на мероприятия в сферах здравоохранения, народного образования, автомобильных дорог и водного хозяйства в течение 2018-2019 годов, с привлечением экспертов международных финансовых институтов;

- определение качественных и количественных показателей расходов Министерства народного образования, Министерства здравоохранения, Комитета по автомобильным дорогам и Министерства водного хозяйства Республики Узбекистана исходя из результатов их оценки, а также внедрение, в порядке эксперимента, системы оценки с формированием на данной основе бюджетов указанных министерств и ведомств на 2021 год;

- перевод, начиная с 2021 года, всех министерств и ведомств на систему целевого планирования с определением индикаторов эффективности расходов их бюджетов и внедрение данной системы при формировании бюджета на 2022 год.

Таким образом, кардинально изменилась концепция бюджетирования начиная с 2020 г., согласно которой Республиканский бюджет (РБ) будет приниматься ОлийМажлисом. Кроме того, расходы РБ будут утверждаться в разрезе министерств и ведомств. Предельные размеры бюджетных ассигнований для них утверждают палаты парламента, а министерства и ведомства самостоятельно распределяют их по подведомственным организациям. Местные бюджеты (МБ) будут приниматься местными Кенгашами народных депутатов.

Другими словами, общий лимит расходов Государственного бюджета трансформируется в лимиты бюджетного финансирования по основным направлениям государственной политики и общественной значимости, которые в дальнейшем служат основой для обоснования расходов на реализацию программ, подпрограмм и других видов деятельности министерств, ведомств.

Это означает с 2020 г. исходя из социально-экономической программы развития РУз Министерство финансов укажет министерствам, ведомствам только потолки их расходов по основным направлениям их деятельности и не будет участвовать как ранее в разработке их отраслевых программ развития, являвшегося базой разработки бюджетных заявок для установления им размеров бюджетных ассигнований. Новая концепция полностью отвечает методу бюджетирования, ориентированному на результат (БОР), т.е. согласование бюджетных заданий идет сверху вниз, а не наоборот как было ранее.

Обобщая все вышеприведенное и опыт разработки проектов методик оценки индикаторов результативности дошкольного образовательного учреждения и лечебного учреждения предлагаем для всех категорий потребителей бюджетных средств следующую методику оценки индикаторов результативности.

Основу методики должны составлять анализ трех компонентов любого потребителя бюджетных средств – условий функционирования, основной функциональный процесс, результатный блок.

При оценке «Условия функционирования» анализируются параметры ресурсной базы: оснащенность, кадры, финансирование, механизмы бюджетных услуг и т. п. Параметры этого компонента объекта должны количественно и качественно оценивать потенциальные возможности бюджетопотребителя оказывать полноценную качественную бюджетную услугу.

При оценке «Основной функциональный процесс» анализируется соблюдение законодательно-нормативных требований и технологий при исполнении бюджетных обязательств бюджетными организациями.

При оценке компонента «Результатный блок» – степень достижения намеченных целей на каждом этапе бюджетного процесса. Такой концептуальный подход комплексного охвата всех

характеристик деятельности бюджетопотребителя служит надежной основой формирования индикаторов результативности и значения показателей, всех его трех компонентов, приводящие к результатной цели.

В качестве механизма предлагается метод экспертной оценки, учитывающий универсальные параметры анализа сложных систем. Данный механизм позволит проводить как комплексную, так и локальную оценку качества бюджетных услуг бюджетопотребителя в виде: независимой экспертной оценки со стороны профессиональных экспертов; самооценки коллектива (руководители, исполнители) бюджетопотребителя; оценки потребителей бюджетных услуг, например, пенсионер, малообеспеченная семья и т.д.

Механизм независимой экспертной оценки призван объективно оценить по единой шкале разных потребителей бюджетных средств, выявляя объективно проблемные и эффективные области, требующие совершенствования, устанавливая им оценки в баллах. Наиболее эффективные инструменты разрешения проблем в последующем могут быть использованы Минфином для повышения эффективности бюджетных услуг.

Как инструмент самооценки данный механизм призван помочь руководителям и коллективу бюджетопотребителей обнаруживать наиболее успешные и проблемные области их деятельности, позволяя вовремя корректировать текущую деятельность, ставить перед сотрудниками перспективные задачи развития, по необходимости взаимодействуя министерству финансов с отраслевыми министерствами.

Технологическое выполнение предложенной методики предлагаем проводить в 3 следующих этапа.

