

Обзор

Я четыре раза в день хожу за водой с 20-литровым глиняным кувшином. Это тяжёлая работа!.. Я никогда не посещала школу, потому что должна помогать матери стирать белье, чтобы мы могли заработать достаточно денег... В нашем доме нет туалета... Если бы я могла изменить свою жизнь, я, конечно, хотела бы ходить в школу и иметь больше одежды.

Элма Касса, 13-летняя девочка из Аддис-Абебы (Эфиопия)

Слишком часто люди, живущие за чертой бедности, испытывают недостаток в услугах — в смысле их доступности, количества и качества. Однако имеющиеся убедительные примеры эффективного предоставления услуг говорят о том, что органы власти и граждане могут работать лучше. Каким образом? Делая бедных центральным элементом системы предоставления услуг: наделяя их возможностью контролировать поставщиков услуг и дисциплинировать их; учитывая мнение бедных при разработке политики; усиленно стимулируя поставщиков услуг к обслуживанию бедняков.

Избавление людей от болезней и неграмотности — два важнейших пути, позволяющих им избежать бедности, но для многих они остаются недоступными. Для ускорения развития человеческого потенциала экономический рост, безусловно, необходим, но недостаточен. Расширение масштабов деятельности требует как существенного увеличения объема внешних ресурсов, так и более эффективного использования всех ресурсов, внутренних и внешних. Когда ресурсы становятся более продуктивными, аргумент в пользу их дополнительного привлечения становится более убедительным. В то же время мобилизация внешних ресурсов может способствовать изменениям в политике и практике, ведущим к их более эффективному использованию. Эти два направления дополняют друг друга, составляя суть партнерства в интересах развития, скрепленного решением, принятым в Монтеррее весной 2002 г.

В настоящем Докладе в аналитическом и практическом аспектах представлены структурные рамки более рационального использования ресурсов, как внутренних, так и внешних, в целях повышения эффективности предоставления услуг бед-

ному населению. Основное внимание уделяется тем услугам, которые непосредственно связаны с развитием человеческого потенциала — образованию, здравоохранению, водоснабжению и канализации, электроснабжению.

Органы власти и граждане используют различные формы предоставления этих услуг: централизованное государственное снабжение, заключение контрактов с частным сектором и неправительственными организациями (НПО), делегирование полномочий местным органам власти, участие общин и прямые поставки домашним хозяйствам. Имеются примеры как впечатляющих успехов, так и печальных неудач. Все они указывают на необходимость усиления подотчетности в трех ключевых звеньях цепочки предоставления услуг: во взаимоотношениях между бедным населением и поставщиками услуг, между бедным населением и разработчиками политики и между разработчиками политики и поставщиками услуг. Иностранные организации-доноры, предоставляющие помощь, должны укреплять подотчетность в рамках этих взаимоотношений, а не подрывать ее.

Расширение возможностей выбора и участия в предоставлении услуг поможет неимущим потребителям осуществлять наблюдение за деятельностью поставщиков услуг и дисциплинировать их. Выражение мнения бедных граждан — путем голосования и широкого распространения информации способно усилить их влияние на разработчиков политики и одновременно снизить вероятность преимущественного предоставления общественных услуг небедным в порядке политического патроната. Вознаграждая эффективность и наказывая за неэффективность обслуживания, разработчики политики могут добиваться от поставщиков услуг луч-

шения обслуживания бедных слоев населения.

Однако само по себе совершенствование организации предоставления услуг недостаточно. Общество должно извлекать уроки из инноваций, проводя систематическую оценку результатов и распространяя информацию о том, что работает, а что нет. Только при этом условии может быть осуществлено расширение масштабов инноваций в целях улучшения условий жизни бедных людей во всем мире.

Это огромная задача, поскольку повышение эффективности предоставления услуг бедному населению связано с изменениями не только механизма предоставления услуг, но и общественных институтов, а также с изменениями способов перечисления иностранной помощи. Органы власти, граждане и организации-доноры, создавая стимулы для этих изменений, должны тщательно выбирать проблемы, которые требуют решения. Они должны реально представлять себе все трудности, связанные с осуществлением принятых решений, и проявлять терпение.

Проблема

Бедность — это многогранное явление. Помимо низкого уровня дохода (менее 1 долл. в день) ее чертами являются неграмотность, высокая заболеваемость, неравенство полов, ухудшение состояния окружающей среды. Все это отражено в «Целях ООН в области развития на пороге нового тысячелетия» — первом в своем роде международном соглашении в целях сокращения бедности (вставка 1). Универсальный характер бедности отражен также в стратегии развития Всемирного банка, имеющей два основных направления: инвестиции в человеческий капитал и улучшение инвестиционного климата. Пять из восьми Целей ООН и одно из двух направлений стратегии развития Всемирного банка касаются здравоохранения и образования, что указывает на важнейшее значение развития человеческого потенциала для подъема благосостояния людей.

Однако прогресс в развитии человеческого потенциала отстает от прогресса в повышении доходов (рис. 1). Мир в целом движется по пути, ведущему к первой

Рисунок 1. Прогресс в развитии человеческого потенциала:



ВСТАВКА 1. Восемь «Целей ООН в области развития на пороге нового тысячелетия»

Отталкиваясь от уровня 1990 г., каждая цель должна быть достигнута к 2015 г.

1. Ликвидировать крайнюю нищету и голод. Сократить вдвое долю населения, имеющего доход менее 1 долл. в день. Сократить вдвое долю населения, страдающего от голода.
2. Обеспечить всеобщее начальное образование. Обеспечить равные возможности для девочек и мальчиков в получении в полном объеме начального образования.
3. Поощрять равенство мужчин и женщин и расширять права женщин. Ликвидировать неравенство между полами на всех уровнях образования.
4. Сократить детскую смертность. Сократить на две трети смертность среди детей в возрасте до 5 лет.

5. Улучшить охрану материнства. Снизить на три четверти коэффициент материнской смертности.
6. Борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями. Остановить распространение ВИЧ/СПИДа.
7. Обеспечить экологическую устойчивость. Включить принципы устойчивого развития в стратегические и обратитесь вспять процесс утраты природных ресурсов. Снизить вдвое долю людей, не имеющих постоянного доступа к чистой питьевой воде. Обеспечить существенное улучшение жизни как минимум 100 млн обитателей трущоб.
8. Формировать глобальное партнерство в целях развития. Увеличить государственную помощь развитию. Расширить доступ на рынок.

Три замечания о «Целях ООН в области развития на пороге нового тысячелетия». Во-первых, долговременный успех в достижении Целей должен базироваться на системных реформах, способствующих прогрессу. Во-вторых, преимущественное выделение указанных результатов не означает концентрации усилий только на услугах в сфере образования и здравоохранения. Результаты в области образования и здравоохранения зависят от многих других факторов: от знаний и поведения родителей, легкости и безопасности дороги до школы или поликлиники и от доступных технологий, обеспечивающих достижение целей (см. врезку 1.1). В-третьих, характер «Целей ООН в области развития на пороге нового тысячелетия» — их привязка к конкретному сроку и ориентация на конечные результаты, служащие основой для выработки стратегии, — сохраняет свое значение и для стран, уже достигших всеобщего начального образования или низкой детской и материнской смертности.

Примечание: тонкая линия отражает динамику, необходимую для достижения соответствующей «Цели ООН в области развития на пороге нового тысячелетия». Жирная линия показывает фактическую динамику на данный момент времени.

Источник: www.developmentgoals.org

Таблица 1. Экономический рост сам по себе не обеспечивает достижения «Целей ООН в области развития на пороге нового тысячелетия»

	Среднегодовые темпы роста ВВП на душу населения в 2000–2015 гг.* (в %)	Население с доходом менее 1 долл. в день		Доля населения с полным начальным образованием		Смертность среди детей в возрасте до 5 лет	
		Целевой показатель (%)	Прогноз на 2015 г. при единственном факторе темпов роста (%)	Целевой показатель (%)	Прогноз на 2015 г. при единственном факторе темпов роста (%)	Целевой показатель (на 1000 рожденных)	Прогноз на 2015 г. при единственном факторе темпов роста (на 1000 рожденных)
Восточная Азия	5.4	14	4	100	100	19	26
Европа и Центральная Азия	3.6	1	1	100	100	15	26
Латинская Америка и Карибский бассейн	1.8	8	8	100	95	17	30
Ближний Восток и Северная Африка	1.4	1	1	100	96	25	41
Южная Азия	3.8	22	15	100	99	43	69
Африка	1.2	24	35	100	56	59	151

*Прогноз прироста ВВП Всемирного банка (2003а).

Примечание: Предполагается, что коэффициент эластичности уровня бедности к экономическому росту составляет — 1,5; доли населения с полным начальным образованием — 0,62; детская смертность — 0,48.

Источник: World Bank (2003а), Devarajan (2002).

цели ООН — сокращению вдвое доли людей, имеющих доход менее 1 долл. в день. Это происходит главным образом благодаря быстрому экономическому росту в Индии и Китае, где живет значительная часть бедного населения мира¹. В то же время темпы достижения целей в области начального образования, гендерного равенства и сокращения детской смертности отстают от намеченных.

Для решения всех указанных задач важен экономический рост, однако этого недостаточно. Прогнозируемый прирост ВВП на душу населения позволит пяти из шести развивающихся регионов мира достичь целевого показателя сокращения бедности по уровню доходов (табл. 1). В то же время этот рост даст возможность только двум регионам повысить долю учащихся начальной школы до заданного уровня и не позволит ни одному региону достичь намеченного показателя сокращения детской смертности. Если удвоить темпы экономического роста Африки, она достигнет цели сокращения бедности, но задачи в области здравоохранения и образования все еще останутся нереализованными. В Уганде, несмотря на достигнутые за прошедшее десятилетие среднегодовые темпы роста ВВП на душу населения в 3,9%, показатель детской смертности не меняется, и эпидемия СПИДа может служить лишь частичным объяснением этого явления².

Поскольку сам по себе экономический рост не обеспечивает достижения Целей ООН, международное сообщество на серии встреч, проведенных в Монтеррее, Дохе и Йоханнесбурге, приняло на себя обязательства по увеличению трансферта ресурсов из развитых стран и совершенствованию политики и институтов в развивающихся странах. Масштабы трансферта ресурсов трудно поддаются точному расчету. Ряд оценок сходятся на цифре 40–60 млрд долл. в год в виде иностранной помощи, сопровождаемой политическими и институциональными реформами, направленными на повышение эффективности использования внутренних и внешних ресурсов³.

Настоящий Доклад, основное внимание в котором уделяется целям развития человеческого потенциала, посвящен реформам в сфере услуг, необходимым для достижения этих целей. Обеспечение базового уровня здравоохранения и образования — задача государства (вставка 2). Но многие органы власти не выполняют своих обязанностей, особенно в отношении бедных. В Армении и Камбодже коэффициент детской смертности для беднейшей пятой части населения в 2–3 раза выше, чем для богатейшей пятой части. В Арабской Республике Египет и Перу лишь 60% взрослого населения среди его беднейшей пятой части имеет полное начальное образование, а в богатейшей пятой части — 100%.

Необходимо добиться того, чтобы услуги, способствующие здоровью и просвещению — водоснабжение и канализация, энергоснабжение, транспорт, здравоохранение и народное образование — в полной мере предоставлялись бедному населению, и в этом состоит обязанность органов власти и граждан. Слишком часто уровень этих услуг неудовлетворителен. Иногда они не предоставляются никому, кроме богатых, которые способны получать их из иных, не общественных источников; в других случаях они явно не доходят до бедных.

Четыре признака неудовлетворительного уровня услуг для бедного населения

По каким признакам мы можем увидеть, что услуги не доходят до бедных? Во-первых, несмотря на то, что правительства выделяют до трети своих бюджетов на здравоохранение и образование, очень небольшая часть этой суммы тратится на бедных, то есть на те услуги, которые нужны бедным для улучшения их здоровья и образования. Государственными расходами на здравоохранение и образование, как правило, пользуются не бедные (рис. 2).

ВСТАВКА 2. Предоставление услуг — задача государства

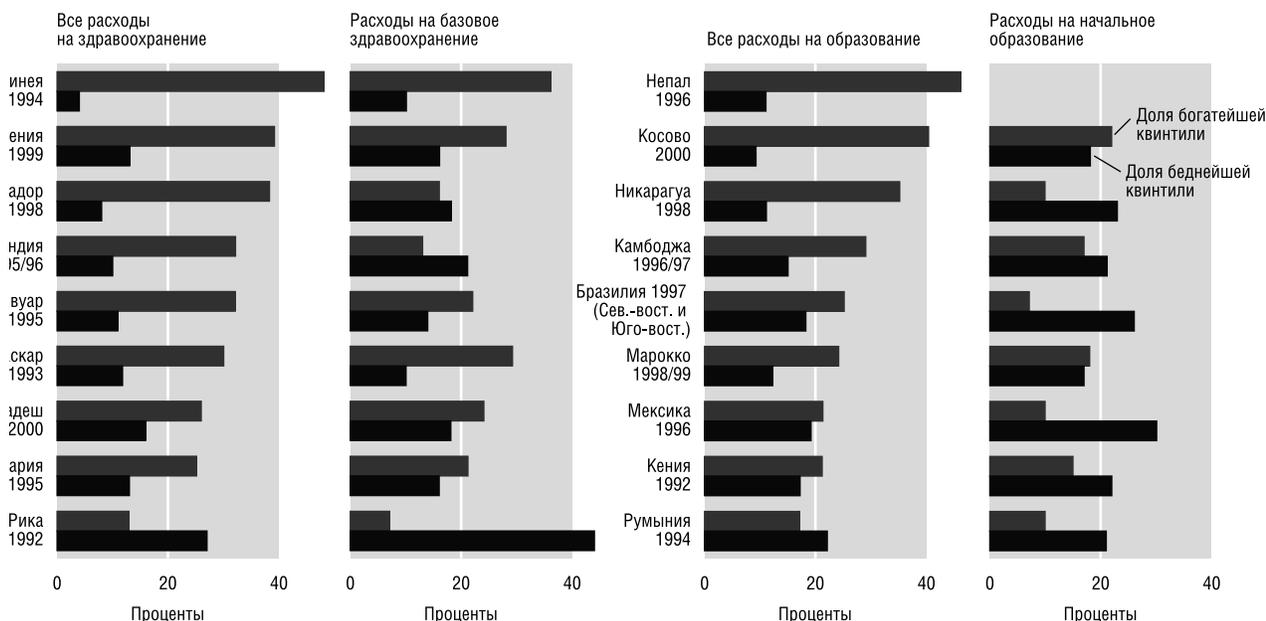
Финансируя, предоставляя и регулируя услуги, способствующие здоровью и просвещению правительства во всем мире демонстрируют свою ответственность за состояние здравоохранения и народного образование. Почему? Во-первых, в сфере этих услуг часто проявляются недостатки рынка, приводящие к неблагоприятным побочным последствиям, больной ребенок распространяет инфекцию среди своих товарищей или фермер пользуется тем, что его сосед не умеет читать. Частный сектор с его механизмами, предоставленный сам себе не может обеспечить нужный обществу уровень развития здравоохранения и образования. Во-вторых, базовое медицинское обслуживание и основное образование рассматриваются как главные права челове-

ка. «Всеобщая декларация прав человека» провозгласила право личности на «такой жизненный уровень, включая... медицинский уход... который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи» и «... на образование... [которое]... должно быть бесплатным по меньшей мере в том, что касается начального и общего образования». Независимо от того, насколько сложными могут быть проблемы предоставления таких услуг, государственный сектор не может пройти мимо здравоохранения и образования. Задача государственной власти состоит в том, чтобы выработать способы выполнения этой основной обязанности в сотрудничестве с частным сектором, местными сообществами и внешними партнерами.

В Непале 46% расходов на образование достается богатейшей пятой части населения и только 11% — беднейшей. В Индии богатейшая пятая часть получает в три раза больше субсидий на лечебно-медицинское обслуживание, чем беднейшая пятая часть населения⁴. Чистая вода необходима для здоровья, но в Марокко только 11% беднейшей пятой части населения имеет доступ к безопасным источникам воды, тогда как среди богатых она доступна всем (рис. 3).

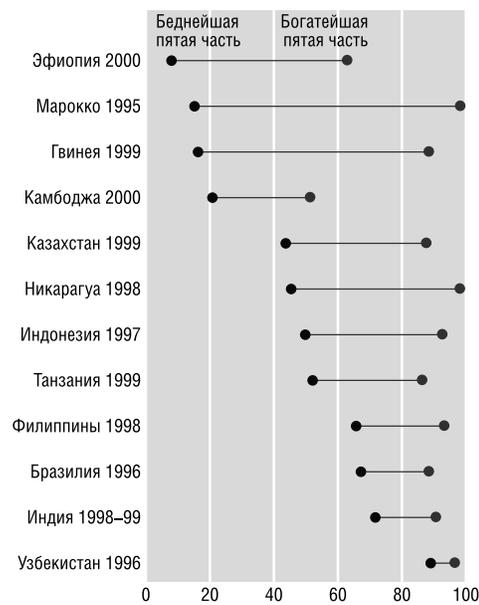
Рисунок 2. Государство тратит на богатых больше, чем на бедных

Доля государственных расходов, которой пользуются богатейшая и беднейшая пятые части населения



Источник: Составлено по различным источникам сотрудниками Всемирного банка.

Рисунок 3. Вода, кругом вода, но ни капли для питья



Источник: Персонал Всемирного банка.

Во-вторых, даже если государственные расходы могут быть перераспределены в пользу бедного населения, например, путем направления средств начальным школам и клиникам, деньги не всегда доходят до непосредственных поставщиков услуг. В Уганде в начале 1990-х гг. доля расходов на начальное образование (кроме выплат по заработной плате), фактически доходившая до начальных школ, составляла 13%. Это средний показатель, бедные школы получали меньше среднего.⁵

В-третьих, даже если эта доля увеличивается — чего, например, добились в Уганде — необходимо, чтобы школы были укомплектованы учителями, труд которых приносил бы результаты, и чтобы врачи и медсестры предоставляли пациентам то лечение, в котором те нуждаются. Однако зачастую всех этих людей окружает система, в которой отсутствуют стимулы к эффективной работе, не выплачивается заработная плата, распространена коррупция, а политическая протекция является нормой жизни. Высококвалифицированные врачи редко имеют желание работать в отдаленной сельской местности. Те же, кто там работает, редко контролируются и

практически не несут ответственности за отсутствие на рабочем месте. Обследование пунктов первичной медицинской помощи в Бангладеш показало, что коэффициент абсентеизма среди врачей составляет до 74%⁶. Есть достаточно примеров плохого отношения к бедным со стороны тех, кто должен их обслуживать. «Они относятся к нам как к животным», — говорит пациент из Западной Африки⁷.

