

# ЭКОНОМИКА РОССИИ

## ПРИЧИНЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ КОММЕРЦИАЛИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ РЕФОРМ В РОССИИ

**Е.В. Пономаренко**

Российский университет дружбы народов  
*ул. Миклухо-Маклая, 6, Москва, Россия, 117198*

Развивая тему современных реформ общественного сектора России (реформ естественных монополий, местного самоуправления, бюджетных реформ), автор дает оценку результатов социальных реформ в сфере здравоохранения и образования последних десятилетий. В статье обобщаются причины чрезмерной рыночной направленности реформ здравоохранения и образования, а также выделяются истоки определенных рыночных «перекосов» (по мнению автора, они связаны с незнанием современной экономической теории). Намечаются пути преодоления выявленных проблем как в теории, так и на практике, в том числе ресурсном обеспечении социальных реформ общественного сектора России.

**Ключевые слова:** общественный сектор, реформа образования, реформа здравоохранения, финансирование социальных реформ, экономическая теория.

Более 20 лет рыночных реформ в России — достаточный период для того, чтобы дать оценку их результатов, положительных, отрицательных последствий и подвести их баланс. Экономические, административные, социальные реформы общественного сектора дополняются масштабными реформами бюджетной сферы (переход к программному бюджету, оптимизации бюджетных учреждений, контрактной системе государственных закупок).

Все перечисленные реформы идут одновременно, с наложением друг на друга, порой более удачно (как в экономической сфере), порой безуспешно (административная реформа, социальные реформы), несмотря на попытки их синхронизации.

Научные исследования в сфере социальных реформ представляются многими авторами, работающими в отдельных областях и сферах образования, здравоохранения, пенсионного обеспечения, однако наиболее интересные, на наш взгляд экономиста, представлены исследователями, работающими в междисциплинарных областях: в экономике здравоохранения (публикации Н.А. Кравченко, А.В. Рагозина, В.Б. Розанова, А.В. Иванова, Ю.В. Михайловой, С.В. Шишкина, М.А. Колосницыной и др.); в экономике образования (Т.Л. Клячко, С.Г. Синельникова-Мурылева, Е.В. Маркиной и С.П. Солянниковой).

Ускоренный переход к рыночным отношениям в социальной сфере в ходе реформ общественного сектора привел к беспрецедентному расширению сферы частных услуг и коммерциализации (росту платности) услуг общественных: в образовании, здравоохранении, социальном обслуживании. Покажем это на примере распределения финансовых ресурсов в реформах социальной сферы России между ключевыми субъектами — государственными (бюджетные ресурсы) и частными (средства предприятий и домашних хозяйств).

Совокупные расходы на здравоохранение в России из всех источников составили в 2013 г. 6% ВВП (в 2011 — 5,2 % ВВП), в которых доля государственных расходов — около 65%, а свыше 35% расходов на здравоохранение оплачивалась населением без всякого страхового покрытия (возмещения из фондов медицинского страхования).

В 2011 г. 5,2% ВВП имели следующую структуру (1):

1) по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, бюджетные расходы на здравоохранение составили 1 449 млрд руб. (3,2% ВВП), включая все уровни бюджетной системы и фонды обязательного медицинского страхования (ОМС);

2) дополнительно медицинские организации заработали 244 млрд руб. на платных услугах и 80 млрд руб. — по программам дополнительного медицинского страхования (ДМС). Платными услугами и ДМС воспользовались более 50% населения России;

3) до 100 млрд руб. врачи получили от пациентов «из рук в руки»;

4) еще 400—450 млрд руб. составили расходы населения на лекарства.

Напомним, что в европейских странах (например, во Франции) затраты на лекарства компенсируются за счет программ медицинского страхования, а в России — нет.

Расходы на здравоохранение в разных странах приведены в табл. 1.

Таблица 1

**Расходы на здравоохранение  
в странах с различным уровнем экономического развития в 2013 г.**

Страна	Общие расходы, долл. США	Доля расходов на здравоохранение, % к ВВП	Доля госрасходов, % к общим	Доля частных расходов, % к общим	Доля личных средств граждан, % к общим
Германия	4 617,0	11,3	76,3	23,7	12,1
Франция	4 260,2	11,8	76,9	23,1	7,4
Великобритания	3 494,9	9,4	82,5	17,5	9,9
Япония	3 577,7	10,1	82,5	17,5	14,1
Канада	4 675,9	10,9	70,0	30,0	15,0
США	8 895,1	18,0	46,4	53,6	11,1
Россия	1 473,8	6,0	61,0	39,0	34,3

Источник: составлено автором по данным ВОЗ, [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2013/ru/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/ru/)

Из данных таблицы видно, что во всех европейских странах доля частных расходов в общих не превышает 24%, тогда как в России доходит до 39% и свыше 80% частных расходов составляют личные средства граждан.