Этап 1. Утверждение экспертной группы и базовых бюджетопотребителей, которая включает: определение состава экспертов; отбор 5 (количество базовых объектов определяют эксперты) однородных базовых бюджетопотребителей (дошкольные образовательные учреждения, лечебные учреждения и т.д.) для установления оценочных параметров по каждому из 3-х компонентов бюджетопотребителя. Для оценки качества услуг бюджетопотребителя, обязательным должно стать активное участие их потребителей в формировании состава оценочных параметров.

Совокупность оценочных параметров могут иметь разную структурную конфигурацию в зависимости от цели потребителей оценки.

Этап 2. Оценка параметров каждого из компонентов бюджетопотребителя т.е. оснащенности законодательно-нормативной и материально-технической базой, кадрами, ИТ технологией и т.д. Он включает: структурирование состава оценочных параметров по всем 3-м компонентам; установление цены в баллах каждому из оценочных параметров.

Рассматриваемый механизм комплексной оценки, учитывающая разные наиболее существенные аспекты деятельности бюджетопотребителей, сопоставляя однородные параметры различных бюджетопотребителей, позволит выявить экспертам наиболее существенные показатели их деятельности. При этом любой параметр каждого из трех компонентов в свою очередь может содержать набор ключевых подпараметров, оцениваемых с использованием бальной шкалы. При этом максимальное совокупное значение каждого из оценочных параметров должна равняться одному и тому же значению в баллах, например в 10 баллов.

Продемонстрируем механизм на данных, сформированных по структуре медицинского объединения Кибрайского района Ташкентской области, отобранных собственными экспертами в составе нижеприводимых параметров по 3-м компонентам Донатабедиана. При этом отметим как местные эксперты творчески переформатировали параметры компонентов в сторону большей их детализации, отражая тем самым отдельные тонкости характеристики оборудования или специфики лечебной технологии и т.д. Сокращенно состав параметров по компонентам можно свести к следующим:

Параметры структуры - техническая оснащенность медицинской организации, наличие стандартизированных клинических программ/ технологий и их объем, кадровый потенциал медицинской организации, санитарное состояние больницы, показатели больничной мощности.

Параметры процесса - экспертные репутационные оценки, процессно-временные показатели производственной деятельности, научно-образовательная деятельность медицинской организации, финансовая эффективность /показатели финансовой деятельности медицинской организации, коммуникативная компетентность и доступность медицинского персонала, антиинфекционные мероприятия.

Параметры результата - риск смертности пациентов, послеоперационные и иные осложнения состояния здоровья, ремиссия заболевания.

Таким образом оценочная матрица будет иметь вид таблицы 1 по различным лечебным учреждениям(ЛУ).

Этап 3. Оценка непосредственных параметров качества услуг ЛУ.

Для перехода к оценке непосредственных параметров качества медицинских услуг каждый из компонентов Донатабедиана оцениваемых ЛУ разобьем на набор соответствующих параметров, оцениваемых с использованием бальной шкалы. При этом максимальное значение каждого из параметров должна равняться одному и тому же значению в баллах, например 10 баллов. В зависимости от функциональной содержательности компонента «результат» оговариваются правила присвоения его параметрам численного значения. Например, как в нашем случае, если параметры компонента «результат» отражают отрицательные факторы, присваивание им веса в баллах начинаются с самого низкого и наоборот с наивысшего, если отражают положительный фактор.

Пусть отобранные для оценки 5ЛУ имеют архитектуру состава конкретных компонентов и их параметров в виде следующей таблицы (табл.1). Условно категорию ЛУ как отмечалось выше выбрали подобную медицинскому объединению Кибрайского района, т.е. показателем хорошего качества медицинских услуг является минимальное суммарное значение параметров компонента «результат».

Согласно таблицы 1 качество услуг наилучшая у ЛУ-5, где суммарное значение параметров компонента «результат» наименьшая и равна 5 баллам, у остальных 4-х ЛУ эти значения значительно выше. При этом параметры по компонентам «структура», «процесс» Донатабедиана воздействовали на компонент «результат» следующим образом.

В компоненте «структура» наибольший интерес вызывают: техническая оснащенность, наличие стандартизированных клинических программ/ технологий и их объем, кадровый потенциал.

В компоненте «процесс» наибольший интерес вызывают: процессно-временные показатели производственной деятельности, экспертные репутационные оценки, антиинфекционные мероприятия.