Разумеется, далеко не все непосредственные поставщики услуг ведут себя таким образом. Многие учителя и медицинские работники, зачастую большинство, руководствуются внутренней мотивацией — профессиональной гордостью или искренним желанием помочь бедным людям — и действуют своевременно, эффективно и учтиво, нередко в сложных условиях (в разрушающихся зданиях, при переполненных туалетах) и при недостатке ресурсов (в больницах без лекарств, классах без учебников)⁸. Задача состоит в том, чтобы поддерживать этот опыт, развивать профессиональную этику, внутреннюю мотивацию, другие стимулы, распространять их на всех работников сферы услуг.

Четвертым показателем неудовлетворительного обслуживания бедного населения является отсутствие спроса. Бедняки часто не посылают детей в школу и не ведут их в больницу. В Боливии 60% детей, умерших в возрасте до пяти лет, ни разу не видели врача в течение болезни, приведшей к смертельному исходу. В одних случаях это происходит из-за низкого качества обслуживания — отсутствия материалов, работников, негуманного отношения. В других — из-за бедности. Даже при бесплатном обслуживании многие бедные сельские жители не могут позволить себе тратить время, чтобы покрыть расстояние до ближайшей школы, которое, например, в Мали составляет 8 км, или до ближайшего медицинского пункта, которое в Чаде равно 23 км⁹.

Низкий спрос может быть также результатом воздействия культурных норм, в том числе гендерных отношений. Некоторые родители отказываются посылать в школу дочерей. Есть мужья, запрещающие своим женам идти в больницу, даже при родах. Часто препятствием служит социальная дистанция между бедными и поставщиками услуг (70% медицинских сес-

тер и акушерок в сельской местности Нигера выросли в городах), которая является сдерживающим средством.

Альтернативные формы организации предоставления услуг

Обеспечение доступа к основным услугам — медицинскому обслуживанию, образованию, водоснабжению, энергоснабжению, канализации — сегодня является функцией государства, но не всегда было таковой. К тому же государство осуществляет эти обязанности не только путем централизованного предоставления услуг. На протяжении исторического развития в разных странах мира применялись разнообразные механизмы, дававшие различные результаты.

- Некоторые органы власти заключают внешние контракты о предоставлении услуг с частным сектором, неправительственными организациями и даже с другими государственными органами. В Камбодже вследствие гражданской войны были введены две формы подрядных отношений в области предоставления первичного медицинского обслуживания («внешний контракт» по всем услугам и «внутренний контракт» по некоторым из них). После заключения различных форм контрактов в 12 районах страны (по случайному выбору, чтобы исключить системные влияния) оказалось, что показатели состояния здоровья и количества обращений со стороны бедного населения больше всего повысились в районах, осуществлявших внешний контракт.¹⁰ Заслуживает внимания вопрос, может ли этот опыт быть распространен за пределы 12 районов Камбоджи.
- Государство продает частному сектору концессии на водо- и энергоснабжение, транспортные услуги, причем результаты оказываются как очень хорошими, так и очень плохими. Приватизация водоснабжения в г. Картахена (Колумбия) способствовала улучшению качества обслуживания и расширению доступа к услугам бедного населения. Аналогичная мера, осуществленная в г. Тукуман (Аргентина) привела к уличным беспорядкам и отмене концессии.
- В некоторых обществах ответственность (за финансирование, предоставление услуг и правовое регулирование) передается нижестоящим звеньям управления. И здесь результаты противоречивы. В некоторых случаях при более ограниченных ресурсах и возможностях их перераспределения, а также при значительном распространении политической протекции на местном уровне недостатки перевешивают преимущества широкого участия ответственности. Передача инфраструктуры в ведение местных органов власти в ЮАР способствовала быстрому улучшению обслуживания¹¹. В Румынии же децентрализация системы социальной помощи ослабила возможности и стимулы местных органов к осуществлению денежных субсидий нуждающимся¹². В настоящее время эта система вновь централизуется.
- В некоторых случаях полномочия передаются местным общинам или самим клиентам. В Сальвадоре согласно Программе коммунального управления школами (Educo) ассоциации родителей получили право нанимать и увольнять учителей, проводить ежемесячные проверки, посещая школы, что сократило абсентеизм среди учителей и учащихся, улучшило показатели успеваемости.
- Некоторые программы передают ресурсы и полномочия домашним хозяйствам. Так, в Мексике по Программе образования, здравоохранения и питания (Progesa) семьи получают наличные средства, если их дети зачислены в школу или регулярно посещают поликлинику. Многочисленные оценки результатов функционирования этой программы показали увеличение удельного веса учащихся школ (в средней школе на восемь процентных пунктов для девочек и на пять для мальчиков) и улучшение показателей детского здоровья (уровень заболеваемости снизился на 20%)¹³.

Структура взаимоотношений между клиентами, поставщиками услуг и разработчиками политики

Чтобы понять все многообразие опыта применения традиционных и альтернативных форм предоставления услуг, ра-

зобъем цепочку предоставления услуг на три группы участников и рассмотрим взаимоотношения между ними (рис. 4). Бедное население — в качестве пациентов клиник, учащихся школ, пассажиров автобусов, потребителей воды — является клиентом сферы услуг. Оно вступает в отношения с непосредственными поставщиками услуг, со школьными учителями, врачами, водителями автобусов, сотрудниками компаний водоснабжения. В такие же отношения оно вступает, когда покупает что-либо на рынке, например, сэндвич (самосу, сальтенью или шумаи). Совершая сделку на конкурентном рынке, они получают «услугу», будучи в состоянии обеспечить подотчетность поставщика услуг. Потребитель платит непосредственно поставщику услуг, он видит результат (сэндвич), и если он не удовлетворен, то имеет право оказать воздействие на поставщика услуг, добившись замены товара, а в случае мошенничества прибегнув к правовым санкциям или общественным мерам воздействия.

В сфере рассматриваемых здесь услуг — таких как здравоохранение, образование, водо- и электроснабжение, канализация — прямая подотчетность провайдера потребителю отсутствует. Почему? По различным обоснованным причинам общество решило, что такая услуга будет предоставляться не через рыночную сделку, а путем принятия на себя ответственности органам власти (см. вставку 2). Иначе говоря, через «длинный путь» подотчетности, состоящий из влияния потребителей как граждан на разработчиков политики и разработчиков политики на поставщиков услуг. Когда взаимоотношения на этом длинном пути нарушаются, услуги не доходят до потребителя (абсентизм учителей, протекающие трубы и т. д.), а результаты развития человеческо-

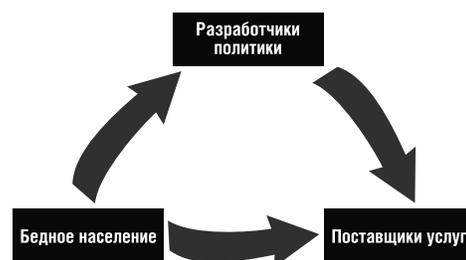
го потенциала оказываются неудовлетворительными.

Рассмотрим первое из двух взаимоотношений на «длинном пути» — связь между бедными людьми и разработчиками политики (рис. 4). Бедняки являются гражданами. В принципе, они участвуют в определении коллективных целей общества и стремятся контролировать действия, направленные на достижение этих целей. На практике это не всегда так. Они либо исключены из процесса выработки коллективных целей, либо лишены влияния на общественные действия из-за недостатков электоральной системы. Бесплатные общественные услуги и фиктивные должности распределяются в порядке политического патронажа, а бедное население редко извлекает из этого пользу.

Даже когда бедные люди могут добраться до разработчика политики, обслуживание не станет лучше, если разработчик политики не может обеспечить им предоставление услуг поставщиком услуг. В Камбодже разработчики политики сумели заключить контракты с неправительственными организациями и определить услуги, которые они должны предоставлять. Однако по многим видам услуг, включая обучение и медицинское обслуживание, у разработчика политики нет возможности определить характер услуг и тем более наказывать за невыполнение контракта. Результат часто выражается в абсентизме учителей и медицинских работников.

При слабости «длинного пути» подотчетности результаты обслуживания можно улучшить за счет укрепления краткого пути, т. е. расширение прав пользователей услуг по отношению к поставщику услуг. Расширение воздействия на поставщиков услуг со стороны потребителей достигается с помощью предоставления последним возможности выбора. Примерами этого могут служить системы школьных ваучеров (PACES в Колумбии) или стипендий (программа поддержки женского школьного обучения в Бангладеш, по которой школы получают гранты в зависимости от числа посещающих их девочек). Примерами обеспечения участия потребителей в улучшении обслуживания являются программа Educos в Сальвадоре и схема возобновляющегося предоставления ле-

Рисунок 4. Структура отношений подотчетности



карств в Гвинее (когда совместные платежи побуждают деревенских жителей прекратить воровство)¹⁴.

Рассмотрим теперь более подробно индивидуальные взаимоотношения в цепочке предоставления услуг: почему они нарушаются и как их можно укрепить.

Граждане и политики / разработчики политики — укрепление механизмов гласности

Бедные граждане имеют незначительное влияние на политиков. В некоторых странах граждане практически не контролируют политиков. Даже при хорошо функционирующей избирательной системе бедное население не в состоянии воздействовать на политиков сферы предоставления государственных услуг: у них может быть недостаточно информации об их качестве (и политики это знают); они могут голосовать в соответствии с национальной или идеологической традицией, не уделяя внимания роли государственных услуг в оценке политиков; они могут не верить кандидатам, обещающим улучшение, потому что их срок пребывания в должности слишком короток, чтобы успеть выполнить обещание, и голосовать за кандидатов, предлагающих немедленную денежную помощь и рабочие места.

В результате государственные услуги часто становятся орудием для политической протекции и клиентелизма. Политики раздают фиктивные рабочие места учителям и врачам, строят бесплатные государственные школы и больницы там, где живут их сторонники. Бывший мэр Бостона Джеймс Керли укреплял свои политические позиции, сосредоточивая государственные услуги в ирландских католических районах и обходя районы проживания протестантов, которые в конечном счете были вытеснены в пригороды¹⁵.

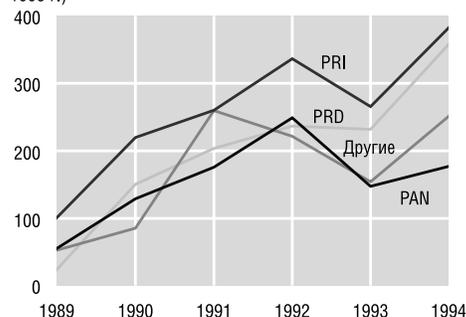
В 1989 г. в Мексике началось осуществление программы сокращения бедности PRONASOL (Национальная программа солидарности), по которой ежегодно 1,2% ВВП выделялось на строительство предприятий водоснабжения, электроэнергетики, питания и образовательных учреждений в бедных районах. Оценка результатов программы за 6 лет показала, что бедность сократилась лишь примерно на

3%. Если бы средства распределялись таким образом, чтобы максимизировать их влияние на бедность, результат мог бы составить 64%. Даже при простом нецелевом распределении средств пропорционально численности населения он был бы равен 13%. Причина стала ясна при рассмотрении политических связей тех регионов, которые получали помощь по программе PRONASOL. Муниципальные образования, где доминировала правящая Институциональная революционная партия (PRI), получили значительно большие трансферты в расчете на душу населения, чем те, которые голосовали за другие партии (рис. 5)¹⁶.

Хорошо функционирующая демократия отнюдь не гарантирует бедным людям доступа к государственным услугам. В то же время некоторые страны с однопартийной системой показали хорошие результаты в области развития здравоохранения и образования, в том числе для бедных. Куба, с ее значительно более низким уровнем доходов, чем такие страны, как Чили или Коста-Рика, имеет одни из лучших показателей социального развития в Латинской Америке. Китай резко снизил коэффициент детской смертности и достиг почти всеобщего начального образования. Но несомненно и то, что в 2002 г. на начальном этапе появления синдрома острого респираторного заболевания информация о нем скрывалась, что сделало

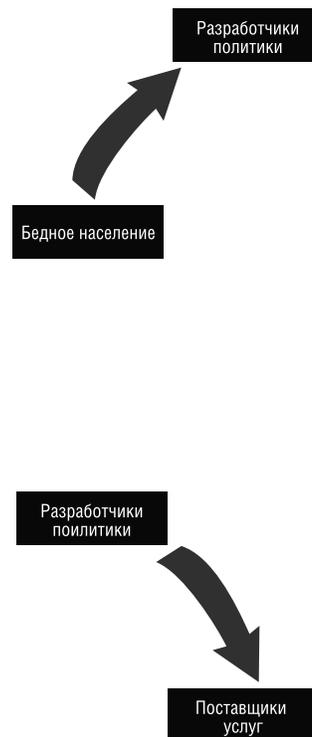
Рисунок 5. Голосовать за PRI выгодно

Расходы по программе PRONASOL в зависимости от партийного состава органов муниципального управления
Средние расходы на душу населения (в песо в реальных ценах 1995 г.)



Примечание: PRI — Институциональная революционная партия; PRD — Партия демократической революции; PAN — Партия национального действия.

Источник: Estéves, Magaloni, and Diaz-Cayeros (2002).



почти неизбежным его дальнейшее распространение. А кубинцы, имевшие высокие показатели в здравоохранении и образовании еще в 1950-е гг., остаются бедными в других областях¹⁷.

Урок, по всей видимости, состоит в том, что связь гражданин—разработчик политики эффективна либо в том случае, когда граждане способны обеспечить подотчетность разработчиков политики применительно к государственным услугам для бедных, либо тогда, когда разработчик политики проявляет заботу о здоровье и образовании бедных людей. Такая политика является «политикой в интересах бедных слоев населения».

Что можно сделать, когда политика осуществляется не в интересах бедных? Местные сообщества могут вводить различные посреднические механизмы с целью повышения подотчетности государственных учреждений. Система общественного формирования бюджета в г. Порту-Алегри (Бразилия) начиналась как форма привлечения граждан к участию в формировании бюджета, а затем переросла в средство обеспечения ответственности муниципальной власти в процессе исполнения бюджета.

Вероятно, наиболее мощным средством, позволяющим сделать голос бедных граждан слышимее при выработке политики, является улучшение информации. Когда правительство Уганды узнало, что только 13% текущего финансирования начального образования доходит до школ, оно организовало газетную кампанию, которая всколыхнула общественность, побудила сами власти принять необходимые меры (теперь эта доля составляет более 80%) и заставила директоров школ использовать выделенные им средства по назначению.

Средства массовой информации могут многое сделать в области информирования о государственных услугах. В Индии увеличение тиражей местных газет в регионах связывается с улучшением деятельности местных органов власти по распределению продовольствия и облегчению последствий засухи¹⁸. Чем больше людей умеют читать, тем больше влияние прессы. В индийском штате Керала сформировался своего рода механизм обратной связи: повышение грамотности способствовало улучшению государственных услуг, кото-

рое, в свою очередь, создавало условия для дальнейшего повышения грамотности¹⁹.

Впрочем, одной информации недостаточно. Люди должны также иметь в своем распоряжении правовые, политические и экономические рычаги доведения своих требований до органов власти. Граждане индийского штата Уттар-Прадеш знают, что деятельность органов власти в области предоставления услуг пребывает в жалком состоянии, и понимают, что об этом известно всем. Тем не менее большинство из них не располагает возможностью выразить недовольство²⁰.

Разработчики политики и поставщики услуг — укрепление контрактных отношений

Усиление механизмов гласности может вызвать у разработчиков политики желание улучшить предоставление услуг бедному населению. Однако у них может не быть возможности сделать это. Политики, имеющие благие намерения, зачастую не в состоянии предложить стимулы и осуществлять контроль с тем, чтобы обеспечить обслуживание поставщиками услуг бедного населения. Абсентеизм учителей, грубое обращение с пациентами, расхищение лекарств — все это симптомы одной и той же проблемы.

Даже в частном секторе, где стимулы, казалось бы, действуют более эффективно, положение ненамного лучше — по той причине, что частные рынки услуг не являются основным и единственным решением проблемы. Услуги частных поставщиков услуг также не доходят до бедных. Слабость правового регулирования ведет к низкому качеству медицинского обслуживания в частном секторе Индии. Неэффективная приватизация провоцирует беспорядки на улицах Кочабамбы.

В бывшем Советском Союзе государственный и партийный контроль над поставщиками услуг обеспечивал соответствие бесплатного обслуживания установленным стандартам. Услуги работали, а уровень здравоохранения, особенно в республиках Центральной Азии, был значительно выше, чем в других странах с аналогичным уровнем доходов. Но распад Советского Союза ослабил государственный контроль, и услуги здравоохранения и образования оказались в кризисном состоянии.



Решение проблемы требует принципиального, а иногда и фактического, отделения разработчика политики от поставщика услуг и рассмотрения отношений между ними как договорных. Поставщик услуг соглашается предоставлять услугу и получать взамен вознаграждение или наказание в зависимости от результатов. Такие договорные отношения могут существовать в виде прямого контракта, заключаемого с частной или некоммерческой организацией либо между органами власти различных уровней, как, например, в Йоханнесбурге (Южно-Африканская Республика)²¹. Они также могут иметь непрямую форму, как, например, при заключении договора о найме государственных служащих.

Отделение разработчика политики от поставщика услуг — непростая задача, так как ей могут противодействовать те, кому выгодно отсутствие такого отделения. Профессиональные объединения учителей в штате Уттар-Прадеш (Индия) заблокировали попытку передачи функций найма, увольнения учителей и контроля посещаемости школ органам сельского самоуправления — панчиятам. В то же время в Бразилии медицинские специалисты участвовали в национальной коалиции, готовившей план реформы системы здравоохранения и создания муниципальных советов по здравоохранению²². Отделение, как правило, происходит под влиянием финансового кризиса (пример Йоханнесбурга), важных политических изменений (децентрализация в Латинской Америке) или исторических традиций (государственное регулирование водоснабжения в Нидерландах).

