



Г.В. Андрущак

КВАЗИРЫНКИ В ЭКОНОМИКЕ ОБЩЕСТВЕННОГО СЕКТОРА

Аннотация

Настоящая статья посвящена исследованию особенностей функционирования квазирыночных систем в образовательном секторе и в области здравоохранения в Великобритании. Интерес к этому институту актуален в связи с очевидной необходимостью преобразований в социальной сфере российской экономики. Хроническая нехватка средств, их неэффективное использование, отток квалифицированных специалистов, несоответствующая современным требованиям материально-ресурсная база, низкое качество услуг — следствия архаичности и недостаточного финансирования системы образования и здравоохранения в России. В такой ситуации пересмотр только хозяйственного устройства этих секторов экономики можно рассматривать лишь в качестве краткосрочного решения возникших проблем. В долгосрочном же периоде перед государством стоит задача формирования новых институтов, которые смогли бы создать экономические стимулы для успешного развития как образовательной сферы, так и доступного медицинского обслуживания, соответствующего современным стандартам качества.

Введение

Человеческий капитал является одним из важнейших факторов успешного развития современного общества. Его формирование, в свою очередь, напрямую зависит от особенностей функционирования таких отраслей социальной сферы, как образование и здравоохранение. К сожалению, услуги образовательных и медицинских учреждений в большинстве постсоциалистических государств долгое время не отвечали современным критериям доступности и качества¹. В экономике России данная проблема, к сожалению, не решена и сегодня. Именно поэтому модернизация системы образования и реформа здравоохранения рассматриваются в качестве приоритетных направлений программы среднесрочного социально-экономического развития России².

В сложившейся ситуации основная задача реформ состоит в трансформации системы институтов в образовании и здравоохранении. Это необходимо, с одной стороны, для расширения ресурсной базы рассматриваемых секторов социальной сферы за счет частных

¹ Barr, 1996.

² Проект Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2005-2008 годы).



средств и, с другой, для обеспечения условий эффективного использования доступных ресурсов.

В краткосрочном периоде альтернативой такого рода реформам может служить увеличение бюджетных ассигнований, выделяемых на соответствующие нужды. Однако такой путь сегодня неприемлем, поскольку, во-первых, в этом случае возникнет необходимость финансирования дополнительной нагрузки на бюджет и, во-вторых, остановится процесс решения структурных проблем образования и здравоохранения³. Уже в среднесрочной перспективе это приведет к ухудшению состояния российской экономики.

Идеология предлагаемых мер по реформированию систем образования и здравоохранения базируется на следующем широко известном и неоднократно подтвержденном эмпирикой мнении. Частная собственность в условиях конкуренции стимулирует более эффективное использование ресурсов и в большей степени отвечает запросам потребителей, нежели государственная собственность⁴. В то же время высокая стоимость измерения качества образовательных и медицинских услуг и необратимость связанных с ними затрат порождают значительные трансакционные издержки. Таким образом, традиционные системы рыночных институтов оказываются неработоспособными и реорганизация социальной сферы предполагает создание квазирыночных структур. В этой связи цель настоящей работы — познакомить читателя с концепцией квазирынков на примере реформ здравоохранения и образования в Великобритании.

Важно отметить, что российские реформы во многом учитывают опыт зарубежных стран. Так, модернизация российского высшего образования опирается на систему нормативно-подушевого финансирования (государственных именных финансовых обязательств — ГИФО), размеры которого определяются при помощи стандартизованного механизма отбора перспективных абитуриентов (ЕГЭ)⁵. Введение системы «прямых» трансфертов бюджетных средств студентам, в отличие от сметного финансирования учебных заведений (без изменения их формы собственности), является, как показано в работе, основной особенностью квазирынка. Это позволяет реализовать механизм конкуренции между производителями (образовательными учреждениями) даже в условиях, когда они находятся в государственной собственности.

Аналогичные меры, по сути, обсуждались в 1990-е годы в рамках введения системы медицинского страхования. Цель реформы состояла в упразднении системы сметного финансирования медицинских учреждений. В частности, была предложена схема, при которой соответствующие средства государственного и частного секторов аккумулируются страховыми компаниями, а медицинские учреждения конкурируют за них между собой. Система также подразумевала

³ См., например, Кузьминов Я. И., 2005(а).

⁴ См., например, Shleifer, 1998.

⁵ См., например, Кузьминов Я. И., 2004(а).



конкуренцию на уровне страховых компаний за средства частного сектора⁶.

Говорить о результатах образовательной реформы сегодня объективно рано. Тем не менее непоследовательность государственной образовательной политики отмечается и сегодня: «Через 4 года после принятия первой реформаторской программы ни один элемент инноваций полностью не работает»⁷. Что же касается модернизации системы здравоохранения, то аналитики отмечают ее фрагментарный характер, а также оппозиционное давление представителей различных групп интересов⁸. Наиболее полное обсуждение причин и последствий реформы здравоохранения 1990-х годов в России читатель может найти в работе С. Шишкина⁹.

В настоящей статье акцент делается на рассмотрении практики функционирования квазирыночных систем на примере медицинского и образовательного секторов экономики Великобритании. Дается достаточно подробное описание модели квази-рыночных отношений.

Интерес к особенностям организации социальной сферы в экономике Соединенного Королевства вызван следующим. Вопросы эффективности квазирынков по сравнению с традиционной системой отношений в общественном секторе наиболее полно освещены именно представителями британского экономического сообщества на примере проходивших в стране реформ образования (обязательного) и здравоохранения. Опыт Великобритании показывает необходимость проведения комплексных преобразований с учетом интересов и мотивации экономических агентов, вовлеченных в соответствующие отношения.

История вопроса

В 1980—1990-х годах в англоговорящих странах (Австралия, Великобритания, Новая Зеландия, США) были проведены реформы, имевшие своей целью де бюрократизацию общественного сектора. Основу преобразований составило внедрение рыночных механизмов в социальную сферу. Создаваемые квазирыночные системы были призваны увеличить эффективность деятельности организаций, непосредственно занимающихся предоставлением образовательных, медицинских и прочих услуг, способствовать повышению их качества, а также обеспечить к ним равный доступ представителей всех слоев населения¹⁰. Реформы образовательной сферы и системы здравоохранения¹¹ в Великобритании и других странах начались в конце 1980-х годов, а во второй половине 1990-х преобразованиям подверглась система переподготовки кадров (*labour market reintegration*)¹².