Оценки экспертов с детализацией по параметрам компонентов в баллах
(условный пример)

табл.1

Компоненты Донатабедиана	Параметры по компонентам	Лечебные учреждения(ЛУ)				
		1	2	3	4	5
Структура	Техническая оснащенность	5,0	5,0	5,0	6,0	7,0
	Наличие стандартизированных клинических программ/ технологий и их объем	3,3	5,0	6,0	7,0	8,0
	Кадровый потенциал	6,6	6,6	6,6	7,0	8,0
	Санитарное состояние больницы	5,0	6,0	6,6	6,6	6,6
	Показатели больничной мощности	10,0	9,0	9,0	9,0	9,0
Процесс	Экспертные репутационные оценки	6,6	6,6	6,6	7,0	8,0
	Процессно-временные показатели производственной деятельности	5,0	8,0	8,0	8,0	9,0
	Научно-образовательная деятельность ЛУ	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
	Финансовая эффективность/ показатели финансовой деятельности ЛУ	6,6	6,6	6,6	6,6	6,6
	Коммуникативная компетентность и доступность медицинского персонала	8,1	8,0	8,0	8,0	8,0
	Антиинфекционные мероприятия	6,6	6,6	7,0	7,5	8,0
	Риск смертности пациентов	3,3	2,0	2,0	1,5	1,0
Результат	Послеоперационные и иные осложнения состояния здоровья	3,3	2,0	2,0	1,0	1,0
	Ремиссия заболевания	6,6	5,0	5,0	4,0	3,0

Обобщая, можем сказать потребителей медицинских услуг в первую очередь будут интересоваться вышеприведенные характеристики структуры и технологического процесса оказания медицинских услуг ЛУ. Следовательно, необходимо вводить в программы развития ЛУ мероприятия с перспективой инновационного развития этих характеристик.

В последующем на основе анализа итогов апробации в ЛУ и широкого публичного обсуждения с участием представителей науки, высшего профессионального медицинского

образования, методических служб, руководителей медицинских учреждений можно произвести корректировку показателей качества медицинских услуг ЛУ посредством: внесения изменения в содержание отдельных параметров и показателей; изменения количества ключевых показателей; уточнения индикаторов результативности; введения бальной шкалы оценки.

В перспективе на наш взгляд необходимо методически заложить эту процедуру выявления индикаторов результативности бюджетных услуг в бюджетные организации, так как она выполняет главные требования программно-целевого метода финансирования (БОР) бюджетных организаций, заложенных в вышеприведенных законодательном и директивных документах, а именно: Бюджетном кодексе, УП-5614 от 08.01.2019г., УП-5590 от 07.12.2018 г. ПП-4555 от 30.12.2019 п.34.

Такой, нам представляется модель методики оценки индикаторов результативности бюджетных услуг на основе сохранения его фундаментальности и соответствия актуальным и перспективным потребностям отдельного человека и общества в целом.

Кроме прямого своего назначения определения индикаторов результативности, разложение каждого из 3-х компонентов по интересующим экспертам параметрам любого бюджетного учреждения по предложенной схеме позволит определить многие направления повышения качества бюджетных услуг.

Заключение

Главное достоинство данного подхода установления индикаторов результативности состоит в том, что параллельно с определением значений конечного результата идет компоновка параметров всех 3-х компонентов бюджетного объекта экспертами профессионалами в своей сфере для достижения поставленной цели. Это означает любой бюджетный объект будет упакован близко к оптимальному по 3-м компонентам: условий функционирования; основного функционального процесса; определения результатного показателя.

Наконец имея оптимальный состав упаковки компонентов бюджетного органа можем определить оптимальную его стоимость, которая будет состоять из стоимостей 3-х компонентов сформированных профессиональными экспертами.

Далее по мере прогресса бюджетной деятельности, расширяя показатели 3-х компонентов потребителей бюджетных средств можем все дальше улучшать качество услуг, предоставляемых бюджетными средствами.

Проведя аналогичную работу с любой категорией бюджетополучателя будем иметь последовательность мероприятий по улучшению результативности качества бюджетных услуг учреждениями – потребителями средств Государственного бюджета Республики.

Список использованной литературы:

1. Беннет Д. Педагогика в системе образования детей младшего возраста: практика Скандинавских стран. // Журнал «Психологическая наука и образование» № 3, 2010.
2. Сурова Татьяна Ивановна, заведующий МДОУ №171» г. Ярославль
3. Повышение качества управления дошкольным образовательным учреждением в условиях стандартизации. Современное дополнительное профессиональное педагогическое образование № 4, 2015
4. Поданёва Т.В. Оценка эффективности деятельности дошкольной образовательной организации. Сибирский педагогический журнал № 5, 2016.
5. 4.В. И. Орел, А.В. Ким, Н.А. Гурьева, Л.Л.Шарафутдинова, Экспертиза в медицинской практике. Учебно-методическое пособие, С-П, СпецЛит, 2017

6. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? // Journal of the American Medical Association, 1988.
7. Модель Donabedian - Donabedian model - qwe.wiki

CENTRAL ASIAN
STUDIES