Даже при условии отделения разработчика политики от поставщика услуг договор между ними не должен пониматься слишком буквально. Трудно точно определить обязанности школьного учителя на каждый момент времени. Чрезмерная детализация может вести к негибкости. Парижские шофера такси, чтобы выразить свое отношение к чрезмерному регулированию, время от времени педантично соблюдают все Правила дорожного движения — это приводит к тому, что скорость движения во французской столице становится черепашей.²³

Поскольку контракт не может быть предельно детализирован, разработчики

политики ищут другие способы, чтобы побудить поставщиков услуг повернуться лицом к бедным. Один из таких способов заключается в том, чтобы выбирать поставщиков услуг, обладающих внутренней мотивацией к обслуживанию бедных. Исследование, проведенное в Уганде, показало, что поставщики услуг, работающие в составе религиозных организаций, получают на 28% меньше, чем работники государственных и частных коммерческих организаций, и при этом обеспечивают значительно более высокое качество услуг по сравнению с государственным сектором²⁴. Другой способ состоит в усилении стимулов к обслуживанию бедных или работе в районах, не охваченных услугами. Но, как показало исследование, проведенное в Индонезии, чтобы заставить врачей переехать, например, в Западное Папуа (где количество вакансий составляет 60%), понадобилось бы увеличить размер их заработной платы в несколько раз²⁵. Третий способ — организация торгов и использование конкуренции в качестве инструмента мониторинга и дисциплинирования поставщиков услуг. С помощью такого механизма осуществляется предоставление концессий в сфере водоснабжения во многих странах. Недавно в индийском штате Мадхья-Прадеш был введен новый порядок, дающий возможность НПО участвовать в конкурсах на предоставление подрядов в области начального школьного образования; при этом стоимость контракта зависит от результатов независимого тестирования.

Важнейшим элементом в отношениях между разработчиком политики и поставщиком услуг, как и между гражданином и политиком, является информация. Разработчик политики может конкретизировать условия контракта лишь на основе доступной ему информации. Необходимы соответствующие механизмы, обеспечивающие предоставление информации и мониторинг поставщиков услуг. Важную роль здесь может сыграть внедрение новых информационных технологий²⁶.

Столь же эффективным может оказаться использование оригинальных творческих методов. Когда в бразильском штате Сеара проводился наем персонала окружных медицинских работников, ад-

министрация разослала список кандидатов, выдерживающих конкурс, тем претендентам, которые не были отобраны, предложив им сообщать о проблемах, возникающих в работе медицинских учреждений. В общем виде схемы стимулирования, основанные на результатах, требуют тщательной оценки программ, дающей возможность разработчику политики разобратся в их сильных и слабых сторонах. Информация, основанная на оценке, не только обеспечивает мониторинг поставщиков услуг, но и дает возможность всему обществу знать положение дел в области предоставления услуг.

Потребители и поставщики услуг — больше выбора, больше участия

Поскольку укрепление длинного пути обеспечения подотчетности связано с трудностями, более тщательного рассмотрения заслуживает краткий путь отношения — между потребителем и поставщиком услуг. Нет сомнения в том, что эти отношения разорваны для сотен миллионов бедных людей. Различные исследования («Голоса неимущих» и другие) указывали на беспомощность бедняков перед поставщиками услуг: на медицинских сестер, избивающих матерей во время родов, на врачей, отказывающихся лечить пациентов низшей касты²⁷. В отличие от большинства частных поставщиков услуг, государственные компании водоснабжения, финансируемые из бюджета, часто пренебрегают своими потребителями. Все это — не что иное, как симптомы более существенной проблемы: многие организационные формы обслуживания игнорируют роль потребителей, особенно бедных, в повышении эффективности услуг.

Потребители могут играть двоякую роль в улучшении обслуживания. Во-первых, они способны помочь адаптировать к своим запросам многие виды услуг, фактическую потребность в которых определить заранее невозможно. В некоторых районах Пакистана девочки охотнее посещают школу, если учитель — женщина. Огромный эффект на посещаемость школ оказало строительство отдельных туалетов для девочек. Когда часы работы медицинских учреждений более удобны для фермеров, число посетителей возрастает.

Во-вторых, потребители, находясь ближе всех к месту предоставления услуг, могут выполнять функцию эффективных контролеров. Основное преимущество программы Educos состоит в еженедельных посещениях школ представителями местных наблюдательных советов. Каждый такой визит сокращал абсентеизм учащихся (причиной которого являлся абсентеизм учителей) на 3%²⁸.

Как усилить роль потребителя в качестве индикаторов спроса и инструментов мониторинга поставщиков? Путем расширения возможностей выбора и участия бедных в предоставлении услуг. Если потребители имеют возможность выбора среди поставщиков услуг, они проявляют свой спрос, «голосуя ногами». Пациенты-женщины, чувствуя себя более комфортно с врачами-женщинами, могут воспользоваться этим выбором. Конкуренция, создаваемая выбором потребителя, дисциплинирует поставщика услуг. Врач может отказаться лечить больного из низшей касты, но если его оплата зависит от количества принятых пациентов, он будет обеспокоен, когда приемная окажется пустой. Финансирование школ с учетом численности учеников (или учениц) создает конкуренцию между образовательными учреждениями за привлечение учащихся, а для последних расширяет возможности выбора.

Программы школьных ваучеров, подобные тем, какие существуют в Бангладеш, Колумбии, Кот-д'Ивуаре, Чешской Республике и Чили, четко направлены на улучшение качества обучения за счет расширения выбора для родителей. Однако результаты их применения неоднозначны. В некоторых группах учащихся успеваемость повысилась, но по отношению к бедным их последствия сомнительны, поскольку универсальные ваучерные схемы способствуют росту дифференциации — более богатые ученики сосредотачиваются в частных школах²⁹. Результаты лучше, когда ваучерная схема применяется только по отношению к бедным или другим группам, находящимся в невыгодном положении³⁰. Результатами программы, действующей в Колумбии, стали снижение числа переэкзаменовок, улучшение показателя успеваемости по стандартным тестам среди охваченных ею уче-

ников — с большим эффектом для девочек, чем для мальчиков³¹. Даже применительно к условиям сетевых систем, таких как городские водопроводы, возможно предоставление выбора для бедных путем создания независимых поставщиков услуг, введения гибких стандартов обслуживания (например, нормы базового потребления) и т. п.

При отсутствии выбора поставщиков услуг аналогичные результаты могут быть достигнуты за счет расширения участия бедняков в процессе оказания услуг, например, предоставления им возможности контролировать и дисциплинировать поставщика услуг. Присутствуя при выполнении услуги, потребители могут выступать в роли контролеров, для чего, однако, им нужны соответствующие стимулы.

В Бангладеш благодаря снижению импортных тарифов домашние хозяйства получили возможность покупать трубы и оборудовать колодцы для отвода грунтовой воды пригодной для питья из неглубоких водоносных слоев. К сожалению, никто не позаботился о контроле за качеством этого общественного товара, поэтому содержащийся в воде мышьяк не был вовремя обнаружен. Если цена вопроса достаточно высока, местные сообщества улавливают суть проблемы. Когда правительство Замбии создало дорожный фонд, финансируемый за счет платы, взимаемой с грузового транспорта, водители грузовиков обеспечили охрану мостов, следя за тем, чтобы на них не въезжал перегруженный транспорт. Конечно, такие платежи или плата за пользование сокращают объем спроса и не должны применяться, когда факторы спроса перевешивают рост предложения, как в случае с начальным образованием. Однако в сфере водо- и электроснабжения, а также других видов услуг, преимуществами которых пользуется в первую очередь потребитель, взимание платы за обслуживание имеет еще и то преимущество, что повышает заинтересованность потребителя в контроле поставщика услуг. Фермеры в штате Андхра-Прадеш (Индия), считают, что когда они платят за воду, департамент ирригации становится более ответственным перед ними. По словам одного из фермеров, «мы не позволим

государству снова давать нам бесплатную воду»³².

Организации-доноры и получатели— усиление подотчетности, а не подрыв ее

Улучшение результатов обслуживания бедного населения требует укрепления трех звеньев взаимоотношений — между потребителем и поставщиком услуг, между гражданином и разработчиком политики и между разработчиком политики и поставщиком услуг. Организации-доноры, стремясь улучшить обслуживание бедных, часто игнорируют одно или несколько этих звеньев. Типичная форма предоставления помощи — проект — часто реализуется сторонней организацией вне рамок «общественного договора» и минует связи между разработчиками политики и поставщиками услуг. Проект, как правило, финансируется с помощью целевых средств, находящихся в доверительном управлении согласно поручению организации-донора. Подобные инициативы со стороны организаций-доноров, в том числе глобальные «фонды», игнорируют взаимоотношения между гражданами и разработчиками политики в вопросах, касающихся бюджета. Безусловно, идти в обход существующих отношений необходимо, если они дисфункциональны. Однако случаи, когда преимущества таких действий перевешивают издержки, вовсе не так многочисленны, как могло бы показаться.

Сознавая разрыв между целями и средствами, некоторые организации-доноры и получатели стремятся использовать иностранную помощь не для ослабления, а для укрепления связей в цепочке предоставления услуг. Один из подходов состоит в объединении донорской помощи с бюджетом получателя и использовании механизма последнего. В Уганде вся финансовая помощь, предоставляемая Великобританией, Германией, Ирландией, Нидерландами, Норвегией и Всемирным банком, в результате процесса многосторонней координации становится частью государственного бюджета страны.

Другой подход состоит в объединении организациями-донорами предоставляемой ими помощи в единый «котел» и согласовании с правительством общих стандартов доверительного управления. Ша-





гом в этом направлении является отраслевой подход, применяемый в отношении здравоохранения, образования, транспорта и др. Вероятно, наиболее эффективна помощь организаций-доноров в генерировании знаний. Примерами могут служить финансируемые организациями-донорами исследования результативности предоставления услуг или объединение ресурсов технической помощи на уровне проектов (как в финансируемой многими организациями-донорами Программе по водоснабжению и канализации). Хотя знания, необходимые для расширения масштабов деятельности по предоставлению услуг, накапливаются на локальном уровне, они представляют собой глобальный общественный товар, т. е. именно то, что призвано финансировать помощь.

Чего не следует делать

Представленная выше картина сложности, с которыми сталкивается предоставление услуг государственным сектором, может подвести к мысли о том, что правительству следует вообще устраниваться и предоставить все частному сектору. Однако такой вывод был бы неверным. Если все пустить на самотек, то люди не смогут обеспечить тот уровень образования и здравоохранения, который соответствовал бы их коллективным желаниям (см. вставку 2). Это справедливо не только с теоретической точки зрения; практика показывает, что ни одна страна не достигла существенного улучшения показателей детской смертности и начального образования без участия государства. Более того, как отмечалось выше, роль частного сектора или неправительственных организаций в развитии здравоохранения, образования и инфраструктуры не свободна от проблем, особенно в том, что касается обслуживания бедных. Крайняя позиция в данном вопросе, безусловно, нежелательна.

Некоторые организации-доноры также придерживаются позиции «отдать-все-частный-сектор». Если государственные службы столь плохи, говорят они, зачем увеличивать помощь государству? Однако эта позиция тоже неверна. Как показали многие исследования, помощь продуктивна в странах, проводящих эффективную политику, располагающих эффективными

институтами и уделяющих внимание совершенствованию этой политики и институтов³³. Реформы, рассматриваемые в настоящем Докладе (и предлагаемые странам-получателям помощи и агентствам по развитию) могут еще более повысить продуктивность помощи. При улучшении политики и институтов помощь должна не сокращаться, а увеличиваться, с тем чтобы решить общую задачу сокращения бедности, как это сформулировано в «Целях ООН в области развития на пороге нового тысячелетия».

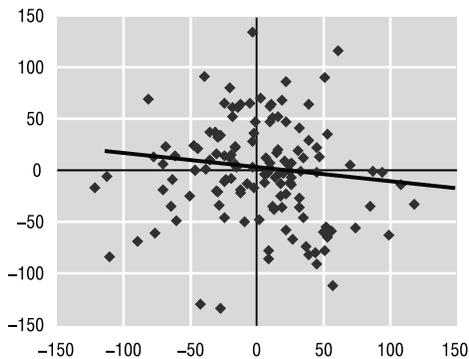
В то же время простое увеличение государственных расходов без мероприятий по повышению их эффективности не принесет существенных выгод. В различных странах производительность государственных расходов значительно различается. Эфиопия и Малави тратят на развитие начального образования примерно одинаковые суммы в расчете на душу населения, но результаты этого весьма различны. Перу и Таиланд тратят разные суммы, но результат один и тот же.

В среднем взаимосвязь между государственными расходами на здравоохранение и образование и итоговыми показателями либо слаба, либо вообще отсутствует. Простая диаграмма рассеяния расходов и результатов обнаруживает четкую линию со значительным наклоном, поскольку более богатые страны тратят больше и имеют лучшие результаты. Однако с учетом дохода на душу населения статистически значимая связь между государственными расходами на здравоохранение и коэффициентом смертности детей в возрасте до 5 лет отсутствует (рис. 6). Это не удивительно: большая часть государственных расходов на здравоохранение и образование достается не бедным, значительная их часть не доходит до непосредственных поставщиков услуг, а поставщики услуг не имеют достаточных стимулов для эффективного обслуживания.

К подходу, основанному на простом увеличении государственных расходов, примыкает подход, требующий увеличения иностранной помощи без сопутствующих мер по повышению ее эффективности. Он столь же ошибочен, что и предыдущие, однако по несколько иной причине. В ряде случаев способы предоставления иностранной помощи скорее

Рисунок 6. Увеличения государственных расходов недостаточно

Коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет в 2000 г*



* Государственные расходы и детская смертность показаны как процентное отклонение от показателей, прогнозируемых в соответствии с уровнем ВВП на душу населения.
Примечание: Для представленной линии регрессии коэффициент равен $-0,148$, а t -статистика — $1,45$.
Источник: ВВП на душу населения и государственные расходы — База данных о показателях мирового развития; смертность среди детей в возрасте до 5 лет — ЮНИСЕФ.

разрушают, чем укрепляют систему предоставления услуг в стране-получателе, и тем самым снижают производительность государственных расходов в среднесрочном аспекте.

Наконец, разочаровывающие результаты в сфере здравоохранения и образования, особенно в том, что касается бедных, могут провоцировать появление технических решений, направленных на лежащие на поверхности причины, лежащие на поверхности. Почему бы не дать детям дополнительно витамин А или антигельминтное средство, или не улучшить подготовку учителей? Почему бы не разработать «минимальный пакет» медицинских мероприятий для каждого? Хотя такие мероприятия могут быть полезными, но рекомендовать только их значит игнорировать фундаментальные институциональные проблемы, которые прежде всего воспрепятствуют их осуществлению³⁴. Отсутствие знаний о правильных технических решениях обычно не является непреодолимым препятствием. Что действительно необходимо — так это набор институциональных механизмов, которые обеспечат разработчиков политики, поставщиков услуг и граждан стимулами к реализации решений и их адаптации к местным условиям.

Что можно сделать?

Многообразный опыт применения традиционных и инновационных способов предоставления услуг ясно показывает, что никакое единственное решение не подходит для всех видов услуг и всех стран. Объяснением служит схема взаимоотношений подотчетности. В условиях различных секторов и стран требуют укрепления различные звенья этих взаимоотношений. Так, в сфере образования наибольшую отдачу может принести усиление связи потребитель—поставщик услуг (примеры — ваучерная система в Колумбии, стипендии для девочек в Бангладеш). Но, например, при проведении мероприятий по вакцинации могут возникать иные задачи.

Кроме того, бедные зачастую скованы в своих возможностях всей системой функциональных нарушений в цепочке предоставления услуг. Повышение эффективности лишь одного ее звена, как правило, не дает положительного результата, более того, оно может быть контрпродуктивным при наличии серьезных проблем в других звеньях. Так, в области водоснабжения или лечебно-медицинского обслуживания укрепление связи разработчик политики — поставщик услуг может заставить поставщиков услуг усилить внимание к запросам тех, кто стоит над ними, а вовсе не неимущих потребителей. Расчет на усиление роли групп потребителей организаций, часто щедро финансируемых организациями-донорами, может воспрепятствовать развитию подлинно демократического управления на местах. Наконец, страны, а также регионы внутри стран существенно отличаются друг от друга с точки зрения условий, определяющих результативность нововведений в сфере услуг. Государство, неспособное выполнять свои функции, погрязшее в конфликтах, при недостаточности ресурсов и слабости институтов может проводить лишь очень ограниченные мероприятия. В странах, охваченных эпидемией ВИЧ/СПИДа, необходимы как краткосрочные, так и долгосрочные мероприятия по адаптации систем предоставления услуг.

Означает ли это невозможность выработки общих принципов повышения эффективности услуг для бедных? Нет. Рас-

смотренный в настоящем Докладе опыт указывает на целый ряд решений, каждое из которых удовлетворяет определенным характеристикам вида услуг и условиям страны или региона. Если один «размер» не подходит ко всем фигурам, то, может быть, подойдут восемь «размеров». Возможно, что и восьми вариантов слишком мало, однако некоторые из них могут быть подогнаны благодаря изменению размера корсажа.

Чтобы получить эти восемь размеров, нужно ответить на серию вопросов.

Политика в интересах бедных слоев населения или клиентелистская политика?

В какой мере политическая система страны ориентирована на предоставление государственных услуг бедным и в какой мере она страдает от клиентелистской политики и коррупции? Для внешнего участника процесса предоставления услуг, в том числе для организации-донора, это самый трудный для решения вопрос: тот, кто получает помощь, может оказаться источником проблемы. А политика не меняется за один день.

Даже если политика не является «политикой в интересах бедных слоев населения», а скорее страдает клиентелизмом, возможно применение по крайней мере трех направлений политических мероприятий.