⁶ Sheiman, 1994.

⁷ Кузьминов Я. И., 2005(б).

⁸ Shishkin, 1998.

⁹ Следует отметить, что отдельная глава монографии посвящена анализу квазирыночных отношений. Значительное внимание автор уделяет исследованию институциональных условий эффективного функционирования социальной сферы в соответствующих системах (Шишкин, 2000).

¹⁰ Le Grand, 1991.

¹¹ Jiminez, Chaparro, Smith, 2003.

¹² Struyven, Steurs, Peeters, Minne, 2003.



Базовая предпосылка, на которой основывается система квазирыночных отношений, состояла в следующем. Для создания квазирынка необходимо исключить прямое государственное финансирование предприятий, осуществляющих производство услуг общественного сектора. Выделяемые же бюджетные ассигнования следует направить потребителям этих услуг. В результате будет создан механизм, в котором координация взаимоотношений между производителями и потребителями услуг регулируется рыночными институтами в отличие от бюрократической системы государственного заказа¹³.

Впервые данная идея была высказана в 1960-х годах, когда широко обсуждалось введение ваучеров в системе образования, закреплявших выделяемые государством средства за конкретным студентом¹⁴. Однако последовательные действия, направленные на создание квазирыночных систем, начались значительно позже, и пионером в этой области была Великобритания, начавшая реформу образования в 1988 г.

Долгое время деятельность общественного сектора рассматривалась в координатах «финансирование–производство» в соответствии со схемой, предложенной Клейном (Klein, 184, p. 14). В ней выделялись четыре варианта организации отраслей общественного сектора, отличавшихся инициаторами платежей и контролем за производством.

Система
квазирынков

Рис. 1 Модель общественного сектора по Клейну

		Финансирование	
		Государственное	Частное
Производство	Государственное	1	2
	Частное	3	4

Однако такое видение модели общественного сектора не удовлетворяло многих исследователей, поскольку реформы предполагали более сложный механизм модернизации. В частности, необходимо было учесть следующие тенденции, наблюдавшиеся в образовательной системе Великобритании в 1980-х годах (Pring, 1987):

- 1) увеличение государственных расходов на поддержку частных школ;
- 2) переход к рыночным отношениям в сфере их обслуживания (например, питание, уборка помещений);
- 3) увеличение финансирования образования за счет частных средств, получаемых учебными заведениями за оказание дополнительных услуг (например, занятия музыкой, спорт).

Другим более серьезным аргументом критиков модели Клейна являлось то, что в ходе реформ не проводилось полномасштабной приватизации общественного сектора. Фактически обсуждалось лишь

¹³ Greenaway, 1991.

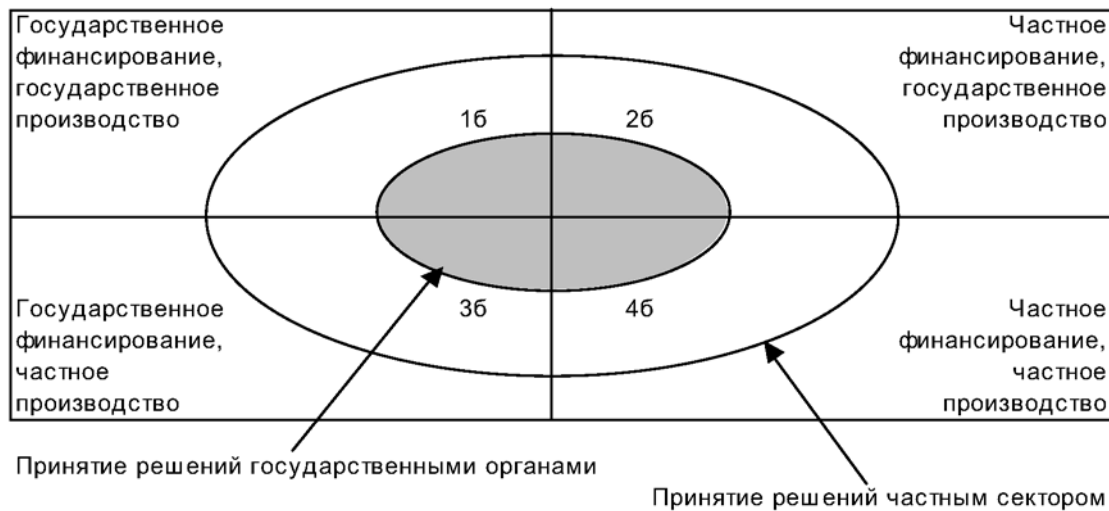
¹⁴ Систематизированное изложение проблем введения ваучеров можно найти в работе Blaug, 1984.



разделение производства и финансирования общественных благ, что действительно является основной предпосылкой возникновения системы, базирующейся на рыночных механизмах¹⁵.

В этой связи была предложена модифицированная модель общественного сектора. В нее вводился дополнительный элемент, характеризующий субъектов, которые принимают решение о финансировании и производстве соответствующих благ.

Рис. 2 Расширенная модель общественного сектора



В случае когда функционирование общественного сектора координируется государством, система принятия решений традиционна. Что же касается механизмов рыночной координации образовательной сферы, здравоохранения и проч., то они предполагают использование системы ваучеров. Термин «*ваучер*» в данном контексте обозначает *право экономических агентов на использование по собственному усмотрению выделяемых государством целевых средств в рамках доступных им альтернатив* (Burchardt, Hills, Propper, 1999). Система с использованием ваучерных схем, по сути, и является тем, что в экономической литературе называется квазирынками.

Термин «*квазирынок*» стал общеупотребительным в широком кругу специалистов после выхода в свет работы Ле Гранда и Барлетта (Le Grand, Bartlett, 1993). Под термином «*квазирынок*» понимается *система отношений между экономическими агентами, в которой производители конкурируют за право предоставления услуг потребителям, чьи расходы финансируются государством*.

В отличие от традиционного рынка квазирынок имеет несколько особенностей.

¹⁵ Whitty, Power, 2000.