При столь значительных затратах со стороны населения самой сложной проблемой в здравоохранении России является, на наш взгляд, беззащитность граждан, застрахованных пациентов перед рисками плохой организации медицинской помощи.

Например, по признанию известных российских экспертов системы здравоохранения, сегодня явно бесполезна идея «свободы выбора врача и лечебного учреждения» в условиях асимметричной информации, недостаточной информированности пациентов об эффективных способах лечения и диагностики, коррупции в лечебных учреждениях, навязывании ненужных, в том числе платных услуг, что приводит к росту неэффективных издержек (значительная часть оплачиваемых расходов в медицинских учреждениях «идет на хаотическое блуждание пациентов в поисках нужного врача...») (1).

Напомним, что при сопоставимом уровне финансирования здравоохранения — 5,2% ВВП Куба в 2012 г. стала лучшей страной по уровню здравоохранения (по версии ВОЗ), Россия же — на 97-м месте из 145 стран (2).

Таким образом, становятся очевидными приоритеты ресурсного обеспечения российского здравоохранения — существенный рост частных расходов, *всеобщая коммерциализация медицинских услуг* и, следовательно, отказ от всеобщего охвата населения наиболее значимыми и качественными медицинскими услугами. Не только очень хорошее, но и самое обычное лечение становится доступным далеко не всем, усугубляя негативные тенденции в динамике ряда показателей здоровья населения России.

Весьма похожая ситуация сложилась и в образовании.

*Детские дошкольные учреждения* в России посещают 71,5% детей от 3 до 6 лет, тогда как в развитых странах дети с 4—5 лет полностью охвачены дошкольным либо школьным образованием (3). При постоянном росте бюджетных расходов в России на дошкольное образование почти 25% детей 5—6 лет, существенная часть которых — из малообеспеченных семей, не охвачены этим видом образования, что закладывает основу для их отставания от сверстников в начальной школе.

*Общее школьное образование* по Конституции РФ (ст. 43) является обязательным, общедоступным и бесплатным. Доля бюджетного финансирования на общее образование росла в последнее десятилетие, однако оставалась ниже, чем в странах ОЭСР (2,4% ВВП). При этом за 20 лет рыночных реформ число городских школ остается стабильным, тогда как число сельских школ сократилось в 2,6 раза.

В декабре 2012 г. был принят новый закон «Об образовании в Российской Федерации», а с принятием закона о реструктуризации государственных (муниципальных) учреждений (ФЗ № 83) большинство из них получили право оказывать платные услуги, что на практике привело к росту платности всех, в том числе образовательных услуг.

*Высшее и постдипломное образование.* В 2011 г. в вузах обучалось 7,5 млн студентов, 56% в государственных вузах, 46% — в негосударственных, бюджетные расходы в этом сегменте постоянно росли. Однако при этом в 2009 г. количест-

во бесплатных мест в вузах сократилось на 20 000, а за последние 3 года — на 100 000. Уже в 2011 г. доля «платных» студентов составила 62,5% (3). При этом средняя стоимость годового обучения в престижном вузе стоит около 10 000 долл. США, что приводит к ситуации, когда существенная часть населения не может позволить себе такой роскоши, как высококачественное образование. Да и международные показатели российского образования упали — в начале 90-х мы занимали 2-е место в мире по экспорту образовательных услуг, тогда как сейчас находимся лишь на 9-м месте.

Теоретическое обобщение результатов социальных реформ, в первую очередь с позиций сложившихся тенденций их ресурсного обеспечения позволяет вычлени ряд негативных причин текущих результатов социального реформирования, основные из них нам представляются следующими.

1. Постоянное «метание» в последние десятилетия высшего государственного управления в России между двумя теоретическими крайностями — либеральной доктриной минимизации государственного вмешательства и посткейнсианской моделью госрегулирования экономики.

2. Неприятие и нежелание использовать на практике реформирования теоретического арсенала экономики общественного сектора с серьезной разработкой особенностей общественных и частных благ, основ их производства и финансового обеспечения в государственном и рыночном секторах экономики, а также наработок эволюционной и институциональной экономических теорий, что ведет порой к результатам, противоположным тому, что было задекларировано на начальном этапе реформирования.