- Первое — выбор уровня власти, ответственного за предоставление услуг. Возможности различных звеньев государственного управления, как и характер политического патроната в каждой стране имеют свои особенности. Организационные формы предоставления услуг должны строиться с учетом этих особенностей.
- Во-вторых, если политики извлекают политический капитал из бесплатных государственных услуг и делятся им со своими приближенными клиентами, пользу для бедных могут принести такие организационные формы, которые уменьшают этот капитал. К подобным формам относятся, в частности, введение прозрачных и понятных обществу правил распределения ресурсов, таких, как гранты школам в зависи-

мости от числа учащихся или сопровождающиеся определенными условиями субсидии домашним хозяйствам (пример — программа Progesa). В некоторых случаях в рамках таких мероприятий может вводиться плата за услуги, ограничивающая масштабы распределительных решений, принимаемых политиками. Энергетический сектор Индии, имеющий сетевую структуру, управлялся государством (и следовательно, в нем отсутствовала конкуренция). Однако значительные льготы, получаемые за счет субсидирования потребления электроэнергии, доставались людям отнюдь не бедным — и при этом в рамках парламентской демократии. Возможно, что единственным способом улучшения электроэнергетического обслуживания бедного населения является сокращение масштабов данного явления путем повышения тарифов на электроэнергию или приватизации электроэнергетического сектора, даже если это нарушает принципы справедливости, которые уже нарушены существующей системой.

- В-третьих, мощным средством преодоления клиентелистской политики является улучшение информации, повышающей осведомленность граждан относительно распределения средств в секторе услуг, реального положения дел в области обслуживания, поведения разработчиков политики и поставщиков услуг. В этой связи невозможно переоценить роль свободной и активной прессы, повышения уровня общественных контактов и обсуждений.

Однородная или неоднородная структура потребителей?

Ответ на этот вопрос зависит от вида услуг. Учащиеся, имеющие инвалидность, предъявляют особые требования к качеству обучения, но не к процедуре вакцинации от болезни. Степень однородности определяется также региональными или местными предпочтениями. Ходит ли девочка в школу или нет, может зависеть от того, есть ли в школе отдельные мужские и женские туалеты. Коль скоро имеют значение местные предпочтения, деревня должна иметь свой голос при разработке проекта. Однородные в прошлом общест-

ва, как например, в Швеции и Норвегии, меняются в связи с ростом иммиграции. Они предоставляют больше полномочий местным общинам в вопросах адаптации системы обучения к лингвистическим способностям своих членов.

Чем больше люди различаются по своим запросам, тем больше пользы от децентрализации решений. В экстремальном случае — когда значение имеют индивидуальные предпочтения — верное решение связано с индивидуальным выбором услуги (если существует возможность конкуренции) и такими инструментами, как денежные субсидии, ваучеры или платежи школам или поставщикам медицинских услуг, производимые из расчета численности учащихся. В случае, когда имеются общепринятые предпочтения, как например в системе образования, или существует проблема «кражи» услуг несанкционированными пользователями (например, в сфере водоснабжения и канализации), целесообразна передача прав принятия решений местной общине. В этом случае правильная политика будет состоять в децентрализации принятия решений на уровне местных органов власти либо — с учетом политических реалий — местной общественности (например в отношении социальных инвестиционных фондов) и группам потребителей (таким как школьные родительские комитеты).

Легко или трудно осуществлять мониторинг?

Услуги различаются в зависимости от сложности мониторинга их результатов. Степень этой сложности зависит от вида услуг и от институциональных возможностей правительства осуществлять мониторинг. На одном из полюсов — услуги учителя в классе или врача в больнице. Оба вида деятельности предполагают высокую степень свободы действий со стороны поставщика услуг и сложны для наблюдения. Врач располагает значительно большей свободой действий при лечении больного, чем электрик, подключающий электрическую сеть. Не всегда легко оценить высококвалифицированную и качественную работу учителя или врача. Можно тестировать учащихся, но результаты тестов мало говорят о способностях или

усердии учителя, поскольку они в не меньшей степени зависят от социально-экономического положения учащихся или вовлеченности родителей. Легче контролировать вакцинацию или чистоту туалетов — по наблюдаемым количественным показателям.

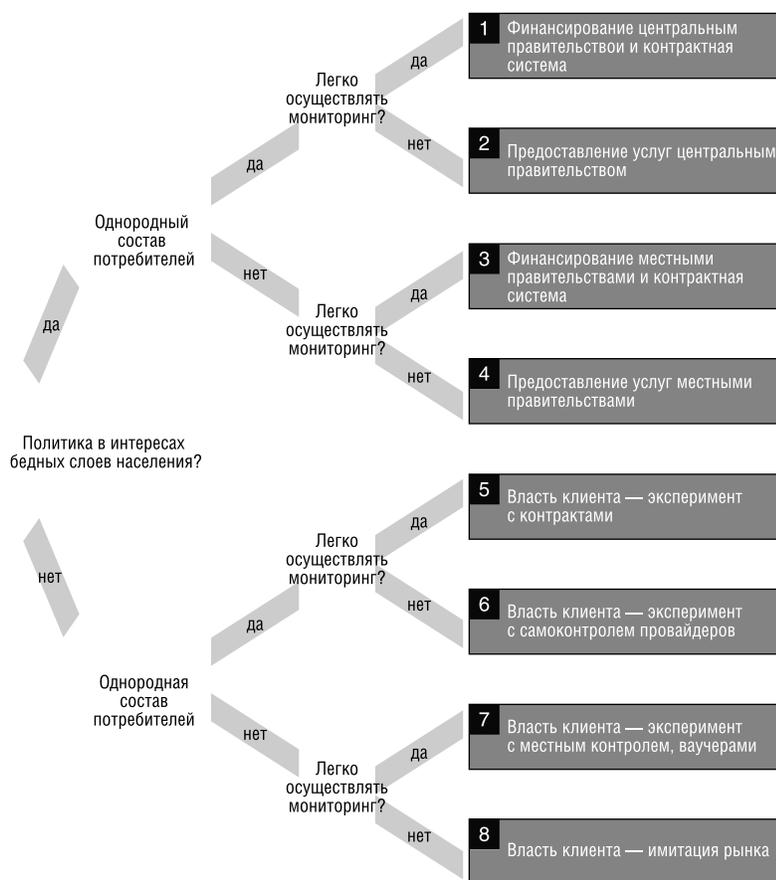
Безусловно, важно, кто именно осуществляет мониторинг. Родителям легче видеть, присутствует ли учитель на уроке и что изучают их дети, чем какому-либо центральному ведомству по образованию. Мониторинг определенных видов услуг может быть улучшен с помощью более совершенных управленческих информационных систем и применения информационных технологий на уровне государственного управления. Затраты на мониторинг могут быть снижены за счет обоснованного выбора поставщиков услуг, например некоторых неправительственных организаций, которым можно доверять без формального мониторинга. Короче говоря, сложность мониторинга не является постоянной величиной, она может изменяться во времени и под воздействием политики.

Восемь «размеров», подходящих всем

Теперь рассмотрим различные сочетания указанных характеристик, что даст нам возможность видеть, какие формы организации предоставления услуг соответствуют тем или иным условиям, и какие нет (рис. 7). Разумеется, ни одна из этих характеристик не может быть выделена в чистом виде, поскольку все разнообразие стран и видов услуг представляет собой континуум. Но и в этом случае выделение и группировка очевидных характеристик и анализ их различных комбинаций, т. е. методика, которую можно определить как подход «восемь размеров, подходящих всем», может быть применен к решению рассматриваемой проблемы.

Финансирование центральным правительством и контрактная система (1). При благоприятных политических условиях и наличии консенсуса по поводу того, что должно делать правительство, услуги, не представляющие сложности для мониторинга, такие как проведение вакцинации, могут либо предоставляться государственным сектором, либо финансироваться им и

Рисунок 7. Восемь «размеров», подходящих всем



предоставляться на основе внешнего контракта частным сектором или некоммерческими организациями (пример — центры базового медицинского обслуживания в Камбодже)³⁵. Инфраструктурные услуги могут находиться под управлением национальной компании коммунального обслуживания или предоставляться частным сектором при условии надзора со стороны регулирующих органов.

Обратим внимание на тот факт, что конкретная конфигурация при данном варианте организации носит специфический характер. В настоящее время в развитых странах широко обсуждаются различные реформы, начало которым было положено в Новой Зеландии и которые включают развитие контрактных отношений как между правительством и частным сектором, так и между отраслевыми министерствами и функциональными министерствами. В основе реформ, проводи-

мых в Новой Зеландии, лежат высококоразвитый государственный сектор, передовые управленческие информационные системы и вспомогательные институты, в том числе правовая система, обеспечивающая надзор за соблюдением контрактов. Такие условия повышают «контролируемость» услуг, приближая фактические результаты к обозначенным в контракте.

Во многих развивающихся странах такие предварительные условия отсутствуют, поэтому подобные образцы реформ не могут применяться механически³⁶. Если эффективная правовая система еще не создана и в государственной службе процветает взяточничество (как форма клиентелистской политики), контракты с частным сектором могут стать главным источником коррупции. Очевидно, что в этих странах правительство должно быть в еще большей степени ориентировано на конечные результаты, что означает не мелочную опеку над нормально функционирующей системой, а обеспечение масштабных улучшений в обслуживании и усиление информированности.

Предоставление услуг центральным правительством (2). Если мониторинг услуг, составление формальных контрактов и обеспечение их выполнения сопряжены с трудностями, но проводимая политика является «политикой в интересах бедных слоев населения» и состав потребителей однороден, то наилучшей системой предоставления услуг является традиционный централизованный государственный сектор. Одним из лучших примеров может служить французская система образования с ее централизованным управлением унифицированными услугами³⁷. Однако многие страны попадают в ловушку, считая, что трудности проведения мониторинга являются достаточным основанием для того, чтобы возложить ответственность за предоставление услуг на правительство. Если состав учащихся неоднороден и политика, проводимая в стране, не нацелена на интересы бедных слоев населения, правительственный контроль над системой образования, исключая участие учащихся, родителей и местной общественности, может поставить бедных в еще худшее положение.

Финансирование местными органами власти и контрактная система (3). В условиях неоднородных предпочтений в предоставлении услуг должны вовлекаться местные правительства. Если политика на местном уровне является «политикой в интересах бедных слоев населения» (а на национальном уровне — нет), местные правительства могут быть более надежными источниками финансирования, и наоборот. Услуги, легко поддающиеся мониторингу, например, водо- и электроснабжение, могут предоставляться по контрактам с государственными или частными компаниями коммунального обслуживания (как в Йоханнесбурге).

Предоставление услуг местными органами власти (или центральным правительством, имеющим децентрализованную структуру) (4). При сложности мониторинга услуг, например образования (по качеству обслуживания), функции управления могут быть переданы группам родителей при условии, что политика благоприятствует этому (пример — программа Educso). Предоставление потребителям выбора с помощью ваучеров позволяет им выразить свои неоднородные предпочтения. В то же время конкуренция, создаваемая выбором потребителей, может улучшить качество обслуживания (примерами служат чилийская система ваучеров в водоснабжении и ваучерная система предоставления услуг канализации в Бангладеш).

Осуществление прав потребителя (5, 6, 7, 8). Когда финансируемые государством услуги являются объектом узурпации, иначе говоря, имеет место политика «не в интересах бедных», наилучшее решение состоит в как можно большем укреплении прав потребителя услуг. Однако эта задача может оказаться весьма трудной. Даже самые взвешенные ваучерные схемы могут использоваться преимущественно не для бедных. Необходимы прозрачные, основанные на четких правилах программы, подобные мексиканской Progreso, чтобы затруднить скрытое присвоение их выгод более богатым классом.

В таких сферах общественных услуг, как водо- и электроснабжение, правительство осуществляет меры по регулирова-

нию деятельности монополий и защите бедных. И причина здесь не в наличии значительных внешних эффектов. Отделение разработчика политики от поставщика услуг и наделение последнего подотчетностью по отношению к клиенту с помощью ценового механизма может укрепить права потребителя и привести к лучшим результатам. Бедные люди могут быть защищены от высоких цен, если оплата услуг растет пропорционально объему потребления (при минимальном бесплатном уровне). Предоставление мелким независимым поставщикам услуг водоснабжения возможности конкурировать с локальной монополией также может дисциплинировать рынок и способствовать снижению цен.

Однако механизм цен без сопровождающих его субсидий или трансфертов для бедных слоев населения не может использоваться в целях укрепления прав потребителя в сфере образования из-за присутствия внешних эффектов. Здесь рыночное распределение ресурсов не в интересах общества. Это же относится к сфере медицинского обслуживания, например при проведении вакцинации. При лечебном медицинском обслуживании асимметрия информации между потребителем и поставщиком услуг делает укрепление прав потребителя проблематичным. Добиться лучшего решения проблемы можно с помощью улучшения информации (распространяемой, например, некоммерческими организациями) о профилактическом медицинском обслуживании или относительно выбора поставщика услуг. В экстремальном случае может оказаться, что эффективно обслуживать бедные слои населения этими видами услуг способны только местные общественные группы или благотворительные организации³⁸.

Данные формы организации обслуживания имеют целью сбалансировать проблемы, возникающие на «длинном пути» подотчетности (выражающиеся в клиентелистской политике, сложности проведения мониторинга), с помощью «короткого пути». Причины, по которым общества выбирают «длинный путь», связаны с недостатками рыночных механизмов или с нарушениями справедливости, делающими традиционный «короткий путь» — права потребителя над постав-

щиком услуг — непригодным. Но и «неудачи власти», связанные с «длинным путем», могут быть столь серьезны, что в некоторых случаях рыночные решения оказываются реально более выгодными для бедных слоев населения.

Восемь размеров, подходящих всем с последующей подгонкой

Описанная выше схема является упрощенной. В нее не включены по крайней мере два фактора.

Государство не выполняет свои функции.

Страны, в которых государство находится в состоянии банкротства (часто сопровождаемом вооруженным конфликтом), нуждаются в организации предоставления услуг, отличной от ситуации сильного государства. Удельный вес учащихся начальной школы и в Сенегале, и в Демократической Республике Конго составляет около 40%. В условиях стабильной демократии реформы образования в Сенегале, в том числе направленные на укрепление связи потребитель—поставщик услуг (а также и связи разработчик политики—поставщик услуг), осуществляются органами власти. В Демократической Республике Конго, существенно ослабленной конфликтом, улучшение образования требует нахождения путей расширения полномочий местных общин, даже если такие пути будут означать обход государственных ведомств в кратко- и среднесрочной перспективе. Примерами служат социальные фонды и приоритет интересов местных общин, которые могут быть эффективным средством улучшения конечных результатов. При этом, однако, не следует забывать об их возможностях с точки зрения устойчивости и расширения масштабов деятельности, а также об их влиянии на потенциал местных органов власти, — роль которого сложно переоценить.

История. История страны также может оказывать влияние на успешность тех или иных форм организации предоставления услуг. В Великобритании и Франции вплоть до XIX века системы образования были частными, причем доминирующую роль играла церковь. Государство было заинтересовано в развитии надзорного механизма, следящего за тем, чтобы

образование было не только религиозным. Такой механизм оказался весьма полезным, когда системы образования в этих странах были национализированы. Они продолжали функционировать при строгом надзоре со стороны органов регулирования.

Компании водоснабжения в Нидерландах были основаны как частные, следовательно, их деятельность опиралась на концепцию, рассматривающую воду как экономический товар, и, соответственно, на признание приемлемым взимание платы за нее. Когда система перешла в муниципальную собственность, система ценообразования осталась. Теперь, хотя голландцы не собираются вводить частный сектор в сферу водоснабжения, они уже добились фактического отделения разработчика политики от поставщика услуг. В целом история страны может создавать стимулы для развития определенных институтов, и эти институты играют решающую роль в успехе или провале той или иной формы организации услуг.

Реформы в отдельных секторах сферы услуг

Сделанные выводы позволяют представить некоторый перечень направленных реформ для отдельных секторов сферы общественных услуг. В системе образования, в силу сложности осуществления централизованного контроля за процессом обучения, существует альтернатива между потребностью в централизации управления с целью извлечения выгод в масштабах всего общества (например, достижения социального единства) и потребностью в расширении местного влияния. Эта альтернатива стоит более остро, когда главная проблема заключается в качестве образования, а не в количественном его охвате. В Индонезии централизованная государственная система образования способствовала привлечению детей в школы, но достигла меньших успехов в передаче им ценных умений. Таким образом, чтобы повысить качество образования, реформы должны быть направлены на повышение гласности и усиление участия потребителей, а не на снижение роли централизованного государственного надзора. С практической точки зрения это потребует расширения

ВСТАВКА 3. *Обратите внимание на раздел «В центре внимания»*

В качестве дополнительного материала к пояснениям и конкретным примерам, помещаемым во вставках, в настоящий Доклад включены 11 разделов «в центре внимания», размещенных между главами. В каждом таком материале описаны инновации или опыт предоставления услуг, представляющие особый интерес. Это сделано с целью более подробного и взвешенного их рассмотрения и анализа фактических данных.

участия местных общин в управлении школами и субсидирования бедных слоев населения, повышающего спрос, при сохранении внимания к разработке программ обучения и сертификации образовательных учреждений на общегосударственном уровне.

В сфере здравоохранения государство осуществляет деятельность, связанную с контролем за распространением инфекционных болезней, мониторингом уровня расходов в интересах бедных людей и распространением информации о рациональном питании и здоровом образе жизни. Это различные виды деятельности, однако зачастую они осуществляются в единой организационной форме, такой как централизованная государственная система здравоохранения. Их следует разделить.

- Информация о необходимости мытья рук, грудном вскармливании и питании может распространяться (и даже финансироваться) неправительственными организациями и другими группами. Такая форма обслуживания наиболее эффективна, когда поддерживается местным сообществом.
- Услуги, предоставляемые по программам помощи нуждающимся, такие как проведение вакцинации, могут осуществляться на основе внешних контрактов, но должны финансироваться государством.
- Услуги лечебно-профилактического обслуживания представляют тот случай, когда потребитель имеет наименьшие возможности для мониторинга, но при этом недостатки администрации могут превосходить недостатки рыночных механизмов. Если политика

преследует исключительно интересы богатых, даже государственное финансирование этих услуг (при частных поставщиках услуг) может быть контрпродуктивным для бедных слоев населения. Богатые могут присваивать выгоды этого финансирования, не оставляя бедным бюджетных средств и возможностей для лечения. Укрепление прав потребителя с помощью субсидий, расширяющих спрос, или совместной оплаты может улучшить положение бедных даже при наличии асимметрии информации между потребителем и поставщиком услуг.