Цели производителей. В традиционной рыночной системе предложение товаров и услуг осуществляется частными предпринимателями. При этом предпринимательская деятельность всегда направлена на получение прибыли¹⁷. В случае квазирынков производство товаров и услуг осуществляется специально созданными для этого организациями, в основном находящимися в государственной собственности. И они не всегда ориентированы на получение прибыли. Так, в Великобритании (а также в других странах, в том числе и в России) основной задачей общеобразовательных государственных школ является предоставление соответствующих услуг¹⁸. В то же время часть образовательных учреждений действуют в соответствии с принципом максимизации прибыли, поскольку законодательных запретов на этот счет не существует. Таким образом, квазирынок предполагает, что производственный сектор может быть представлен как традиционными для рыночных отношений коммерческими, так и некоммерческими организациями.

Формы собственности и эффективность деятельности производителей. В квазирыночной системе, в отличие от традиционного рынка, производителями являются государственные организации, в которых зачастую вектор интересов собственника не выражен явным образом. Эмпирические исследования свидетельствуют, что деятельность таких предприятий может быть неэффективной¹⁹. Следовательно, в условиях квазирынка проблема неоптимального использования ресурсов по сравнению с чисто рыночной системой может стоять достаточно остро. В то же время конкуренция государственных организаций с частными предприятиями, ориентированными на получение прибыли, позволяет проследить относительную эффективность поведенческих моделей, лежащих в основе их деятельности.

Платежеспособность потребителей. Расходы потребителей на приобретение товаров и услуг в системе квазирынков финансируются из государственных субсидий через систему ваучеров. При этом «чистая» ваучерная схема не предполагает действия классического закона спроса (чем больше цена товара, тем меньше его количество будет приобретено) в системе квазирынков. То есть, например, если медицинские учреждения увеличат стоимость какого-либо курса лечения, спрос на него не изменится. Это будет следствием того, что приобретение соответствующих услуг для потребителей осуществляет государство. Изменятся лишь соответствующие ассигнования, выделяемые из государственного бюджета.

С другой стороны, следует принимать во внимание, что ваучерная схема финансирования общественного сектора характеризует лишь минимальный размер платежа за некоторую базовую услугу.

¹⁶ *Le Grand*, 1991

¹⁷ Четкого определения предпринимательской деятельности в экономической теории на сегодня нет. Но в работах акцентируются следующие ее характеристики: 1) получение прибыли на свой страх и риск; 2) создание материальных ценностей; 3) интенсификация инновационных процессов (например, Bruyat, Julien, 2000).

¹⁸ См. Education Act 1996, гл. 1; Федеральный закон об образовании № 12-ФЗ, ст. 12.

¹⁹ Boardman, Vining, 1989; Kikeri, Nellis, Shirley, 1994; La Porta, Lopez-de-Silanes, 1997



По своему усмотрению потребитель может наряду с использованием ваучера приобретать за собственные средства сопутствующие услуги или услуги лучшего качества. Например, родители имеют выбор — отдать ребенка в государственную или частную школу. В то же время ученики бесплатных государственных школ могут за дополнительную плату посещать занятия по предметам, не входящим в обязательную программу.

Издержки измерения (*measurement cost*), необратимые затраты и делегированный выбор²⁰. В социальной сфере, куда внедряются квазирынки, достаточно серьезной оказывается проблема измерения качества услуг. Услуги обязательного образования можно отнести к категории «экспериментальных благ» (*experience goods*)²¹, качество которых определяется только после того, как потребитель сделал выбор. Действительно, вероятно, самый лучший способ выяснить, подходит ли конкретная школа для ребенка, — отдать его туда. Если речь идет о товарах повседневного потребления, то такая стратегия получения информации вполне оправдана. В то же время в случае выбора образовательного учреждения частые смены школ могут негативно отразиться и на успеваемости ребенка, и на его психологическом состоянии. Иными словами, необратимые затраты (*sunk cost*) в такой ситуации высоки.

Что же до медицинских услуг, то они скорее принадлежат к категории «доверительных благ» (*credence goods*)²²: оценка их качества даже после приобретения сопряжена с чрезвычайно высокими затратами.

Стандартное решение данной проблемы состоит в использовании института посредников. Как отмечено в работе (Юдкевич М. М., 1998, с. 361), «в условиях, когда издержки измерения качества... товара достаточно высоки, покупателю может быть выгодно передать осуществление соответствующих измерений другому лицу — посреднику...». В системе здравоохранения Великобритании, к примеру, в качестве таких посредников выступают семейные доктора, которые определяют, где будут проходить лечение их клиенты (Le Grand, Bartlett, 1993, гл. 4).

Преимущества
и недостатки
квазирынков

Реформаторы общественного сектора предполагали, что создание квазирынков сможет решить такие проблемы, как чрезмерные затраты на содержание бюрократического сектора, неэффективное использование средств налогоплательщиков, отсутствие у потребителей возможности выбора поставщиков соответствующих услуг и как следствие невысокое качество этих услуг.

В этой связи одной из основных положительных черт, присущих новой системе, является *X-эффективность*, характеризующая особенности использования ресурсов внутри конкретной организации. Она определяется профессионализмом менеджеров, их опытом,

²⁰ Barzel, 1982.

²¹ Nelson, 1970.

²² Darbi, Karni, 1973.



а также стимулами к эффективному использованию доступных средств производства²³. Очевидно, конкуренция между поставщиками соответствующих услуг, формирующаяся в условиях квазирынка, должна стимулировать более разумное использование ресурсов.

С другой стороны, внедрение квазирыночных отношений способствует повышению аллокативной эффективности, предполагающей перераспределение ресурсов между предприятиями. Действительно, ориентированность на нужды потребителей заставляет поставщиков расширить спектр предлагаемых услуг и более четко определить их рыночные ниши. В этой связи теоретически рыночная система в меньшей степени по сравнению с бюрократической способствует усилению неравенства в доступе к общественным благам.

Изложенные аргументы сторонников внедрения рыночных отношений в общественный сектор достаточно часто подвергались сомнениям. Так, высказывалось мнение, что начальные этапы реформы могут оказаться достаточно затратными. Это может быть вызвано политическим давлением бюрократического аппарата на государственные органы, принимающие решение о начале преобразований. Отсутствие заинтересованности чиновников в нововведениях, обусловленное консерватизмом системы, вероятностью потерять работу и другими причинами, заставляет реформаторов идти на повышение их заработной платы. Это позволяет смягчить ситуацию недовольства новой политикой²⁴.