3. Как известно, задачей любой экономической системы является оптимальное распределение имеющихся ресурсов (особенно ограниченных ресурсов переходных экономик), что предполагает как минимум нахождение баланса экономических интересов всех экономических агентов, а не их противопоставление, как часто происходит в практике реформирования.

4. Поиск баланса интересов осложнен завершением эпохи экстенсивного роста государственных расходов во всем мире и поиском форм интенсивного использования ограниченных бюджетных ресурсов.

5. В настоящее время перехода во всем мире к интенсивному использованию бюджетных ресурсов, повышения их эффективности невозможно обходиться без обязательной (плановой и фактической) оценки социальных и экономических результатов всех проектов государственных расходов (государственных инвестиций). Практика такой оценки внедряется развитыми странами последние десятилетия, в частности во Франции, не применяется в России и была бы здесь весьма востребована.

Поясним нашу позицию.

1. По поводу «метаний» между либеральной доктриной минимизации государственного вмешательства в экономику (Рейган, Тетчер) и усиления государственного регулирования экономики (напомним, что именно с госрегулированием связано послевоенное восстановление стран Европы, дирижизм генерала де Голля

во Франции и «Славное Тридцатилетие» 60—80-х гг., постепенное восстановление экономики стран Европейского союза в 2010—2014 гг.). Отсутствие последовательной концепции крайне затрудняет решение основной задачи — нахождение оптимального распределения ограниченных бюджетных ресурсов для достижения задач социальных реформ, вместо переложения ответственности за здоровье нации, уровень ее образованности и социального обеспечения преимущественно на самих граждан.

2. К основам знаний по экономической теории общественного сектора мы относим, например, наличие существенных различий между *благами частными* и *благами общественными* (или благами коллективного пользования) в образовании, здравоохранении, соцобеспечении, а также расширение масштабов чистых общественных благ в последние десятилетия. Еще одним важным теоретическим результатом является дифференциация оценок экономической эффективности рыночных и общественных благ.

Так, медицинская услуга — не обычный товар купли и продажи, не просто частное благо, это жизненно важное благо с наличием высокой асимметрии информации, внешних эффектов, рисков. При этом целый ряд медицинских и образовательных услуг (всеобщая диспансеризация населения, вакцинация, скорая помощь, как и начальное, а также среднее образование) стали *чистыми общественными благами*, что, по П. Самуэльсону, обозначает их производство государством, за счет государственных ресурсов.

Что касается *традиционных оценок эффективности производства частных благ* — ориентации на прибыль, рыночный результат — в производстве общественных благ они ведут к искажению целей, достижению не запланированных, а других, стоимостных результатов. На традиционном рынке высокий уровень продаж частных благ свидетельствует о высоких потребительских качествах товара, высоких результатах работы компании (росте прибыли). На рынке производства благ коллективного пользования, общественных благ большой объем произведенного «товара» (медицинских услуг) и рост доходов медицинских организаций совсем не означает достижение высоких результатов в оздоровлении потребителей — граждан, а следовательно, он не может служить единственной мерой оценки и оплаты труда, эффективности деятельности медицинских организаций и учреждений. В условиях нацеленности на наращивание объемов медицинских услуг работает рыночный принцип максимизации прибыли. При этом результат не важен — выздоровели ли пациенты или умерли, есть или нет осложнения от лечения, предотвращены или нет возможности распространения болезней, будет оплачен процесс, а не результат.

В образовании получение прибыли от платных образовательных услуг также не является критерием оценки эффективности полученных знаний для студентов, их работодателей и общества в целом. Отметим, что поиск критериев эффективности и качества сложных услуг в образовании и здравоохранении, отличных от традиционных, рыночных, идет во всем мире (например, на основе многочисленных рейтингов вузов, отечественных и международных).

Из учета различий в свойствах частных и общественных благ следуют выводы для практики: есть существенные особенности в производстве и обеспечении общественными благами (товарами, услугами), которые важно учитывать при проведении реформ. Производства благ коллективного пользования только частными производителями явно недостаточно. Частные клиники способны покрыть потребности платежеспособной части граждан в медицинских услугах по обращаемости, за счет частной оплаты. Производство же существенного набора жизненно важных медицинских услуг для всех, а не только платежеспособных граждан может быть обеспечено государственными медицинскими учреждениями (срочная медицинская помощь, профилактика (диспансеризация), предотвращение эпидемий на основе вакцинации и т.п.).

3. Каким образом формируется глубокое противопоставление интересов экономических агентов, покажем на примере реформы здравоохранения на основе действия системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в современной России.