В секторах инфраструктуры — водоснабжении, канализации, транспорте, энергетике — причина государственного вмешательства иная, чем в образовании и здравоохранении, иным должна быть и политическая реакция. Основная причина государственного вмешательства в предоставление услуг водо- и энергоснабжения состоит в сетевом характере их структур и, следовательно, в невозможности прямой конкуренции. Еще одна причина состоит в необходимости обеспечения доступа бедных слоев населения к этим видам услуг. Таким образом, роль государства заключается в регулировании и, в некоторых случаях, субсидировании производства и распределения. Предоставление этих услуг самим государственным сектором не дает существенных преимуществ, и это обстоятельство объясняет масштабы приватизации и концессий в сфере водоснабжения и энергетики, развернувшихся в прошедшем десятилетии.

Предоставление услуг должно регулироваться независимо от того, осуществляется оно частной или государственной компанией. От того, кто будет осуществлять регулирование, зависит конечный результат обслуживания. Во всяком случае, если компания государственная, надзорный орган должен быть отделен от поставщика услуг (когда разработчик политики и поставщик услуг неразличимы, такое отделение тем более затруднительно). Ситуация еще хуже, если водо- или энергопотребление субсидируются, поскольку непосредственная выгода, извлекаемая из субсидирования за счет снижения качества услуг по сравнению с рыноч-

ными стандартами, может присваиваться политиками, которые используют ее для установления особых отношений с богатыми, но не с бедными потребителями.

В области канализации ситуация иная, так как частные лица могут переложить бремя своих отходов на соседей. Поэтому субсидии индивидуальным домашним хозяйствам не решают проблему коллективных действий. Вместо этого, предоставление субсидий на уровне общины и наделение местных сообществ полномочиями по их распределению доводит решение проблемы до такого уровня, где внешние эффекты индивидуального поведения могут быть нейтрализованы.

Расширение масштабов деятельности

Каким образом можно расширить масштабы этих реформ, чтобы развивающиеся страны получили шанс осуществить «Цели ООН в области развития на пороге нового тысячелетия»? Во-первых, как указывалось выше, необходимо извлечь выгоду из привлечения дополнительных внутренних и внешних ресурсов. Во-вторых, реформы должны проводиться внутри государственного сектора, отвечающего за доступ бедных людей к основным услугам. Это означает, что реформы в отдельных секторах должны быть увязаны с проводимыми (или возникающими) реформами государственного сектора в таких областях, как управление бюджетом, децентрализация, реформа государственной администрации. Это также означает, что эффективное функционирование государственного сектора является фундаментом реформы в сфере услуг. В том же духе должна проводиться реформа деятельности организаций-доноров, направленная на согласование процедур и расширение бюджетной поддержки, с тем чтобы умножить усилия стран-получателей по улучшению конечных результатов.

В-третьих, постоянной темой данного Доклада является роль информации как стимулятора общественных действий, катализатора изменений и исходного пункта для проведения реформ. Даже в самых консервативных обществах создание и распространение информации может быть ускорено. Обследования качества услуг, проведенные Центром общественных

проблем в Бангалоре, Индия, усилили требования общественности о проведении реформы сферы услуг. Подобные обследования были повторены в 24 штатах Индии. Обследование направлений использования государственных расходов, проведенное в Уганде, и доклад о системе образования в Индии являются такими же примерами.

Помимо обследований, серьезное влияние на продвижение к «Целям ООН в области развития на пороге нового тысячелетия» может оказать проведение широких и систематических оценок предоставления услуг. Оценки, проводимые на основе случайной выборки (как в мексиканской программе Progresa), и другие тщательные обследования дают разработчикам политики и общественности картину реального положения дел. Государство постоянно пробует новые подходы, некоторые из которых оказываются эффективными. Но без систематической оценки программ невозможно определить факторы и причины их успеха или неудачи. За счет систематически проводимой оценки программы Progresa правительство Мексики сумело распространить ее на 20% населения.

Выгоды систематической оценки программ выходят за рамки отдельных программ и стран. Оценки дают возможность разработчикам политики в других странах судить о том, какие меры эффективны, а какие нет. Они представляют глобальный общественный товар, что, может быть, служит объяснением их редкости.³⁹ Если же эти оценки являются глобальным общественным товаром, международное сообщество должно финансировать их. Один из возможных вариантов состоит в том, чтобы 1,5% кредитов Всемирного банка, которые предназначены (но практически не используются) для целей оценки, были защищены таким образом, чтобы эта сумма — около 300 млн долл. в год — могла идти на проведение тщательных оценок проектов и распространение результатов во всем мире.

Помимо создания и распространения информации, тщательного анализа конкретной ситуации требуются и другие направления реформ. Простых средств улучшения обслуживания не существует. Как обучить ребенка или сохранить его жизнь не составляет секрета. Но необходимы ин-

ституты, которые обучают поколение детей и сократят детскую смертность на две трети, а они не возникают за один день. Так же как никакая единственная организационная форма не приведет к желаемым результатам. В различных обстоятельствах могут работать (или не работать) любые формы — от централизованного предоставления услуг государственным сектором при бюджетном финансировании до обслуживания на местном уровне и за счет пользователя.

В настоящем Докладе не предписываются конкретные направления политики или оптимальные институциональные структуры, в нем описаны стимулы, дающие в определенных условиях импульс развитию соответствующих институтов. Децентрализованная структура может не быть оптимальной, но она способна дать местным органам власти стимулы к формированию функции регулирования, которая, в свою очередь, может улучшить услуги водо- и энергоснабжения для бедных слоев населения. Предоставление услуг на базе неправительственных организаций может быть эффективным в среднесрочном аспекте, как например, в сфере образования в Бангладеш. Но создаваемые такой системой стимулы к неучастию государственного сектора в сфере образования значительно затрудняет расширение его масштаба или повышение его качества, что и показывает опыт Бангладеш сегодня. Многие институты идут вразрез с государственными структурами — бюджетным финансированием, межправительственными отношениями, системой гражданской службы — и это еще раз подтверждает вывод о том, что реформа в области предоставления услуг должна быть глубоко увязана с контекстом реформы государственного сектора.

Помимо поиска стимулов для создания требуемых институтов, государство должно проявлять больше внимания к их деятельности. Опыт в области предоставления услуг указывает на важность способов реализации решений. Системы образования

Сингапура и Нигерии (обе страны — бывшие колонии Великобритании) имеют сходные структуры, но на практике их результаты, особенно для бедных людей, в высшей степени различны. Органы власти и организации-доноры при разработке политики часто упускают из вида сложности реализации. Централизованное государственное управление школами может иметь определенные преимущества (например, в достижении социального единства), однако проблемы, встающие перед ним в связи со сложностью мониторинга начального образования столь велики, особенно в условиях неоднородного населения, что государство вынуждено пересмотреть свои функции в области управления образованием. Необходима избирательность, которая означает не просто выбор из возможных вариантов построения системы, но и выбор с точки зрения возможности практического внедрения.

Отсутствие простых решений, необходимость выработки стимулов для оптимального развития институтов, потребность в более реалистичном подходе к проблеме реализации при выборе решений — все это означает, что реформы требуют времени. Даже если известно, что именно нужно делать, сделать это может оказаться совсем не просто. Несмотря на остроту проблемы и комплексный характер причин неудовлетворительного уровня услуг для бедных, быстрые результаты вряд ли достижимы. Многие изменения связаны с фундаментальными сдвигами в системе власти, которые не происходят «за одну ночь». Создание эффективно работающей для бедных слоев населения сферы общественных услуг требует терпения. Но это не значит, что мы должны успокаиваться на достигнутом. Маршал Франции Юбер Лиотей однажды спросил своего садовника, сколько времени нужно дереву, чтобы достичь зрелости. Когда садовник ответил, что на это понадобится 100 лет, маршал Лиотей сказал: «В таком случае посадите его сегодня».

Услуги могут приносить пользу бедным, но часто бывают неэффективны

глава

1

Антония Соуза Лима, мать маленькой Марии и еще семи детей, говорит, что она не в состоянии тратить полтора часа на дорогу пешком или 40 центов на проезд в автобусе, чтобы добраться со своим ослабевшим ребенком до ближайшего медицинского пункта. Казалось, что Марию ожидает судьба 250 тыс. бразильских детей, ежегодно умирающих, не достигнув пятилетнего возраста. Однако в рамках общих усилий, направленных на снижение ужасающего коэффициента детской смертности в стране, местный медицинский работник стал в последнее время посещать дом Лимы еженедельно, чтобы принести Марии раствор для пероральной регидратации и дать советы по уходу за ребенком ее матери, у которой есть телевизор, но нет фильтра для очистки воды. Каждый месяц 7240 участников оздоровительной программы штата Сеарá приходят в дома четырех миллионов жителей страны, в которой доход большинства бедного населения составляет менее 1 долл. в день. Соседка семьи Лима Эрисмар Родригеш ди-Лима внимательно выслушала инструкции по фильтрованию питьевой воды. «Я первая из нашей семьи, кто постоянно получает помощь в предродовой период», — сказала 22-летняя женщина, которая ждет ребенка в июне.

Из газеты «Нью-Йорк таймс»⁴⁰

Я четыре раза в день хожу за водой с 20-литровым глиняным кувшином. Это тяжелая работа!.. Я никогда не посещала школу, потому что должна помочь матери стирать белье, чтобы мы могли заработать достаточно денег. Еще я должна помочь готовить еду, ходить на рынок и покупать продукты, собирать хворост и мусор для кухонного очага. В нашем доме нет туалета. Я моюсь на кухне раз в неделю, по воскресеньям. Одновременно я переодеваюсь в чистую одежду и стираю грязную. Когда мне нужно в туалет, я спускаюсь к реке в овражек позади нашего дома. Обычно я хожу с подругами, когда стемнеет и никто не может нас видеть. Днем я пользуюсь банкой в доме и потом выливаю ее. Если бы я могла изменить свою жизнь, я, конечно, хотела бы ходить в школу и иметь больше одежды.

Элма Касса, 13 летняя девочка из Аддис-Абебы (Эфиопия)⁴¹

Граждане и органы государственной власти способны повысить эффективность услуг, содействующих развитию че-

ловеческого потенциала бедных слоев населения, и во многих случаях им это удается. Но слишком часто именно в отношении бедных предоставление этих услуг не достигает цели, не использует их потенциал с точки зрения улучшения конечных результатов. Часто эти услуги недоступны или непозволительно дороги. Но и в случае доступности они зачастую неэффективны, крайне низкого качества и не отвечают разнообразным потребностям клиентов. К тому же нововведения и оценка результатов, которые должны служить средством повышения эффективности, применяются здесь редко.

Для повышения человеческого благосостояния нужны многие виды услуг, но в данном Докладе рассматриваются те из них, которые непосредственно способствуют улучшению здоровья и просвещения — здравоохранение, народное образование, а также такие услуги инфраструктуры, как водоснабжение, канализация и энергоснабжение. Понятие «услуги» включает то, что происходит в школах, клиниках, больницах, и то, что делают учителя, врачи и медицинские сестры. В это понятие включаются также те способы, с помощью которых новые учебники, лекарства, чистая вода, электроэнергия доходят до бедных слоев населения, а также те средства информации и денежные трансферты, которые непосредственно способствуют улучшению их положения. Все это во многом относится и к другим областям услуг, например, к работе полиции, поэтому Доклад содержит примеры также и из этих областей услуг.

Насколько низким может быть качество услуг? Свидетельства указывают, что оно может быть очень низким. В Адабойе (Гана) бедные говорят, что «дети должны ходить четыре километра до школы, потому что здание деревенской школы не

ремонтровалось и пришло в негодность, во время сезона дождей там учиться нельзя»⁴². В Потреро-Сула (Сальвадор) деревенские жители жалуются, что «медицинский пункт здесь бесполезен, потому что нет врача или сестры, и он открыт только два дня в неделю до полудня»⁴³. В районе Мутаса (Зимбабве) при опросе многие женщины, рожавшие в сельских больницах, ответили, что их били во время родов⁴⁴.

В данной главе на основе свидетельств представителей бедных слоев населения, компилирования информации, поступившей из различных стран, и тщательных исследований приведены иллюстрации различных типов нарушений функционирования услуг — отсутствие прямого доступа к услуге или недоступность из-за недостатка средств, и различные потери качества услуг. Также в главе содержатся примеры эффективной работы сферы услуг для бедных. Извлечение уроков из успехов и понимание причин неудач требует концептуального анализа. Главы 3—6 Доклада посвящены разработке структурной схемы такого анализа, в гла-

вах 7—11 рассматриваются возможные направления реформ и возникающие при этом проблемы.

Результаты для бедных значительно хуже

Насколько плохи результаты? Уровень заболеваемости и смертности высок, а показатели удельного веса учащихся и выпускников школ и уровень их знаний низки — особенно у бедных (вставка 1.1). В Камбодже среди беднейшей пятой части населения коэффициент детской смертности в возрасте до 5 лет составляет 147 на 1 тыс. рождений, в Армении — 63 (рис. 1.1)⁴⁵. Многие дети имеют мало шансов окончить даже начальную школу. В Арабской Республике Египет среди беднейшей пятой части населения в возрасте от 15 до 19 лет только 60% закончили 5 классов начальной школы (рис. 1.2). В Перу лишь 67% молодежи той же группы населения закончили 6-летний цикл начальной школы, хотя начинали учиться почти все. В обеих странах среди богатейшей пятой части почти все взрослое насе-

ВСТАВКА 1.1. Кого считать «бедными людьми»?

Определение «бедных» всегда трудно, так как существует несколько концепций бедности. Пожалуй, наиболее распространено определение, используемое при исследовании стран с низким уровнем доходов: оно основано на уровне потребления в домашних хозяйствах в расчете на одного члена семьи (с поправкой на размер домашнего хозяйства и состав семьи)⁵⁰. «Бедными» считаются люди, живущие в домашних хозяйствах, имеющих уровень потребления в расчете на одного человека ниже определенного минимума, например, 1 или 2 долл. в день, или ниже определенного национального уровня.

Другой подход состоит в распределении населения на группы, например на квинтили (пятые части. — Примеч. ред.), ранжированные в зависимости от уровня потребления. Так, беднейшая квинтиль, или беднейшая пятая часть — это 20% населения, которые живут в домашних хозяйствах с самым низким уровнем потребления.

Многие исследования, включая некоторые из используемых в данном Докладе, не охватывают данные о потреблении, которые трудно собрать. Один из применяемых здесь подходов к распределению населения на квинтили состоит в агрегировании показателей имущества, находящегося в собственности домашних хозяйств, и характеристик жилища в единый индекс и затем в ранжировании домашних хозяйств в соответствии с этим индексом. В тех случаях, когда в Докладе используется данный метод, рассчитанные на его основе квинтили обозначают-

ся как «имущественные», или квинтили «по достатку» (поскольку владение имуществом и условия проживания отражают состоятельность домашних хозяйств)⁵¹.

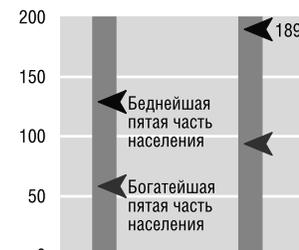
В то же время бедность, определяемая на основе уровня потребления, «достатка» или других показателей, вытекающих из доходов, — не единственное неблагоприятное условие, создающее трудности и снижающее спрос на предоставление услуг. Фактор неравенства мужчин и женщин может исключить женщин из спроса на более качественные услуги как на уровне домашнего хозяйства, так и на уровне общественного спроса. Во многих странах существенными барьерами являются этническая принадлежность или другие социальные факторы. Люди с физическими и умственными недостатками часто не охвачены услугами образования и здравоохранения.

С точки зрения эффективности услуг важен еще более широкий подход к проблеме бедности. Категория «бедных людей» включает лиц, испытывающих любой из многих аспектов бедности, а также подверженных риску бедности, в странах с низким и ниже среднего уровнем доходов⁵². Таким образом, в качестве «бедных» можно рассматривать «рабочий класс», или «proletariat», в Испании или просто всех, кто «не богат». Даже в странах со средним уровнем доходов категория «бедных» включает значительную часть населения, так как многие его представители испытывают на себе последствия недостатков функционирования в сфере общественных услуг.

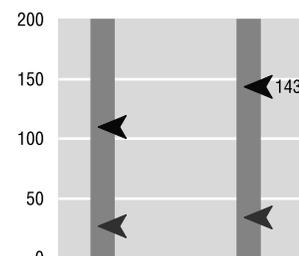
Рисунок 1.1. В бедных домашних хозяйствах детская смертность значительно выше

Кол-во смертей на 1 тыс. живорожденных

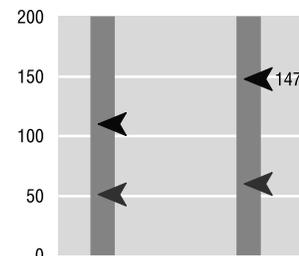
Центральноафриканская Республика, 1994—1995 гг.



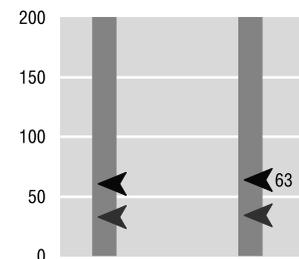
Боливия, 1997 г.



Камбоджа, 2000 г.



Армения, 2000 г.



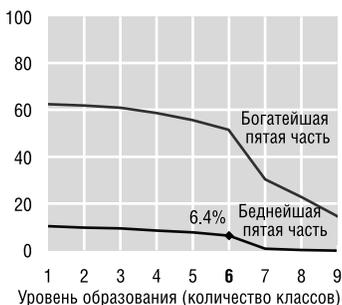
В возрасте до 1 года В возрасте до 5 лет

Примечание: Расчет пятых частей на основе имущественного индекса квинтилей. Источник: Анализ данных докладов о состоянии народонаселения и здравоохранения.

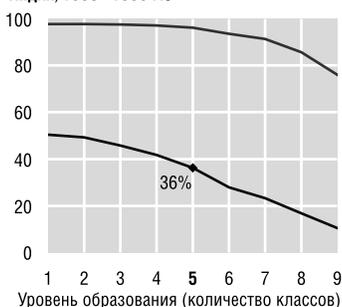
Рисунок 1.2. У бедных меньше возможности начать школьное обучение и больше вероятности бросить его

Доля лиц в возрасте 15—19 лет, закончивших соответствующий уровень обучения или выше, в %

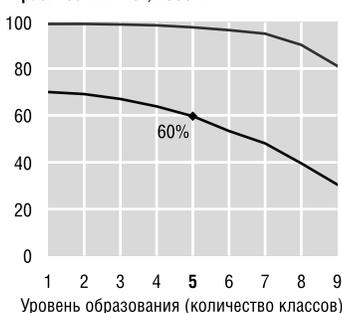
Нигер, 1998 г.