Критики системы квазирынков сомневались также в правоте аргументов реформаторов, касавшихся увеличения X-эффективности, аллокативной эффективности и равенства доступа к услугам, оказываемым общественным сектором. Ими высказывались следующие доводы.

X-эффективность. Во-первых, функционирование квазирынков, как и любого другого механизма, основанного на децентрализованном принятии решений и их реализации, связано со значительными транзакционными издержками. Получение необходимой для осуществления экономической деятельности информации, защита прав собственности, а также контроль исполнения контрактных обязательств могут оказаться причинами значительного роста затрат производителей. При этом создание институтов для минимизации этих издержек (стандартизация, лицензирование, предоставление гарантии качества услуг и проч.) может оказаться весьма дорогостоящим.

Во-вторых, деятельность производителей в условиях квазирынка невозможна без значительных расходов на рекламу и других методов привлечения потребителей, призванных усилить их позиции на рынке.

Следует отметить, что эмпирические исследования показывают, что проблема высоких транзакционных издержек действительно актуальна. И изменения «правил игры» в результате реформ

²³ *Leibenstein*, 1966.

²⁴ *Le Grand*, 1991.



и децентрализация информационных потоков способствуют усилению неравенства доступа к необходимой информации. При этом в меньшей степени с этими проблемами при выборе школ сталкиваются обеспеченные семьи. Как показывает практика, они, во-первых, оказываются в целом более осведомленными о существующих альтернативах и, во-вторых, в большей степени заинтересованными в получении соответствующей информации. Что же касается представителей менее состоятельных семей, то они оказываются в неблагоприятных условиях²⁵.

В-третьих, при переходе от монополии в общественном секторе к конкурентной системе могут значительно возрасти производственные издержки. Действительно, в условиях государственной монополии, например, в области здравоохранения рынок медицинского персонала является, по сути, монополистическим. В случае же квазирынка организации, предоставляющие медицинские услуги, будут вынуждены конкурировать за работников. Если в соответствующих сегментах рынка труда действуют профсоюзы, такая конкуренция только укрепит их монополистическую власть и приведет к росту заработной платы, а следовательно, и к общему увеличению издержек. В такой ситуации профсоюзы, защищающие интересы работников, усилят монополистическую власть на рынке труда. Вместе с тем в отраслях, где их позиции не столь сильны, конкуренция между работниками за рабочее место ослабит влияние этого фактора.

Наконец, в-четвертых, не следует забывать о проблеме измерения результатов деятельности производителей. Так, в здравоохранении в разных медицинских учреждениях с переменным успехом могут применяться различные методики лечения одних и тех же болезней. В этой связи потребители напрямую или через посредников (семейных докторов) вынуждены ориентироваться на репутацию клиник. Они, в свою очередь, при выборе стратегии развития выделяют значительные средства на привлечение «звезд медицины», хотя эффективность таких затрат может быть невысокой²⁶.

Аллокативная эффективность. Основной вопрос заключается в степени конкуренции между поставщиками услуг. В частности, проблемной в этом смысле оказывается ситуация для людей, проживающих в небольших районах, в которых существует только одна школа или только одна больница. Следует отметить, что указанная проблема характерна не только для квазирынков, но и для привычных рыночных систем и является одним из наиболее общих аргументов противников систем децентрализованного принятия решений.

Равенство доступа. Применительно к реформе образования высказывались опасения, что более престижные школы будут привлекать наиболее способных детей, в то время как в остальных учебных заведениях останутся только «слабые» ученики (*cream-skimming*

²⁵ Bridge, 1978.

²⁶ Maynard, 1991.



effect)²⁷. Аналогичные доводы приводятся и в отношении системы здравоохранения²⁸.

Итак, система квазирыночных отношений имеет и преимущества, и недостатки. Вопрос ее эффективности остается на сегодня открытым, и ответ требует детального исследования сложившихся в обществе социально-экономических институтов. При этом задачи, которые стоят сегодня перед экономистами, требуют постоянного совершенствования институциональной структуры экономики, и система квазирынков является одним из направлений такой деятельности.

Рассмотрим преобразования общественного сектора на примере британских реформ в области образования и здравоохранения в конце 1980-х — первой половине 1990-х годов.

В Великобритании практически до последнего десятилетия XX в. в общественный сектор направлялись значительные ресурсы: ассигнования, выделяемые правительством на его финансирование, составляли до 23% ВВП страны²⁹. Обслуживание населения осуществлялось государственными учреждениями. В то же время недовольство общества невысоким качеством предоставляемых услуг и неэффективностью использования средств налогоплательщиков заставило правительство консерваторов, возглавляемое М. Тэтчер, начать реформы общественного сектора.

Базовое направление реформ в сфере образования состояло в формировании квазирынка образовательных услуг. Если до начала реформ образовательный сектор был полностью подчинен государству, которое отвечало за организацию образовательного процесса и его финансирование, то в ходе реформ предполагалось разделить эти функции. С этого времени государственные органы должны были выделять средства для финансирования обязательного образования, в то время как оказание соответствующих услуг осуществлялось независимыми организациями (сегмент 1б на рис. 2). Механизм распределения средств предполагалось скорректировать таким образом, чтобы ассигнования направлялись непосредственно организациям, предоставляющим образовательные услуги, минуя бюрократический аппарат.

В системе обязательного образования соответствующие меры сводились к особой схеме выделения средств школам, в рамках которой бюджетные ассигнования оказывались «закрепленными» за учениками (рис 3)³⁰.

В соответствии с такой схемой департамент образования и профессиональной подготовки³¹ (*Department for Education and Skills*)

Квазирынки
в реальной
экономической
системе

Обязательное
образование

²⁷ Maynard 1991, Walford, 1996.

²⁸ Iglehart, 1983.

²⁹ Le Grand, 1991.

³⁰ Например, TeacherNet: <http://www.teachernet.gov.uk>.