*Государством* законодательно не установлены ключевые критерии эффективности системы ОМС, выполнение или невыполнение которых было бы жестко связано с размером получаемого ею финансирования, с карьерой высшего менеджмента в здравоохранении и размером оплаты труда сотрудников и руководителей (то, что называется Key Performance Indicators, KPI). На практике это приводит к лоббированию роста финансирования медицинских услуг без гарантий роста эффективности расходов.

*Работодатели* (в России только они являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование) не могут контролировать эффективность уплачиваемых взносов, размеры страховых взносов не различаются для тех работодателей, которые заботятся о здоровье своих работников (путем оплаты полисов дополнительного медицинского страхования, расходов на улучшение условий труда), и работодателей, рассматривающих здоровье персонала как «бесплатный» ресурс, который можно максимально использовать.

*Медицинские организации.* В результате превалирования рыночных подходов в реформе здравоохранения система ОМС формирует экономическую заинтересованность лечебных учреждений и медицинских работников в плохом здоровье застрахованных как источнике роста своих доходов. Больше болеем — чаще обращаемся — больше доходов у медицинских организаций. Ведь оплачивается не результат лечения, а процесс оказания помощи: умер или выздоровел пациент, стало ему лучше или нет — неважно, счет все равно будет выставлен и оплачен. Получается, что клиники напрямую заинтересованы в плохом здоровье населения: чем больше болезней и чем они «запущеннее», тем больше выставляемые счета и доходы.

*Граждане.* Мы, граждане, абсолютно беззащитны перед рисками организации медицинской помощи. Очевидно, что нам нужен не свободный выбор врача, провозглашаемый целью реформ, не поиск нужного специалиста, а конкретный результат — оказание эффективной помощи у того врача, к которому нас обязывает обратиться система ОМС, причем без навязывания ненужных (в том числе платных) услуг.

4. Нахождение баланса интересов всех экономических агентов осложняется современной кризисной ситуацией экономического развития. Эпоха экстенсивного роста государственных расходов во всем мире завершена, идет активный переход к интенсивному использованию ограниченных бюджетных и других ресурсов. Интенсивный подход исключает наращивание этих ресурсов и предполагает серьезную экономию бюджетных средств, повышение эффективности государственных и частных расходов. Причина глобальная — переход мирового финансового кризиса в кризис долговой, новая особенность которого в том, что государственными долгами обременены в первую очередь развитые, а не развивающиеся страны.

5. *Обязательная оценка всех программ госрасходов.* По нашему мнению, такая предварительная профессиональная оценка государственных расходов (государственных инвестиций) могла бы внести значительную ясность, облегчить процесс принятия решений, а также дать возможность оценки рентабельности государственных инвестиций на уровне всей экономики в целом. Также такая оценка позволит учесть, кроме финансового аспекта, состояние окружающей среды и благосостояние в целом (сошлемся на доклад известных экономистов Франции «Социально-экономическая оценка государственных инвестиций» [2]).

После критического анализа причин некоторых «перекосов» в ходе социальных реформ перейдем к конструктивным предложениям. В последние десятилетия рыночных реформ все более очевидными становятся и пути решения означенных выше проблем.

Крайности экономических позиций либерализма и государственности — это вопрос политико-экономический, зависит от того общественного выбора, который доминирует. Здесь важно четче определить стратегию.

В последние десятилетия не прекращается поиск новых идей, парадигм, в том числе и в России. Отметим только некоторые из них — теорию экономической социодинамики Института экономики РАН, психологические основы экономического поведения Ю.Я. Ольсевича. При этом, на наш взгляд, дело даже не в рождении абсолютно новых экономических теорий, чего давно и трепетно ожидает профессиональное сообщество экономических теоретиков, а в более глубоком освоении уже накопленного потенциала экономической теории, что во многом зависит от преподавателей, исследователей, научного академического сообщества.

Оптимальность распределения ограниченных ресурсов и нахождение баланса интересов всех экономических агентов — проблема самая сложная, однако решение ее возможно, если государство не только на основе деклараций возьмет на себя реальную ответственность за предоставление населению жизненно важных благ: в образовании, здравоохранении, пенсионном обеспечении, ЖКХ.

Интенсивное использование всех, а главное, бюджетных ресурсов, повышение эффективности их расходования напрямую связано с внедрением реформ общественных финансов — программного бюджета, оптимизации бюджетных учреждений, контрактной системы государственных закупок и т.д. Здесь же крайне важны оценки использования ресурсов — прогнозные и на каждом отдельном этапе реализации.