Индия, 1998—1999 гг.



Араб. Респ. Египет, 2000 г.



Перу, 2000 г.



Примечание: Уровень образования, отмеченный точкой, означает окончание цикла начального образования. Расчет пятых частей на основе имущественного индекса квинтилей.

Источник: Анализ данных докладов о состоянии народонаселения и здравоохранения.

ление имеет законченное начальное образование⁴⁶. Эти страны отнюдь не исключение. Во всем мире более 100 млн детей начального школьного возраста не посещают школу⁴⁷. Почти 11 млн детей, т. е. число, примерно равное населению Греции или Мали, умирают, не достигнув пятилетнего возраста⁴⁸.

В большинстве стран имеются значительные различия между богатыми и бедными слоями населения в показателях, характеризующих уровень образования и состояние здоровья. Это не всегда свидетельствует о недостатках в функционировании услуг для бедных, поскольку конечные результаты определяются многими факторами (см. врезку 1.1 в конце главы)⁴⁹. Сравнение показателей по богатым и бедным слоям населения внутри стран позволяет отметить два обстоятельства. Во-первых, оно показывает абсолютно плохие результаты среди бедных, — например, в Боливии в беднейшей квинтиле 143 ребенка из тысячи умирают в возрасте до 5 лет, а в Нигере менее 10% взрослых той же категории населения закончили 6 классов. Во-вторых, внутрискановые сравнения дают представление о возможных показателях, которые уже достигнуты в стране.

Доступ к услугам низок — особенно для бедных слоев населения

Во многих беднейших странах доступ к услугам образовательных и медицинских учреждений, предприятий водоснабжения, канализации, услуг сельского транспорта и другим видам услуг ограничен. Для детей деревни Аберагерема в Папуа—Новой Гвинее ближайшая школа находится в деревне Теапопо в часе езды на катере или в двух часах на каноэ⁵³. Такая ситуация не является необычной: в этой стране час — это среднее время, необходимое, чтобы добраться до ближайшей школы⁵⁴. Различные страны значительно отличаются по доступности услуг, однако в типичном случае бедным людям приходится преодолевать значительные расстояния до медицинского или образовательного учреждения, и зачастую намного большие, чем богатым в той же стране. В сельских районах Нигерии дети из беднейшей квинтилы вынуждены преодолевать в пять

раз большее расстояние до ближайшей начальной школы, чем дети из богатейшей квинтилы, и в семь раз большее до ближайшего медицинского учреждения (табл. 1.1). И преодоление этого расстояния может быть трудным. В деревне Лусикисики (Южно-Африканская Республика) иногда нужно нанимать соседей, чтобы донести больного человека в гору до ближайшей дороги, а в сезон дождей и это становится невозможным⁵⁵.

Более того, в некоторых регионах мира усиливается нехватка обслуживающего персонала. Растут свидетельства того, что СПИД сокращает число потенциальных будущих учителей или специалистов в области медицины (вставка 1.2), а международный рынок труда не способствует удержанию квалифицированного персонала в бедных странах (см. главы 6 и 8).

Охват другими видами услуг также далек от всеобщего. Более миллиарда людей во всем мире не имеют доступа к улучшенным источникам чистой воды и 2,5 млрд — к услугам улучшенной канализации. В Африке только половина сельского населения имеет возможность пользоваться этими видами услуг. В Азии только 30% сельского населения пользуются канализацией⁵⁶. Здесь также имеются существенные различия как между странами, так и внутри стран. В Камбодже 96% богатейшей квинтилы населения и только 21% беднейшей имеют доступ к источникам чистой питьевой воды (рис. 1.3). В Марокко в 1992 г. эти показатели составляли, соответственно, 97% и 11%, в Перу — 98% и 39%⁵⁷.

Нельзя сказать, что эта ситуация безвыходна. Индонезия в середине 1970-х гг. расширила возможности получения начального образования, использовав неожиданный доход от продажи нефти на строительство новых школ и для привлечения новых учителей. В период 1973—1986 гг. количество учащихся начальной школы удвоилось, достигнув 90%, хотя в отношении качества обучения результаты не столь позитивны⁵⁸. Сальвадор после гражданской войны 1980-х гг. добился улучшения в области образования в бедных сельских общинах с помощью институциональных соглашений (см. «В центре внимания. Educos»).

Имеющиеся данные о соотношении между частотой использования услуг и их

Таблица 1.1. Ближайшая школа или медицинский пункт могут быть расположены очень далеко

Среднее расстояние до ближайшего образовательного и медицинского учреждения в сельских районах для беднейших и богатейших квинтилей в 19 развивающихся странах

	Валовой национальный доход	Расстояние до ближайшей начальной школы (км)			Расстояние до ближайшего медицинского пункта (км) на душу населения		
		Беднейший квинтиль	Богатейший квинтиль	Соотношение	Беднейший квинтиль	Богатейший квинтиль	Соотношение
Бангладеш, 1996—1997	374	0,2	0,1	1,6	0,9	0,7	1,3
Бенин, 1996	395	1,5	0,0	—	7,5	2,8	2,7
Боливия, 1993—1994	1004	1,2	0,0	—	11,8	2,0	6,0
Буркина-Фасо, 1992—1993	336	2,9	0,8	3,9	7,8	2,6	3,0
Центральноафриканская Республика, 1994—1995	819	6,7	0,8	8,9	14,7	7,7	1,9
Камерун, 1991	611	2,6	0,7	3,8	7,0	5,4	1,3
Чад, 1998	250	9,9	1,3	7,6	22,9	4,8	4,8
Кот-д'Ивуар, 1994	788	1,4	0,0	—	10,5	3,4	3,1
Доминиканская Респ., 1991	1261	0,6	0,4	1,3	6,3	1,3	5,0
Гаити, 1994—1995	336	2,2	0,3	6,4	8,0	1,1	7,2
Индия, 1998—1999	462	0,5	0,2	2,3	2,5	0,7	3,6
Мадагаскар, 1992	303	0,6	0,3	1,8	15,5	4,7	3,3
Мали, 1995—1996	281	7,9	5,2	1,5	13,6	6,7	2,0
Марокко, 1992	1388	3,7	0,3	13,1	13,5	4,7	2,9
Нигер, 1998	217	2,2	1,5	1,5	26,9	9,7	2,8
Нигерия, 1999	266	1,8	0,3	5,5	11,6	1,6	7,1
Сенегал, 1992—1993	933	3,8	2,3	1,7	12,8	10,0	1,3
Танзания, Объединенная Республика, 1991—1992	224	1,2	0,6	1,9	4,7	3,0	1,6
Уганда, 1995	290	1,4	0,9	1,5	4,7	3,2	1,5
Зимбабве, 1994	753	3,0	3,5	0,8	8,6	6,3	1,4

Примечание: Валовой национальный доход (ВНД) на душу населения приведен по состоянию на дату проведения исследования в долларах 2001 г. Медицинские учреждения включают центры здоровья, диспансеры, больницы, аптеки. Хотя некоторые из этих данных несколько устарели, они являются самыми последними из доступных и сопоставимых. Сегодня ситуация в некоторых странах могла измениться.

Источник: Анализ данных докладов о состоянии народонаселения и здравоохранения.

стоимостью или доходом семьи разнообразны, но для бедных слоев населения более низкие доходы и высокие цены всегда связаны с сокращением потребления⁵⁹. Бедные тратят на услуги значительную часть своих средств: в странах с низким уровнем доходов частные затраты составляют 75% всех затрат на медицинское обслуживание, в странах со средним уровнем доходов — 50%⁶⁰. Эти обобщенные оценки, основанные на официальных источниках, могут быть заниженными и скрывать истинные масштабы бремени, лежащего на бедных. Бедняки часто вынуждены платить более высокую цену за те же товары. Например, они нередко платят поставщикам воды больше, чем состоятельные люди (см. главу 9). В Гане цена литра воды при покупке из ведра примерно в 5—16 раз превышала тарифы коммунального водоснабжения, при этом жен-

щины и дети должны еще пройти большое расстояние, чтобы купить воду. В Пуне (Индия) небогатые покупатели воды платили до 30 раз больше, чем домашние хозяйства со средним и высоким уровнем доходов⁶¹.

Кроме того, бедные люди не располагают имуществом, могущим служить обеспечением при получении формального кредита на оплату дорогостоящих услуг, а также средствами для оплаты страхования, и поэтому вынуждены прибегать к неофициальным кредиторам, взимающим высокие процентные ставки, или же к традиционным частным займодавцам, которые часто допускают большую гибкость в условиях погашения долга⁶².

Но и здесь ситуация не безвыходна. В Арабской Республике Египет в начале 1990-х гг. было введено доступное медицинское страхование для школьников, что

ВСТАВКА 1.2. ВИЧ/СПИД убивает учителей

Во многих странах отсутствуют достоверные данные о количестве смертельных случаев заболевания СПИДом и о распространении ВИЧ среди учителей, но имеющаяся информация свидетельствует о росте смертности учителей там, где присутствует ВИЧ/СПИД. Об этом говорят следующие примеры:

- В Центральноафриканской Республике 85% учителей, умерших в период с 1996 по 1998 г., были носителями ВИЧ. В среднем они умирали на десять лет раньше своего срока выхода на пенсию.
- В Замбии 1300 учителей умерли в первые 10 месяцев 1998 г., по сравнению с 680 в 1996 г.
- В Кении смертность среди учителей выросла с 450 в 1995 г. до 1500 в 1999 г. (по данным Комиссии по образованию), в одной из кенийских провинций каждый месяц от СПИДа умирают от 20 до 30 учителей.
- Согласно оценкам, доля носителей ВИЧ среди учителей составляет в отдельных частях Малави и Уганды 30%, в Замбии — 20%, в Южно-Африканской Республике — 12%.

Источники: Coombe (2000), Gachuhi (1999), Kelly (1999), Lelly (2000), UNAIDS (2000), World Bank (2002h).

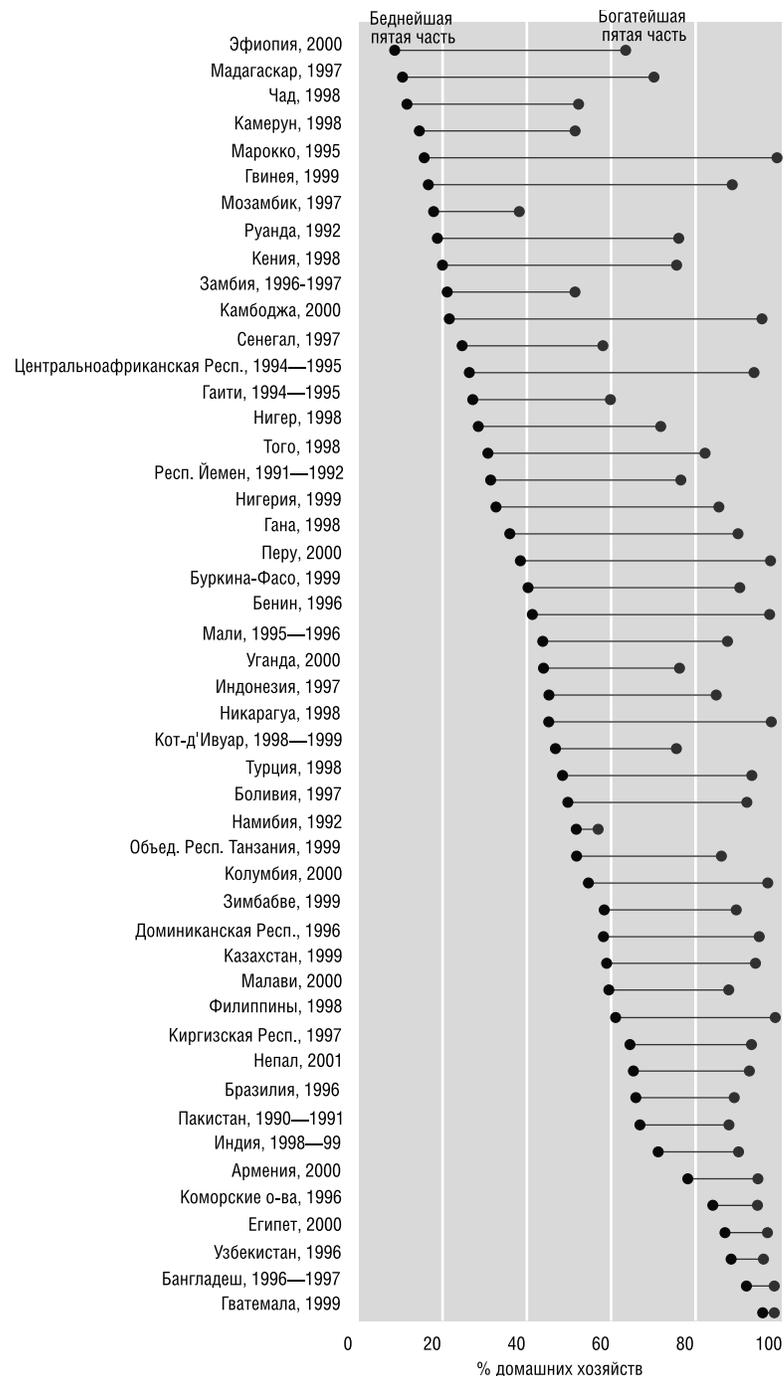
увеличило почти вдвое доступность визита в медицинское учреждение для беднейшей пятой части населения и существенно сократило разрыв между богатыми и бедными⁶³. В Мексике в рамках инновационной программы Progresa родителям предоставляются денежные субсидии, если они посещают занятия по охране здоровья (где они получают также добавочное питание), а члены их семьи проходят регулярный медосмотр. Двойная выгода, достигнутая от повышения доходов и врачебного наблюдения, принесла значительные результаты: заболеваемость среди детей до пяти лет снизилась почти на 20% (см. «В центре внимания. Progresa»).

Качество — ряд недостатков

Удаленность по расстоянию и недоступность по цене — только две причины, по которым услуги не выполняют свои функции. Но в странах как с низким, так и со средним уровнем доходов, если услуги и доступны, то их качество зачастую слишком низкое. Многие бедняки обходят стороной ближайшее государственное

Рисунок 1.3. Вода, кругом вода, но ни капли для питья

Процент домашних хозяйств, использующих очищенную воду в беднейшей и богатейшей квинтилях населения



Примечание: Беднейшая пятая часть в одной стране может соответствовать уровню жизни средней пятой части в другой стране. Внутристрановое неравенство отражает различия в доступе к источникам воды и в имущественном индексе, использованном для построения квинтилей. «Улучшенный» источник воды, согласно определению ЮНИСЕФ, обеспечивает удовлетворительное количество и качество воды (имеется в виду водопровод или защищенный колодец, но не открытый колодец или вода в бутылках).

Источник: Анализ данных докладов по народонаселению и здравоохранению.

учреждение сферы услуг и обращаются в более дорогостоящее частное или выбирают более отдаленное, но предоставляющее лучшее обслуживание. Широкое обследование, проведенное в бедном сельском районе Иринга в Объединенной Республике Танзании, показало, что пациенты, минуя низкокачественные, предпочитают медицинские учреждения, предлагающие лучшие методы и средства лечения, располагающие более квалифицированным персоналом и более совершенным оборудованием⁶⁴. Исследование, проведенное в Шри-Ланке дало аналогичные результаты, причем спрос пациентов на качественные услуги возрастал в зависимости от серьезности заболевания⁶⁵.

Одним из последствий такого поведения является недостаточное использование ресурсов клиник, финансируемых государством. В сельском районе Шейкупура (провинция Пенджаб, Пакистан) лишь около 5% больных детей обслуживалось в сельских первичных медицинских пунктах, половина посещала частные диспансеры, а остальные — частных врачей⁶⁶. Когда качество обслуживания повышается, увеличивается и спрос на услуги, даже среди неимущих потребителей⁶⁷.

Услуги часто не выполняют своих функций

Основная задача состоит в том, чтобы все штатные должности были заполнены, персонал являлся на работу и реагировал на запросы всех потребителей. Квалифицированные специалисты менее склонны соглашаться работать учителями или врачами в отдаленных районах. Недавнее обследование в Бангладеш показало, что доля вакансий на должности врачей в бедных районах составляет 40%⁶⁸. В Папуа—Новой Гвинее, где процент учительских вакансий высок, многие школы закрылись, поскольку не смогли найти учителей⁶⁹. Стимулировать специалистов к работе в отдаленных районах можно с помощью поощрительных выплат, но такая практика требует значительных средств. Исследование, проведенное в Индонезии, привело к выводу, что докторам, чтобы побудить их к работе в наиболее отдаленных местах, придется платить в несколько раз больше их текущей зарплаты⁷⁰.

Но и тогда, когда все должности заполнены, может быть высоким коэффициент отсутствия персонала. При обследовании 200 начальных школ на местах по случайной выборке, проведенном в Индии, выяснилось, что в момент посещения школ в половине из них не велось никаких занятий⁷¹. Недавнее обследование школ и медицинских учреждений, проведенное также по случайной выборке в ряде развивающихся стран, показало, что при наличии различий между странами и категориями персонала коэффициент абсентеизма персонала в некоторых случаях составляет свыше 40%, причем он выше в более отдаленных районах (табл. 1.2 и 1.3). Более ранние обследования показали аналогичные результаты. В Эфиопии до 45% учителей отсутствовали не менее одного раза в неделю, 10% — три дня и более⁷². В Гондурасе медицинские работники сельских центров работали 77% рабочего времени в неделю, предшествовавшую визиту⁷³. В сельских районах Кот-д'Ивуара лишь 75% врачей оказались на месте в день, предшествовавший визиту⁷⁴.