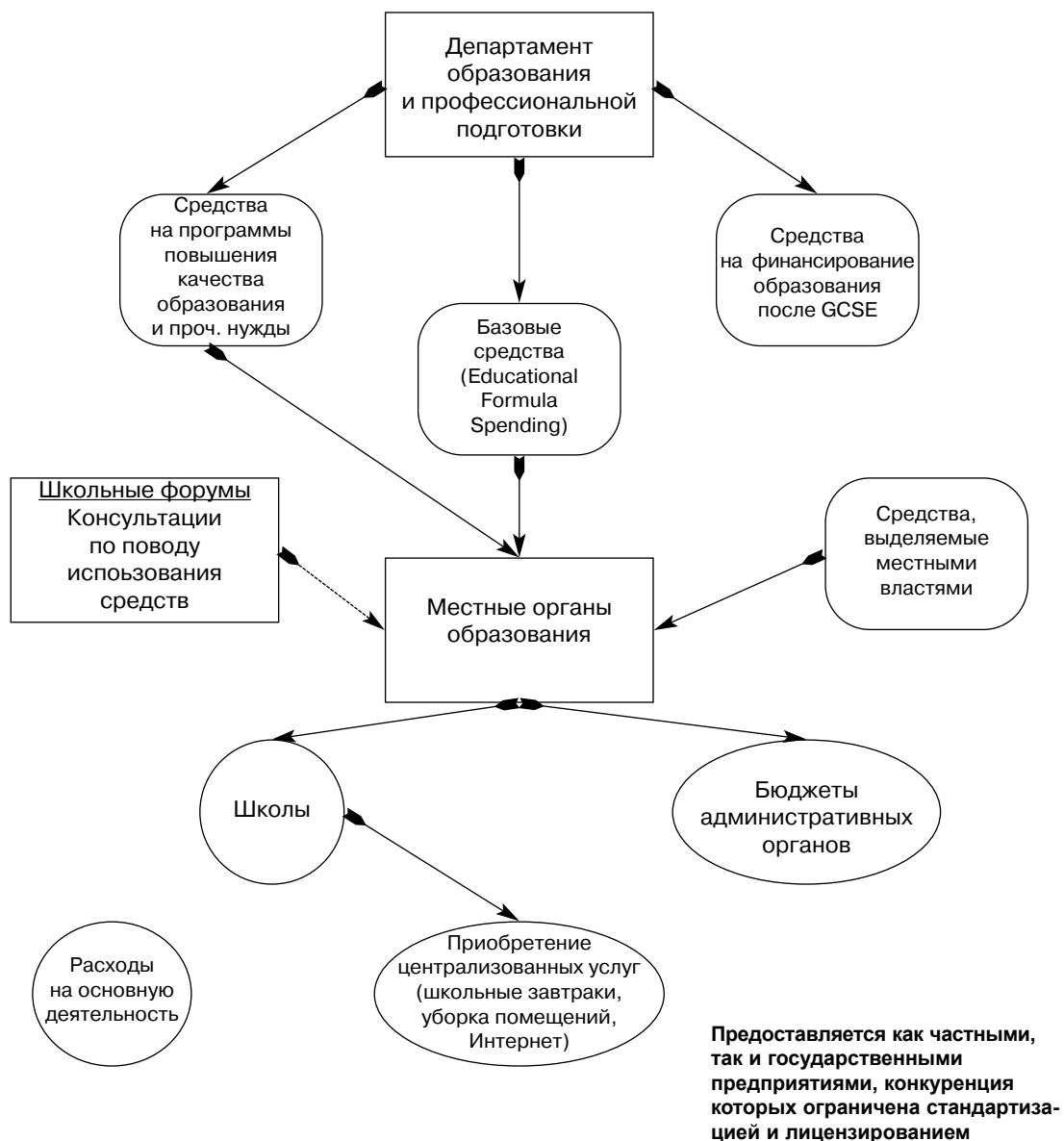
³¹ Здесь и далее речь идет об английской системе. Системы Уэльса, Северной Ирландии и Шотландии во многом схожи с организацией финансирования образования в Англии.



направляет ресурсы местным образовательным властям. Эти средства носят название *Education Formula Spending – EFS*. Помимо указанных средств выделяются средства на программы повышения качества образования и другие нужды. Обучение в средней школе после получения студентами аттестатов о среднем образовании финансируется Советом по обучению и профессиональной подготовке (*Learning and Skills Council*). Дополнительным источником финансирования среднего образования являются средства, перечисляемые из налоговых доходов местных властей.

Рис. 3

Финансирование среднего образования





Все полученные средства делятся местными образовательными властями на финансирование непосредственно образовательного процесса — около 85% полученных ассигнований (выделяется каждой школе в соответствии с численностью учеников и особенностями образовательной программы) и около 15% ассигнований — на собственные административные нужды.

Ассигнования, напрямую направленные учебным заведениям, распределяются в соответствии с решением школьных советов и расходуются на осуществление основной деятельности и приобретение централизованных услуг, таких, как организация питания, уборка помещений, услуги связи.

Образовательная деятельность учебного заведения должна соответствовать Национальной образовательной программе (*National Curriculum*), утвержденной законом об образовательной реформе 1988 г. Школьные советы вправе дополнять образовательные программы курсами по собственному усмотрению, которые могут частично финансироваться из собственных средств, а частично — за счет родителей. При такой системе финансирования родители могут выбирать школу, в которой будет обучаться их ребенок, и соответствующие конкретной программе денежные потоки от государства.

Обеспечение такого выбора и было целью реформы. Однако, как отмечает Гленнерстер (Glennester, 1991), данная система имеет определенные недостатки по сравнению с традиционным рынком:

- финансовые средства не могут быть направлены в частный сектор;
- существуют административные барьеры для входа в отрасль (проект создания новой школы должен быть одобрен как местными властями, так и представителями соответствующего департамента в правительстве);
- выбор родителей ограничен законом об образовательной реформе 1988 г., которым была введена единая национальная школьная программа (*National Curriculum*);
- заработная плата преподавателей не регулируется рынком, а определяется в соответствии с установленной государством тарифной сеткой.

Реформа системы здравоохранения началась в Великобритании в 1991 г. Направления преобразований были выдвинуты по результатам изучения текущей ситуации в области здравоохранения и предполагали (как и в случае образовательной реформы) четкое разделение функций финансирования и предоставления медицинских услуг. Однако в отличие от образовательного сектора основной акцент делался на увеличение аллокативной эффективности, а именно на перераспределение ресурсов между предприятиями (Jimenez et al, 2003).