Все развитые страны в последние десятилетия вводят в практику экономического управления так называемый программный бюджет как совокупность государственных программ, суть которого — в повышении эффективности бюджетных расходов. По определению Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), государственная программа — это действия правительства, сгруппированные по отношению к конкретному набору целей. Программное бюджетирование предлагает применять анализ «затраты-выгоды» к аллокационным решениям, распределять расходы по программам и оценивать результаты выполнения программ по отношению к целям [1].

Программный бюджет является одним из наиболее перспективных инструментов такой политики и дает возможность организовать более эффективный контроль за получением прогнозируемых результатов, решать проблемы межотраслевого и межрегионального характера. Так, Закон о долгосрочном бюджетном планировании государственных финансов во Франции, который был принят 31 декабря 2012 г., обязывает все государственные учреждения, учреждения здравоохранения и санитарные структуры проводить предварительную социальную и экономическую оценку своей деятельности.

Как указано в этом законе, государственные инвестиции являются ключевым фактором роста экономики и конкурентоспособности. Они являются гарантом качества предоставляемых услуг, необходимо выбирать их с особой тщательностью для того, чтобы способствовать развитию и регулированию государственных расходов. На сегодняшний день выбор инвестиционных проектов недостаточно четко регламентирован. Процедуры предварительной оценки и принятия решений не позволяют всегда эффективно классифицировать проекты и выделить те, которые будут наиболее эффективны для общества и государства. По пути предварительной социально-экономической оценки результатов идут в ряде стран: Германии, Великобритании, Нидерландах, Швеции и Норвегии, а также Европейском инвестиционном банке. Однако, в настоящее время, во всех указанных странах социально-экономический анализ используется преимущественно в транспортном секторе (иногда, в энергетике). С 2013 г. социально-экономическая оценка всех проектов государственных расходов применяется во Франции.

Проведенный нами анализ позволяет сделать некоторые выводы. Для получения ощутимых результатов перечисленных реформ общественных финансов необходимо не только время, но и постоянный теоретический анализ, анализ конструктивного опыта других стран для коррекции хода всех реформ, в том числе — социальных. И именно в этом для нас важна роль экономической теории и ее эффективное использование на практике.

## **ПРИМЕЧАНИЯ**

- (1) См.: Кравченко Н.А., Рагозин А.В., Розанов В.Б., Иванов А.В. Система обязательного медицинского страхования Российской Федерации — баланс интересов субъектов и участников. Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, 08.07.2013 г.



- (2) Исследования показали, что самые здоровые люди живут в Сингапуре. Затем в Италии, Австралии, Швейцарии и Японии. В первой десятке также оказались: Израиль, Испания, Нидерланды, Швеция и Германия. Великобритания оказалась на 21-м, США — на 33-м месте. Из стран СНГ, бывших советских республик, самый высокий уровень здоровья жителей оказался в Эстонии — 57-е место, Грузия на 77-м месте, Латвия на 79-м, Литва на 81-м. Таджикистан и Узбекистан заняли 84-е и 85-е места, Азербайджан 87-е место, Беларусь 91-е место. Россия оказалась на 97-м месте, рядом с ней в рейтинге — Восточный Тимор, Мадагаскар, Ирак и Бангладеш. См.: Новости от агентства Bloomberg от 17.08.2012.
- (3) См. Клячко Т.Л. Образование в России: основные проблемы и возможные решения. — М.: Дело, 2013. С. 6; О новых тенденциях и проблемах в реформировании системы финансирования вузов. — М.: Дело, 2013. С. 37.

### ЛИТЕРАТУРА

- [1] OECD Budget Practices and Procedures Database, Phase II, Final Glossary, 19 December 2006, p. 6.
- [2] Evaluation socioeconomique des investissements publics, Rapport de la mission preside par Emile Quinet au Premier ministre, septembre 2013, Paris.

## SOCIAL REFORMS OF THE PUBLIC SECTOR IN RUSSIA: A COURSE FOR COMMERCIALIZATION

**E.V. Ponomarenko**

Peoples' Friendship University of Russia  
*Miklukho-Maklaya str., 6, Moscow, Russia, 117198*

Developing the theme of modern public sector reforms in Russia (reform of natural monopolies, local government reforms and budget reforms), the author [1] gives an estimation of the results of social reforms in health and education of recent decades. The article summarizes the causes of excessive market orientation of social reforms, as well as highlights the reasons of existing market “distortion” (which is connected, according to the author, with the lack of knowledge of modern economic theory). The ways to overcome the problems are identified in both theory and practice, including the resource base of social reform of public sector in Russia.

**Key words:** public sector, education reform, health care reform, financing of social reforms, economics.