Качество услуг зависит не только от персонала. Необходимы также соответствующие материалы — учебники в школах, лекарства в больницах. Обследования, проведенные в Гане и Нигерии в начале 1990-х гг., показали, что примерно в 30% государственных больниц не хватало лекарств⁷⁵. В четверти сельских больниц Кот-д'Ивуара не было антибиотиков⁷⁶. Само по себе наличие лекарств в медицинском учреждении не является безусловным показателем качества, истощение запасов может быть результатом значительного спроса. Но когда медикаменты отсутствуют в клиниках, хотя, как это часто бывает, имеются в наличии на «черном рынке», это говорит о том, что здесь что-то неладно. Учебные материалы в школах также отсутствуют. Исследование в Непале показало, что одним учебником на местном языке пользуется более шести учащихся. В Мадагаскаре каждый учебник приходится на 3—5 учащихся и только половина классных комнат оборудована досками, на которых можно писать мелом⁷⁷.

Когда персонал все же является на работу — что многие делают сознательно — и в наличии другие ресурсы, качество услуг страдает из-за нехватки или аварийно-

Таблица 1.2. Персонал часто отсутствует

Коэффициент отсутствия среди учителей и медицинских работников в государственных учреждениях (в %)

	Начальные школы	Пункты основной медицинской помощи
Бангладеш	—	35
Эквадор	16	—
Индия*	25	43
Индонезия	18	42
Папуа—Новая Гвинея	15	19
Перу	13	26
Замбия	17	—
Уганда	26	35

*Среднее по 14 штатам.

Таблица 1.3. Уровень отсутствия различен даже в одной стране

Коэффициент отсутствия среди учителей и медицинских работников в государственных учреждениях в различных штатах Индии (в %)

	Начальные школы	Пункты основной медицинской помощи
Андрха-Прадеш	26	—
Ассам	34	58
Уттар-Прадеш	26	42
Бихар	39	58
Уттар-Анчал	33	45
Раджастан	24	39
Карнатака	20	43
Западная Бенгалия	23	43
Гуджарат	15	52
Харьяна	24	35
Керала	23	—
Пенджаб	37	—
Тамилнад	21	—
Орисса	23	35

Примечания к таблицам 1.2 и 1.3: Коэффициент отсутствия — процент персонала, который должен присутствовать, но отсутствует в день назначенного визита. Он включает персонал, отсутствующий и «по уважительной» и «не по уважительной» причинам, например, находящийся на учебе, выполняющий неучебные «административные» функции, а также прогуливающий. — данные отсутствуют.

Источники: Chaudhury and others (2003), Nabyarimana and others (2003), NRI and World Bank (2003). Данные следует рассматривать как предварительные.

го состояния помещений. Условия могут быть ужасными. Отчет об одной из школ в северном Бихаре (Индия) описывает классные помещения как «...близкие к разрушению. Шесть детей в разное время пострадали из-за обрушения частей здания, в настоящее время сохраняется значительная опасность полного обвала. ... Спортивная площадка полна грязи и ила. В переполненных дренажных канавах вполне может утонуть маленький ребенок. Москиты летают тучами. Нет туалета. Соседи жалуются на детей, выбирающих любое удобное место, чтобы облегчиться, а учителя жалуются на соседей, по утрам использующих в качестве туалета спортивную площадку»⁷⁸. То же исследование в Индии обнаружило, что в половине из проверенных школ нет природной питьевой воды. Обследование, проведенное в сельских районах Бангладеш и Непала, показало наличие в среднем одного туалета на 90 учащихся, причем половиной из них пользоваться невозможно⁷⁹. В Пакистане отдельные туалеты для девочек отсутствовали в 16% школ, проверенных в рамках одного исследования⁸⁰.

Другая проблема — различные формы коррупции. Учителя и директора школ практикуют взяточничество за прием в школу или выставление лучшей оценки, снижают качество обучения, чтобы повысить спрос на индивидуальные дополнительные занятия. Исследования, проведенные в 11 странах Центральной и Восточной Европы, выявили, что сектор здравоохранения является одним из наиболее коррумпированных⁸¹. В регионе Европы и Центральной Азии по официальным данным только 24% расходов на здравоохранение идет по частным каналам, но этот показатель не включает неформальную оплату — подарки и взятки, — которую платят многие пациенты. В такой форме расплачиваются 70% пациентов в Азербайджане, Польше и Российской Федерации, более 90% — в Армении⁸².

Коррупция причиняет вред пациентам и в других местах. Например, исследования, основанные на данных середины 1990-х гг., показали, что неформальная оплата значительно повышает стоимость медицинских услуг в Гвинее и Уганде⁸³. Недавно проведенная проверка конкрет-

ных случаев в Латинской Америке выявила широкое распространение коррупции в больницах, которая проявлялась в хищениях, абсентеизме, взятках за предоставление заказов на снабжение⁸⁴. В одной североафриканской стране с «бесплатным медицинским обслуживанием» деревенские жители сообщили, что «в больнице нет ни единой таблетки, а врач превратил ее в частную»⁸⁵.

Эта ситуация также не является безвыходной. В Бенине, в соответствии с «Инициативой Бамако», распределение затрат и возобновляемые лекарственные фонды позволили повысить обеспеченность лекарствами в больницах, которые до этого предоставляли бесплатную помощь и практически не имели никаких лекарств. Во всех больницах, осуществивших эти мероприятия, использование лекарств увеличилось (см. «В центре внимания. Инициатива Бамако»)⁸⁶. Организационные новшества также способствовали выходу учителей на работу. В Никарагуа в период 1995–1997 гг. присутствие учителей выросло вдвое в начальных школах, которым была предоставлена автономия, по сравнению с государственными школами, управляемыми бюрократической системой⁸⁷. В Индии масштабная программа развития основного образования в 1990-е гг. привела к удвоению числа туалетов и источников питьевой воды в школах регионов, где проводилась эта программа. Заинтересованные лица могут мобилизовать свои усилия, чтобы сократить коррупцию. Профсоюзы в государственном секторе организовали антикоррупционную сеть (UNICORN), которая поддерживает национальные инициативы, направленные на защиту лиц, предающих гласности случаи злоупотреблений.

Техническое качество услуг зачастую очень низкое

Услуги не достигают своих целей по обслуживанию бедных также из-за низкого технического качества, т. е. из-за такого сочетания исходных ресурсов, которое дает неэффективный и даже вредный результат. Например, медицинские работники низкой квалификации назначают ошибочное лечение или процедуры, школы используют неэффективные методы обучения. В одном из госпиталей Домини-

канской Республики общая неэффективность стала причиной резкого увеличения расходов⁸⁸. Обследование медицинских учреждений, проведенное в середине 1990-х гг. в нескольких странах, обнаружило шокирующе малое число случаев правильной диагностики диареи у детей до пяти лет и еще меньшее количество случаев ее правильного лечения. Например, в Замбии лишь 30% случаев были правильно диагностированы и 19% должным образом вылечены⁸⁹. Другое исследование, проведенное в Арабской Республике Египет, показало, что только 14% острых случаев диареи было подвергнуто правильному лечению с помощью солевых препаратов, восстанавливающих водный баланс⁹⁰. Недавнее обследование в Бенине обнаружило, что каждому четвертому больному ребенку прописывались ненужные ему и даже вредные препараты⁹¹. В Индии серьезную озабоченность вызвало широко распространенное применение дипломированными врачами грязных игл для инъекций⁹².

В сфере образования техническое качество определить сложнее, но и здесь некоторые показатели вызывают тревогу. Например, неэффективное распределение расходов: неоправданно значительная часть идет на зарплату учителям в ущерб другим факторам, которые могут быть более эффективными⁹³. Также неэффективно и распределение учебного времени: в пяти странах Ближнего Востока и Северной Африки ученики начальной школы тратят непосредственно на занятия лишь около 65% номинального учебного времени. В Индонезии ученики первых и вторых классов официально проводят в школе только 2,5 часа в день, при этом отсутствие учителей и использование учебного времени на административные функции еще больше сокращают фактическое учебное время⁹⁵.

Услуги не отвечают запросам потребителей

Недостатки функционирования сферы услуг проявляются также в отношениях между поставщиками услуг и потребителем. Потребители отличаются друг от друга по многим характеристикам: экономическому положению, религиозной и этнической принадлежности, полу, семейному

положению, возрасту, социальному статусу, кастовой принадлежности. Они могут также различаться по наличию свободного времени, доступу к информации и социальным связям, по своим гражданским качествам и способности к коллективным действиям. Неравенство по этим характеристикам отражается на отношениях между клиентами и поставщиками услуг⁹⁶. В Индии районы с более высокой долей населения низших каст и некоторых религиозных групп имеют меньшее число врачей и медицинских сестер на душу населения, медицинские работники по программе помощи неимущим реже посещают дома бедняков и людей, принадлежащих к низшим кастам⁹⁷. Потребители говорят, что они высоко оценивают медицинские учреждения, открытые в удобное время и располагающие уважительно относящимся к ним персоналом. В Сальвадоре из-за редких и неудобных часов работы значительно сократилось число обращений в медицинские пункты. Согласно сообщениям респондентов фокус-групп, «медицинские пункты работают только два раза в неделю. Время ожидания в очереди составляет в среднем три часа. На прием попадают только те, кто пришел к 8 часам утра»⁹⁸. В Африке к югу от Сахары школьные занятия часто начинаются в 8 утра, когда девочки еще носят воду, а школьные каникулы не совпадают со временем проведения местных ярмарок.

«Социальная дистанция» между поставщиками услуг и их потребителями может быть весьма значительной. В Нигере, преимущественно сельской стране, согласно исследованию, 43% родителей медицинских сестер и акушеров были государственными служащими, 70% из них выросли в городах. Все они ездили на работу в автомобилях, что крайне редко в этой стране⁹⁹. Печальные последствия этой социальной дистанции между поставщиками услуг и потребителями обнаружить нетрудно. В Арабской Республике Египет участники дискуссионных групп жаловались на отношение персонала местной сельской больницы. Один из них так суммировал свой опыт: «Они задирают свой нос и не замечают нас»¹⁰⁰. В Южно-Африканской Республике участник фокус-группы дал такую оценку поставщику медицинских услуг: «Иногда я чув-

ствую себя так, как будто здесь все еще существует апартеид... Они умеют заставить вас почувствовать себя ничтожеством»¹⁰¹.

Услуги должны быть значимыми для потребителя, удовлетворять его конкретную потребность, иначе они не будут пользоваться спросом (см. вставку 1.3). Если начальная школа обучает тому, что понадобится для учебы в средней школе, но не для жизни вне школы, то ценность окончания начальной школы очевидна только для детей из более богатых семей, намеревающихся продолжить учебу в средней школе. В Гане один из респондентов заявил, что «школа бесполезна: дети тратят время, а потом становятся безработными и не умеют работать на земле»¹⁰². В Индии один из компонентов комплексной программы детского развития перестал функционировать, когда получатели помощи забраковали продовольственное зерно. В результате программа была изменена, с тем чтобы включать такие виды помощи, которые соответствуют условиям в различных частях страны.

Впрочем и здесь ситуация не безвыходна. В районе Ниоки (Заир, в настоящее время — Демократическая Республика Конго), где в период с 1987 по 1991 г. значительно сократился объем предоставляемых медицинских услуг, он снова возрос в больницах, где оказались медицинские сестры, обладавшие хорошими навыками межличностного общения¹⁰³. В Боливии, Гватемале, Мексике, Парагвае, Перу и Эквадоре введение среди аборигенов билингвистического и межкультурного обучения значительно улучшило результаты

учебы¹⁰⁴. В Сонагачи (Индия), проведение инновационной кампании на темы охраны здоровья среди работниц сферы сексуальных услуг имело результатом информирование «наставниц», которые затем передавали информацию своим коллегам. Такой способ распространения информации способствовал более массовому применению презервативов и значительно меньшему распространению ВИЧ по сравнению с другими городами. Такой подход имел и другой прямой эффект: указанные работницы организовали профсоюз и эффективно лоббировали легализацию, выступили против притеснений со стороны полиции и за другие права¹⁰⁵.

Недостаточная оценка, мало нововведений, застой производительности

В большинстве случаев недостатком является редкое проведение оценки новых мероприятий и, как следствие, отсутствие эффективных инноваций и роста производительности услуг. Еще более редкое явление — оценка нововведений в области организации обслуживания, например новых форм подотчетности. Когда системы не строятся с учетом извлекаемых уроков для улучшения деятельности, неудивительно, что они остаются в состоянии застоя. Попытки извлечь уроки из исследований, проводимых в других странах, полезны, но недостаточны. Важно выработать конкретные меры, эффективные в условиях данной страны, поскольку ее история, политика и институты определяют, что работает, а что нет и почему.

Но и в этом отношении ситуация не является безвыходной. Программы, включающие элементы оценки результатов, хотя и редко, но существуют. В мексиканскую программу Progreso еще при ее разработке были четко включены процедуры оценки по случайной выборке. Результаты оценки, хорошо документированные и распространенные через средства массовой информации, способствовали укреплению ее поддержки. Оценки помогли выявить наиболее эффективные направления и включить в сферу действия программы более широкие слои бедного населения страны (см. «В центре внимания.

ВСТАВКА 1.3. В провинции Дамар, Республика Йемен, школьное обучение девочек не пользуется спросом

«В классе сидели 40 мальчиков, а позади них — 2 девочки... Кем хотят стать эти девочки, когда вырастут? “Учителем”, — сказала одна из них. “Врачом”, — сказала другая». Однако в Республике Йемен лишь менее четверти женщин грамотны, и они вынуждены вести традиционный деревенский образ жизни, рано выходя замуж и имея в среднем 10 детей. В сельской провинции Дамар, одной из беднейших в стране, вообще мало рабочих мест для специалистов, тем более для женщин. Помимо прочего, большинство родителей не разрешает девочкам ходить в школу, считая недопустимым для них

учиться рядом с мальчиками или ходить в школу по улице».

В Республике Йемен доля учащихся девочек составляет примерно 1/3 в начальной школе и 1/4 в средней. Более 75% женщин старше 15 лет неграмотны, по сравнению с 35% мужчин. Но обучение девочек — не единственная проблема. Удельный вес учеников школ для мальчиков составляет всего 75% на уровне начального обучения и 70% — на уровне среднего обучения.

Источники: Mayer (1997), World Bank (2002g).

Progesa»). Даже без всякого эксперимента при разработке программ можно извлекать нужную информацию о функционировании систем и осуществлять инновации. Так, в Индии в рамках исследования Probe были зафиксированы различные недостатки в качестве обучения в начальных школах. Широкая публикация результатов привела к мобилизации поддержки в пользу реформы¹⁰⁶.

Повышать эффективность услуг

Многие из приведенных примеров указывают на недостатки в предоставлении услуг государственным сектором, но такая картина не была бы полной. XX век был свидетелем резкого повышения уровня жизни. Ожидаемая продолжительность жизни значительно увеличилась почти в каждой стране. В равной мере выдающимся был прогресс школьного образования. Почти в каждой стране уровень неграмотности резко снизился, удельный вес учащихся школ возрос, а уровень школьного образования повысился в среднем более, чем в два раза. Неотъемлемым элементом этого успеха стало предоставление эффективных услуг государственным аппаратом. Во многих случаях работники этого аппарата должны преодолевать существенные препятствия, в том числе угрозы собственной безопасности, чтобы учить детей или лечить больных.

Какими должны быть эффективные услуги? Безопасные и удобные школы, где дети учатся читать и писать. Клиники и больницы, где медицинский персонал предоставляет должное лечение и медикаменты. Водопроводные сети, распределяющие безопасную и надежную по качеству воду. Прямые субсидии для бедных детей и их семей, стимулирующие спрос. Доступные по местоположению и стоимости услуги высокого качества, дающие улучшение конечных результатов для бедных слоев населения.

Правительства несут ответственность за то, чтобы услуги были эффективными и способствовали улучшению показателей в области здравоохранения и образования. В главе 2 рассмотрены основания этой ответственности, подробно проанализированы три кажущиеся простыми способа освобождения от нее: расчет исключительно на экономический рост, распределение государственных расходов, применение технических решений проблем. Ни один из которых сам по себе не достаточен. Повышение эффективности услуг предполагает совершенствование институциональных механизмов их предоставления. Главы 3—6 данного Доклада посвящены разработке структурных рамок анализа этих механизмов, Главы 7—11 — использованию данной структуры, выводам и рекомендациям для органов власти и организаций-доноров.

ВРЕЗКА 1.1. *Факторы эффективности здравоохранения и образования — внутриотраслевые, внеотраслевые и межотраслевые факторы*

Конечные результаты здравоохранения и образования определяются не только наличием ресурсов и качеством медицинского обслуживания и школьного обучения. Лучшее питание помогает детям лучше учиться. Совершенствование транспортных систем и холодильного оборудования, расширение транспортных сетей помогает сохранности и безопасности лекарственных средств. Результаты определяются многими факторами, действующими как со стороны спроса, так и со стороны предложения, и взаимосвязанными на многих уровнях. Спрос на услуги здравоохранения и образования определяется частными лицами и домашними хозяйствами, взвешивающими выгоды и затраты своего выбора, а также существующих ограничений. Факторы предложения услуг, воздействующие на результаты в области здравоохранения и образования, начинаются с общих специальных

знаний и охватывают многое другое, кончая отчетами учителей о своей работе и ремонтом водяных насосов в поселке.

Спрос: индивиды и домашние хозяйства

Затраты и выгоды определяют тот объем средств, который частное лицо вкладывает в образование и здравоохранение. Каковы выгоды? Более высокий уровень образования и лучшее здоровье ассоциируются с более высокой производительностью и более высокими доходами. Инвестирование в человеческий капитал является средством обеспечения этих доходов. Однако уровень доходов может зависеть и от других факторов, например, у женщин и представителей национальных меньшинств ожидаемые доходы более низкие. В этих случаях иным будет и уровень инвестиций, например, иной желаемый уровень образования. Важнейшим фактором спроса

является то, в какой степени люди, а не общество в целом, пользуются выгодами. Общественные товары, имеющие значительные положительные внешние эффекты, будут иметь спрос на уровне, ниже общественного уровня.

Каковы затраты? Прямые затраты: оплата услуг, стоимость транспорта, учебников, лекарств. Часть этих расходов могут нести сами семьи, хотя и не все. Компенсирующие механизмы для тех, кто не может оплатить эти расходы, часто сложно применить. Например, отсутствие рынка страхования затрудняет возмещение финансовых потерь в случае внезапной болезни. Или отсутствие кредита под будущие заработки делает невозможным получение ссуд на образование.