Система здравоохранения в Великобритании разделена на два сектора в соответствии с предоставляемыми услугами:

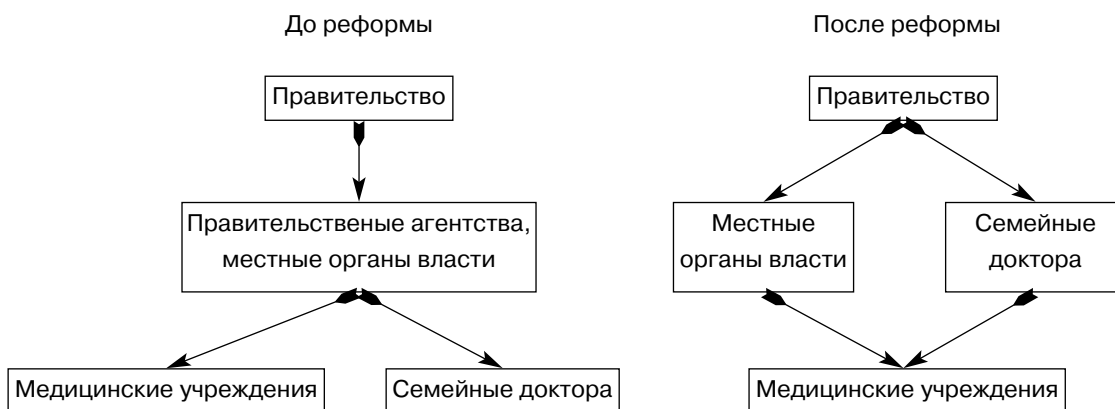
Здраво-
охранение



1. Первичное медицинское обслуживание (*primary services*) — услуги, не требующие амбулаторного лечения, оказываемые семейными докторами (*General Practitioners — GP's*);
2. Комплексное медицинское обслуживание (*secondary* или *acute services*) — услуги амбулаторного характера.

До 1991 г. финансирование соответствующих услуг осуществлялось централизованно. Каждое медицинское учреждение получало определенную долю выделяемых правительством средств в соответствии с предполагаемым числом пациентов и особенностями предоставляемых услуг. Роль семейного доктора при этом сводилась к определению курса лечения и передачи больного в систему комплексного медицинского обслуживания, сотрудники которой определяли соответствующее медицинское учреждение.

Рис. 4 Упрощенная схема финансирования здравоохранения в Великобритании до и после реформы



В ходе реформы предполагалось расширить полномочия семейных докторов, возложив на них часть административных функций системы комплексного обслуживания. Теперь местные органы власти перечисляли ассигнования на медицинское обслуживание населения именно им. Соответственно семейные доктора получали право определять особенности лечения обслуживаемых ими граждан. Важно отметить, что семейные доктора, будучи «держателями фондов» (*fund holders*), получали право реинвестировать полученную прибыль; при этом необходимые для их работы активы в большинстве случаев находились в частной собственности (рис. 4).

В новых условиях рынок медицинских услуг не ограничивался только государственными учреждениями здравоохранения. В ходе реформы была введена ваучерная схема финансирования (сегменты 1б, 3б рис. 2). При этом ваучер давал гражданам право на получение определенной услуги за счет государства. К концу 1996 г. данная схема охватывала почти половину населения Британии.

Государственные медицинские учреждения, обладая определенной свободой в формировании бюджетов (определение объемов



фонда заработной платы и окладов медицинских работников, формирование инвестиционных программ и др.), в значительной степени зависели от Национальной службы здравоохранения (*National Health Services*), которая в большинстве случаев компенсировала их убытки, но изымала прибыль³².

Эффективность. Результаты статистических исследований сектора обязательного образования свидетельствуют о существовании значимой положительной связи между аллокативной эффективностью и степенью конкуренции между образовательными учреждениями. Рост эффективности расходования средств на уровне образовательных учреждений также подтверждается эмпирическими данными³³.

Качество. Повышение успеваемости студентов указывает на рост качества их подготовки. Так, результаты экзаменов на получение аттестатов о среднем образовании (*GCSE* и *GNQV*) после реформы увеличились в среднем на 8% по сравнению с дореформенным периодом³⁴. Интервью с преподавателями и директорами школ также подтверждают выводы о том, что в образовательном секторе наблюдался рост качества услуг³⁵.

Равенство доступа. Эффект введения рыночных механизмов в контексте равенства доступа к образовательным услугам не представляется исследователям однозначным. В частности, работа Горарда и Фитца³⁶ свидетельствует о некотором усилении дискриминационных эффектов, за которым, впрочем, последовало их снижение. Авторы объясняют это явление инертностью и более слабой адаптивностью к новым условиям представителей бедных слоев населения.

Бредли и Тейлор³⁷ приходят к выводу о том, что школы, в которых результаты выпускных экзаменов выше, с меньшей вероятностью принимают детей из малообеспеченных семей. Но масштабы такого рода дискриминации представляются им незначительными. Аналогичные свидетельства были приведены в работах других авторов³⁸.

Эффективность. Статистическая информация, используемая для мониторинга здравоохранения в Великобритании, достаточно скудна для достоверных выводов о результатах реформ. Об эффективности деятельности медицинских учреждений возможно делать выводы только по данным об индексе затрат в области здравоохранения (*Cost-Weighted Activity Index — CWIA*). Его динамика свидетельствует о невысокой результативности реформ: если до 1991 г. рост эффективности использования ресурсов в здравоохранении,

Результаты реформ в сфере обязательного образования

Результаты реформ в секторе здравоохранения

³² Zolkiewski, 2004.

³³ Bradley, Johnes, Millington, 1999; Bradley, Taylor, 2000.

³⁴ West, Pennel, 2000.

³⁵ Woods, Bagley, Glatter, 1998.

³⁶ Gorard, Fitz, 1998.

³⁷ Bradley, Taylor, 2000.

³⁸ Whitty, Power, Halpin, 1998; Gerwitz, Ball, Bowe, 1995.



по грубым оценкам, составлял около 1,5%, то после 1991 в среднем около 2%³⁹. В то же время исследования показывают, что институт семейных докторов оказался более эффективным в части использования средств по сравнению с работой соответствующих структур до реформы⁴⁰.

Что касается аллокативной эффективности, то исследования свидетельствуют о незначительном расширении спектра услуг, предлагаемых учреждениями здравоохранения. Усиление информационной прозрачности рынка также оказалось несущественным⁴¹.

Качество. Выводы о повышении качества услуг здравоохранения в результате реформ, к сожалению, также нельзя назвать достоверными. Сравнительный анализ обслуживания населения в рамках старой и новой систем показывает большую гибкость последней, то есть децентрализованной, системы. В частности, возросло число случаев прохождения пациентами курсов лечения в медицинских центрах за пределами района, в котором они проживают⁴².

Равенство доступа. Вопреки опасениям скептиков проблема морального риска в деятельности семейных докторов оказалась преувеличенной. В реальности дискриминации тяжелобольных пациентов семейными докторами и медицинскими учреждениями не наблюдалось⁴³.

Некоторые итоги

Система квазирыночных отношений в сфере обязательного образования в Великобритании оказалась более эффективным координационным механизмом по сравнению с традиционной моделью общественного сектора. В то же время в области здравоохранения внедрение рыночных отношений нельзя назвать в целом успешным. Как отмечают британские исследователи, это, прежде всего, результат недостаточно проработанной системы экономических стимулов в деятельности медицинских учреждений.

В образовании новая система взаимоотношений предполагала постепенное ослабление контроля над деятельностью школ и отсутствие жесткой регламентации в отношении использования средств. В этой связи возможность расходования прибыли по собственному усмотрению оказалась очевидным стимулом для увеличения эффективности деятельности учебных заведений. В здравоохранении же медицинские учреждения не имели такой свободы. Жесткость системы управления и принятия решений компенсировалась в этом случае дополнительными финансовыми вливаниями со стороны государства в случае, если фактические расходы клиник превышали запланированные.

³⁹ *Le Grand*, 2001.

⁴⁰ *Harris, Scrivener*, 1996.

⁴¹ *Fotaki*, 2000.

⁴² *Glennister, Matsaganis, Owens*, 1994; *Dowling*, 1998.

⁴³ *Le Grand*, 2001.



В то же время реформаторы создали стимулы для повышения эффективности деятельности семейных докторов. Они получили возможность расходовать полученную прибыль на приобретение медицинского оборудования. Частная собственность на средства производства мотивировала их увеличивать таким образом личное благосостояние⁴⁴.

Создание системы квазирынков является одним из направлений преобразований общественного сектора. Рыночные отношения, во-первых, призваны привести в соответствие деятельность организаций социальной сферы реальным потребностям общества и, во-вторых, — увеличить эффективность использования ресурсов при производстве образовательных, медицинских и иных услуг. Кроме того, большое внимание уделяется обеспечению гражданам равного доступа к социальным услугам.

В то же время гарантировать результативность внедрения системы рыночных институтов в социальную сферу *a priori* невозможно, и британский опыт лишь подтверждает данный вывод. С одной стороны, обновленная система образования Великобритании показала преимущества перехода к системе квазирынка. Увеличение эффективности использования средств, аллокативной эффективности, рост качества предоставляемых услуг, не сопровождающийся дискриминацией отдельных слоев населения, — эти факты свидетельствуют о предпочтительности рыночных институтов по сравнению с деятельностью бюрократического аппарата. С другой стороны, незначительный рост эффективности деятельности медицинских учреждений, несущественное изменение спектра оказываемых услуг, отсутствие достоверных свидетельств в пользу улучшения их качества в результате реформ подтверждают обратное.

Объяснение данного парадокса состоит в специфике проведенных в Великобритании преобразований. Так, у руководства медицинских учреждений в силу жесткой регламентации хозяйственной деятельности и направлений расходования средств не было ни полномочий, ни мотивации для повышения эффективности деятельности. Консервативная позиция властей по отношению к свободе принятия медицинскими учреждениями решений о направлении расходования средств оказалась в этой связи основной причиной невысокой эффективности реформ.

Таким образом, можно утверждать, что успех реформирования различных сфер общественного сектора целиком и полностью зависит от того, насколько проработанной и логически завершенной является концепция предлагаемых преобразований. Опыт модернизации системы финансирования медицинской сферы в России, изложенный в упомянутой монографии С. Шишкина, лишь подтверждает этот тезис: «Нововведения оказались фрагментарными и проходили в условиях увеличения финансовой несбалансированности

Заключение

⁴⁴ Le Grand, 2001.



в системе здравоохранения, подрывавших основу для продуктивной конкуренции»⁴⁵. К сожалению, похожая ситуация складывается и в сфере образования: «внедрение организационных инноваций увязло в многолетних экспериментах, часто не вполне удачно организованных», «реформы проводятся без увязки с интересами образовательного сообщества»⁴⁶.

Сегодня необходимость реформирования общественного сектора российской экономики очевидна, и основная задача правительства состоит не только в обеспечении законодательной базы для функционирования новых институтов. Принципиальным оказывается создание экономических стимулов, координирующих деятельность рыночных субъектов. Именно это будет способствовать успешному воплощению замыслов реформаторов.

Литература

1. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2005–2008 годы) — проект. Официальный сайт Министерства экономического развития и торговли РФ (<http://www.economy.gov.ru/>).
2. Кузьминов Я. (2004). Образование в России: что мы можем сделать? // Вопросы образования. 2004. № 1. С. 5–30.
3. Кузьминов Я. (2005а). Ветряные мельницы реформ // Экономика и образование сегодня. 2005. № 4.
4. Кузьминов Я. (2005б). Образование в России. Что мы можем сделать? // Учительская газета. 2005. № 11.
5. Шишкин С. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, 2000.
6. Юдкевич М. Издержки измерения и эффективность института посредников на рынке доверительных товаров // Экономический журнал. М.: ГУ-ВШЭ. 1998. № 2. С. 328–378.
7. Barr N. People in Transition: Reforming Education and Health Care // Finance & Development. 1996. № 33. P. 24–27.
8. Barzel Y. Measurement Costs and the Organization of Markets // Journal of Law and Economics. № 25. P. 27–48.
9. Blaug M. Education vouchers — It All Depends on What You Mean // Privatization and the Welfare State / Ed. J. Le Grand, R. Robinson. London: Unwin Hyman, 1984.
10. Boardman A. E., Vining A. R. Ownership and Performance in Competitive Environments: A Comparison of the Performance of Private, Mixed and State-Owned Enterprise // Journal of Law and Economics. 1989. № 32. P. 1–33.
11. Bradley S., Johnes G., Millington J. School Choice Competition and the Efficiency of Secondary Schools in England // Center for Research in the Economics of Education Discussion Paper EC9/00. Lancaster University: Department of Economics, 1999.
12. Bradley S., Taylor J. The Effect of the Quasi-market on the Efficiency-Equity Trade-off in the Secondary School Sector // Centre for Research in the Economics

⁴⁵ Шишкин, 2000. С. 210.

⁴⁶ Кузьминов, 2005(б).



of Education Discussion Paper EC9/00. Lancaster University: Department of Economics, 2000.

13. *Bridge G.* Information Expectations: the Achilles' Heel of Entitlement Plans // *School Review*. 1978. № 86. P. 504–529.

14. *Bruyat C., Julien P.-A.* Defining the Field of Research in Entrepreneurship // *Journal of Business Venturing*. 2000. № 16. P. 165–180.

15. *Burchardt T., Hills J., Propper C.* Private Welfare and Public Policy. Joseph Rowntree Foundation, York, 1999.

16. *Darbi M. R., Karni E.* Free Competition and Optimal Amount of Fraud // *Economica*. 1973. № 12. P. 53–71.

17. *Dowling B.* Effect of Fundholding on Waiting Times: Database Study // *British Medical Journal*. 1998. № 315. P. 290–292.

18. *Fotaki M.* The Impact of Market-oriented Reforms on Patient Choice and Information: A Case Study of Outer London and Stockholm // *Social Science and Medicine*. 2000.

19. *Gewirtz S. Ball S., and Bowe R.* (1995). Markets, Choice and Equity in Education. Buckingham: Open University Press, 1995.

20. *Glennester H.* Quasi-Markets for Education? // *Economic Journal*. Vol. 101. № 408 (Sep., 1991). P. 1268–1276.

21. *Glennester H., Matsaganis M., Owens P.* (1994) Implementing GP Fundholding: Wild Card or Winning Hand? Buckingham: Open University Press, 1994.

22. *Gorard S., Fitz, J.* (1998a). The More Things Change... the Missing Impact of Marketisation? // *British Journal of Sociology of Education*. 1998. № 19. P. 365–376.

23. *Greenaway D.* Markets and Quasi-Markets in Social Services, Editorial Note // *Economic Journal*. Sep. 1991. Vol. 101. № 408. P. 1254–1255.

24. *Harris C., Scrivener G.* Fundholders' Prescribing Costs: the First Five Years // *British Medical Journal*. 1996. № 313. P. 1531–1534.

25. *Iglehart J.* Medicaid Turns to Prepaid Managed Care // *New England Journal of Medicine*. 1983. № 308. P. 976–980.

26. *Jimenez J. S., Chaparro F. P., Smith P.C.* (2003). Evaluating the Introduction of a Quasi-Market in Community Care // *Socio-Economic Planning Sciences*. № 37. P. 1–13.

27. *Kikeri S., Nellis J., Shirley M.* (1994). Privatization: Lessons from Market Economies // *The World Bank Observer*. № 9. P. 241–272.

28. *Klein R.* Privatization and the Welfare State // *Lloyds Bank Review*. Jan. 1984. P. 12–29.

29. *La Porta R., Lopez-de-Silanes R., Lopez-de-Silanes F.* (1997), The Benefits of Privatization: Evidence from Mexico», NBER Working Paper 6215.

30. *Le Grand J.* Quasi-Markets and Social Policy // *Economic Journal*. Sep. 1991. Vol. 101. № 408. P. 1256–1267.

31. *Le Grand J., Bartlett W.* Quasi-Markets and Social Policy. London: Macmillan Press, 1993.

32. *Leibenstein H.* Allocative Efficiency versus X-efficiency // *American Economic Review*. 1966. Vol. 56. P. 392–415 (*Лейбенштейн Х.* Аллокативная эффективность в сравнении с «Х-эффективностью». Теория потребительского поведения и спроса // *Вехи экономической мысли*. Вып. 1. СПб., 1993).

33. *Maynard A.* Developing the Health Care Market // *Economic Journal*. 1991. Vol. 101. № 408. P. 1277–1286.



34. *Morris M.* Student Aid in Sweden: Recent Experience and Reforms // Financial Support for Students: Grants, Loans or Graduate Tax (ed. M. Woodhall). London, Kogan Page.
35. *Nelson P.* Information and Consumer Behaviour // Journal of Political Economy. 1970. № 78. P. 311–329.
36. *Pring R.* Privatization in Education // Journal of Education Policy. 1987. Vol. 2. № 4. P. 289–299.
37. *Sheiman I.* Forming the System of Health Insurance in the Russian Federation // Social Science and Medicine. 1994. № 39. P. 1425–1432.
38. *Shishkin S.* Health Finance System Reform in Russia // Revue d'etude comparative Est/Ouest. 1998. № 29. P. 187–206 (в открытом доступе на сайте Института экономики переходного периода — <http://www.iet.ru>).
39. *Shleifer A.* State versus Private Ownership // Journal of Economic Perspectives. 1998. № 12. P. 133–150.
40. *Struyven L., Steurs G.* Towards a Quasi-Market in Reintegration Services: First Assessment of the Dutch Experience // Australian Journal of Labour Economics. June 2002. Vol. 6. № 2 P. 331–355.
41. *Walford G.* (ed.). Social Choice and the Quasi-Market. Oxfordshire, UK: Triangle Books, 1996.
42. *West A., Pennell H.* Publishing school examination results in England: incentives and consequences // Educational Studies. 2000. № 26. P. 423–436.
43. *Whitty G., Power S., Halpin D.* Self-managing schools in the market-place: the experience of England, the USA and New Zealand // Bartlett, Roberts and Le Grand (1998).
44. *Whitty G., Power S.* Marketization and Privatization in Mass Education Systems // International Journal of Education Development. 2000. № 20. P. 93–107.
45. *Woods P., Bagley C., Glatter R.* (1999) School Choice and Competition: Markets in the Public Interest? London: Routledge, 1999.
46. *Zolkiewski J.* Marketization and the Delivery of UK Health Services. Three Case Studies // Journal of Business Research. 2004. № 57. P. 1012–1020.
47. Funding Higher Education In England: How HEFCE Allocates Its Funds. HEFCE, May 2004.