Значительными могут быть и косвенные издержки. Например, дети часто вносят свой вклад в семейный доход, работая по дому или вне дома

ВРЕЗКА 1.1. Факторы эффективности здравоохранения и образования — внутриотраслевые, внеотраслевые и межотраслевые факторы (продолжение)

(присматривая за младшими детьми, работая на семейной ферме). Семья лишается этого вклада, если они проводят много времени в школе.

Общие затраты по нетрудоспособности включают потерю оплаты рабочих дней, затраты на лечение или уход. Богатые семьи лучше справляются с ними, что подчеркивает прямую связь между доходом и результатом. Кроме того, лучшее здоровье и образование часто ценятся сами по себе. По мере роста доходов семьи предъявляют на них дополнительный спрос, что опять же связывает доход с результатом. Эффективность здравоохранения и образования зависит также от уровня образования и образа жизни взрослых членов домашнего хозяйства. Эта зависимость реализуется через спрос на человеческий капитал и способы получения результатов. Исследование результатов четырех гигиенических мероприятий, проведенных в бедных странах и направленных на пропаганду мытья рук, показало, что заболеваемость диареей среди детей, охваченных мероприятиями, снизилась на 35%. Факторы, действующие во время дополнительных домашних занятий — книги и домашнее чтение — способствуют повышению грамотности.

Инвестиции в человеческий капитал детей зависят от распределения власти в семье: семьи, в которых сильнее влияние женщин, более склонны к инвестированию в здоровье и образование. Исследование, проведенное в Бразилии, показало, что

спрос на калорийное питание и содержание протеинов был значительно — до 10 раз — чувствительнее по отношению к доходам женщин, чем мужчин. Этот фактор, особенно значимый в обществах, принижающих роль женщин, оказывает большее воздействие на девочек, чем на мальчиков.

В более общем виде можно сказать, что роль и ответственность различных членов семьи способны влиять на инвестирование. Египетская женщина говорит: «Когда муж заболевает, приходит беда. Наша жизнь останавливается до тех пор, пока он не поправится». Заработок ее мужа — основной источник существования семьи, и домашнее хозяйство жестоко переживает болезнь. В Бангладеш обследование показало, что члены семьи, занятые более активной деятельностью, получают более питательную пищу. Образование дочерей менее ценно для родителей, если в старости за ними ухаживают, как правило, сыновья, поэтому они менее склонны посылать девочек в школу.

Спрос: связи между секторами на уровне частных лиц и домашних хозяйств

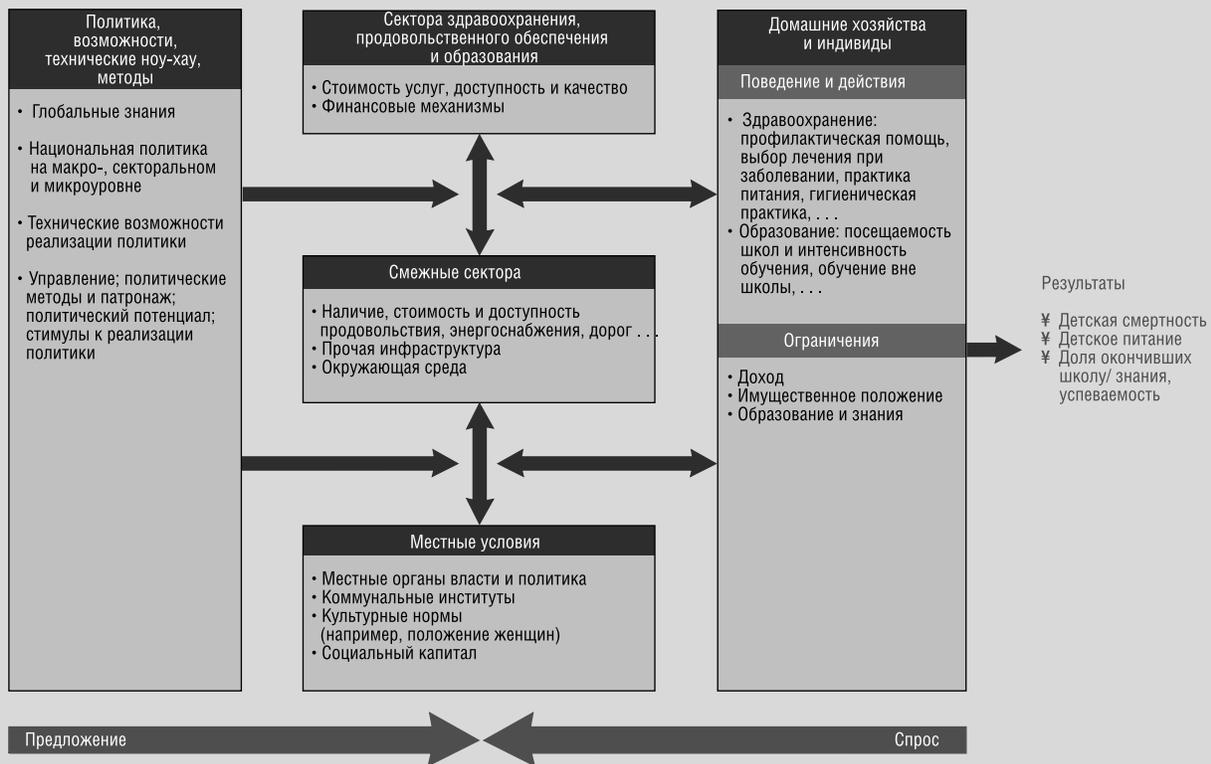
Состояние здоровья и сбалансированность питания ребенка непосредственно влияет на вероятность его поступления в школу и на успехи в учебе. В Гане недостаточное питание детей коррелирует со значительной задержкой поступления в школу. Улучше-

ние здоровья и питания в дошкольном возрасте имеет долгосрочные последствия для развития. Исследование на Филиппинах показало, что улучшение детского здоровья в раннем возрасте на единицу стандартного отклонения ведет в последующем к увеличению показателей тестирования почти на три единицы.

Улучшение состояния здоровья и сбалансированности питания учащихся положительно влияет на показатели охвата школьным образованием и посещаемости. Проведенное в Пакистане лонгитюдное исследование показало, что увеличение роста на одну треть стандартного отклонения коррелирует с ростом коэффициента посещаемости на 19 процентных пунктов для девочек и на 4 процентных пункта для мальчиков. Оценка проводимого на базе школ в сельских районах Кении массового глистогонного лечения показала, что абсентеизм учащихся снизился на четверть, однако на оценки при тестировании это не повлияло. Проблема улучшения питания не так проста и не ограничивается дополнительным питанием в школе: в семьях может происходить «дефицит» этого питания. На Филиппинах исследование показало, что такое явление, как правило, не встречается, тем не менее в более бедных семьях такие примеры имели место.

Образование родителей влияет на последующее поколение, на здоровье, сбалансированность пита-

Факторы предложения и спроса действуют через многие каналы



ВРЕЗКА 1.1. Факторы эффективности здравоохранения и образования — внутриотраслевые, внеотраслевые и межотраслевые факторы (продолжение)

ния и образование детей. Как показывают межстрановые сопоставления, уровень образования взрослых женщин имеет наиболее сильную корреляцию с показателем детской смертности, даже с учетом среднедушевого уровня доходов. Образованность матерей является сильным фактором снижения детской смертности и на уровне исследования домашних хозяйств, хотя здесь связь ослабевает при учете других характеристик домашних хозяйств и социально-экономических параметров местных сообществ. Этот эффект в значительной мере может быть результатом не общего уровня образования, а конкретных знаний в области охраны здоровья, приобретенных благодаря полученному в школе умению читать и считать, что показало, например, обследование в Марокко. Этот эффект может также носить межпространственный характер: исследование в Перу обнаружило, что образованность соседней матери существенно улучшает сбалансированность питания ее детей. Аналогичным образом, образование родителей связано с образованием их детей, хотя масштабы этой зависимости, как и относительная роль образования матери и отца, сильно колеблются в различных странах.

Доступ и использование чистой воды, а также канализации, отвечающей современным требованиям, непосредственно влияют на показатели здоровья. Мытье рук — важное средство охраны здоровья, но оно требует достаточного количества воды. Исследование, проведенное в восьми странах, показало, что переход от полного отсутствия очищенной воды к «оптимальному» водопользованию связывается с сокращением заболеваемости диареей детей в возрасте до трех лет на 6 процентных пунктов (от первоначального уровня в 25%) в домашних хозяйствах без канализации. Аналогичным образом, с доступом к чистой воде связано положение с улучшением питания. В то же время следует отметить, что сильная связь между качеством воды и состоянием здоровья обнаружена не всеми исследованиями.

Источник воды — еще не вся проблема: в Бангладеш водоснабжение с помощью бурения скважин — «улучшенного» источника питьевой воды — повысила обеспеченность водой «улучшенного» качества, но в ряде случаев она оказалась загрязненной мышьяком. Согласно одному из исследований, уровень загрязнения мышьяком, превышающий максимально допустимые пределы, установленные Всемирной организацией здравоохранения, в два раза повышает уровень заболеваемости диареей у детей в возрасте до шести лет. Очень сильное загрязнение мышьяком связано с низким ростом взрослых людей.

Упомянутое выше исследование в шести странах обнаружило, что переход от полного отсутствия санитарных условий к «оптимальному» уровню дает снижение заболеваемости диареей на 10 процентных пунктов в домашних хозяйствах, не имеющих «улучшенных источников» водоснабжения. Как и в сфере образования, здесь имеются внешние эффекты:

улучшение санитарных условий на коммунальном уровне воздействует на здоровье всех жителей. В Перу вложения средств в санитарное оборудование соседями семьи привели к улучшению показателей сбалансированного питания детей этой семьи.

Использование надежных источников энергии воздействует и на здоровье, и на образование. Загрязнение воздуха внутри помещений из-за сгорания некачественного топлива при приготовлении пищи и отоплении наносит ущерб здоровью детей. Ряд исследований показали, что в домах с высоким уровнем такого загрязнения в два-пять раз повышается вероятность респираторных заболеваний и даже смерти. Исследование в Гватемале показало, что у женщин, готовящих дома на древесном топливе, вес новорожденных на 65 грамм меньше. В холодном климате необходимость отопления влияет на здоровье и вызывает существенный рост прямых и косвенных затрат домашних хозяйств. Сфера образования также подвергается воздействию: при недостаточном отоплении школы должны закрываться, и трудно представить, что можно заниматься дома, когда температура близка к замерзанию.

Предложение: общие тенденции

Уровень здравоохранения и образования повышался при любом данном уровне доходов. Стабильная тенденция улучшения здравоохранения, продолжающаяся уже несколько десятилетий, связывается с прогрессом технологии и накоплением медицинских и гигиенических знаний. В период 1990—2000 гг. в странах с национальным доходом в 600 долл. на душу населения ожидаемая детская смертность снизилась со 100 до 80 на тысячу рождений, или на 20%. Если эта тенденция будет устойчивой, то будет сделан важнейший шаг к достижению «Целей ООН в области развития на пороге тысячелетия». Крупные достижения в области иммунизации против малярии или ВИЧ могли бы оказать огромное влияние на смертность при любом уровне доходов.

В последние годы наблюдались важные явления в области финансирования расходов на здравоохранение и образование на глобальном уровне. В рамках инициативы в отношении бедных стран с высокой задолженностью, облегчение этого бремени привязано к росту расходов именно в этих секторах. Новые механизмы помощи, предоставляемой на многоотраслевой основе, такие, как, например, кредиты на сокращение бедности, требуют четких стратегий инвестирования в развитие человеческого потенциала. Международными инструментами поддержки мероприятий в отдельных секторах являются глобальные фонды здравоохранения и «Инициатива “Кратчайший путь”» в сфере образования (глава 11). Облегчение условий финансирования сопровождается повышением эффективности использования ресурсов в целях поддержки развития эффективной для бедных слоев населения сферы услуг.

Предложение: национальные ресурсы

Уровень национального дохода имеет тесную связь с показателями детской смертности и доли населения, имеющего законченное начальное образование. Параметры дохода, здравоохранения и образования взаимовлияют друг на друга. Более высокий уровень дохода ведет к улучшению показателей развития человеческого потенциала, а улучшение здравоохранения и образования — к росту производительности и доходов. Исследования, предпринимаемые с целью установления этих связей, как правило, приходят к выводу о значимости фактора дохода.

Важным фактором являются также национальные благотворительные фонды и пожертвования. В ряде случаев географические и климатические условия затрудняют решение проблем здравоохранения. Например, в районах, благоприятных для размножения москитов, труднее бороться с малярией, а в районах с малой плотностью и большим расщеплением населения его трудно обслуживать с помощью традиционной школьной системы.

Результативность государственных расходов с точки зрения итоговых показателей в различных странах весьма неодинакова. При сходном уровне расходов могут быть существенно различные достижения и сходные достижения при значительных расхождениях в объеме затрат — в зависимости от уровня доходов. Увеличение расходов государственного сектора не всегда связано с улучшением результатов. Из этого не следует, что расходы не могут принести пользы, но их эффективность в решающей степени зависит от того, как используются ресурсы.

Предложение: политические, экономические и общественные условия

Система управления влияет на эффективность расходов: в условиях коррупции средства, формально предназначенные на цели развития человеческого потенциала расходуются не по назначению. Персонал, призванный оказывать услуги, этого не делает. Но последствия плохого управления могут быть более глубокими. Голод, катастрофы вызываются не только природными, но и человеческими факторами, их последствия выходят за рамки национальных границ. Например, засуха, сопровождаемая ошибочной политикой и плохим управлением в Зимбабве, послужили причиной нехватки продовольствия во всем регионе.

Управление государственными расходами может оказаться решающим звеном в обеспечении эффективности и целенаправленности использования выделенных средств. В Замбии система «бюджетирования наличными» привела к непредсказуемым изменениям в расходах на общественные услуги при одновременном урезании расходов на развитие сельской инфраструктуры.

Конфликты наносят долговременный ущерб здравоохранению и образованию. В странах, охваченных войной, трудно заставить детей ходить в школу. Во время недавней гражданской войны

ВРЕЗКА 1.1. Факторы эффективности здравоохранения и образования — внутриотраслевые, внеотраслевые и межотраслевые факторы (окончание)

в Сьрра-Леоне десятки тысяч детей продолжали учиться в начальных школах, но сотни тысяч — нет. Войны, в том числе гражданские, ведут к появлению «потерянных поколений» недокармливаемых и необразованных детей. Компенсировать эти потери трудно или невозможно. Когда дети долгое время остаются вне школы, вернуть их туда очень сложно. Плохое здоровье и питание в раннем возрасте влияют на всю последующую жизнь.

Периоды национальных экономических и политических кризисов могут иметь своими последствиями ухудшение показателей здоровья и образования. Это видно на примере недавней истории России: за последние 10 лет смертность среди взрослого населения резко увеличилась. Продолжительная экономическая депрессия может нанести огромный ущерб здоровью детей и иметь обвальные последствия для их последующего развития и обучения. Последствия краткосрочных экономических кризисов более неопределенны. При среднем уровне доходов посещаемость школ может возрасти, поскольку альтернативные возможности затраты времени для молодых людей снижаются. Даже в Индонезии, относительно бедной стране, глубокий экономический и социальный кризис конца 1990-х гг. не имел столь разрушительных последствий, как первоначально ожидалось. Одна из причин заключалась в быстром введении широкой системы социального обеспечения.

Предложение: органы власти и местные общины

Децентрализация является важным средством приближения процесса принятия решений к тем, кого эти решения затрагивают. Такая реорганизация может укрепить связи и повысить подотчетность между разработчиками политики и гражданами — местных органов власти по отношению к местным запросам. Она может также укрепить связи между разработчиками политики и поставщиками услуг — местные правительства получают

больше возможностей следить за поставщиками услуг. Однако не следует идеализировать потенциал местных правительств. Как и центральные правительства, они подвержены влиянию, и местным элитам может быть легче осуществлять такое влияние на местном уровне.

Учреждения на уровне общин, определяемые культурными нормами и традициями, могут оказывать как положительное, так и отрицательное влияние. Проверка проектов водоснабжения в провинции Центральная Ява, Индонезия, указала на связь их успешной реализации с развитием социального капитала. В Раджастанхоне, Индия, наблюдалась общая связь осуществляемых мер по охране и развитию водных бассейнов с проявлениями «взаимовыгодных коллективных действий». Анализ широкого круга источников показывает, что подходы к реализации проектов на основе «системы участия» более успешны в общинах, характеризующихся меньшим экономическим неравенством и меньшей социальной и этнической неоднородностью.

Предложение: услуги и их финансирование

Услуги сами по себе важны. Недоступность или низкое качество услуг повышают фактические издержки медицинского обслуживания и школьного обучения, что ведет к высокой смертности и низкой успеваемости. Школы с плохим качеством обучения отличаются низкой посещаемостью и успеваемостью, особенно среди детей из бедных семей. Медицинские учреждения, в которых техническая квалификация персонала столь низка, что представляет опасность, повышают уровень смертности. Недостаток воды наносит существенный ущерб здоровью детей.

Также важна организация финансирования. Облегчение бремени крупных и непредвиденных расходов с помощью медицинского страхования способно предотвратить обнищание, что, в свою очередь, окажет влияние на результативность услуг здравоохранения и образования. Финансирование начального

школьного обучения может показаться относительно несущественным: прямые затраты, как правило, незначительны. Но и при этих условиях, как показали исследования, отсутствие возможности получения кредита связано со снижением показателей посещаемости школ. Обращение к кредиту для оплаты прямых затрат на начальное школьное обучение практически не встречается, но этот факт может иметь и более отдаленные последствия, если невозможность заимствования означает, что дети вынуждены работать в семье в домашнем хозяйстве.

Предложение: достижение результата за счет взаимодействия между услугами

Важнейшее значение имеют связи между услугами. Вакцина может стать менее эффективной, неэффективной и даже опасной, если она подверглась недопустимым температурным изменениям или воздействию света. Поэтому надлежащая транспортировка и хранение препаратов определяет эффективность проведения вакцинации. В холодном климате школы и медицинские учреждения вынуждены закрываться из-за недостаточности отопления, следовательно надежность источников энергии может непосредственно определять результаты системы здравоохранения и образования. Доступность одних услуг определяет пользование другими, например, общие затраты на обслуживание связаны с состоянием дорог и средств транспорта. Поскольку ожидаемые выгоды от образования определяют его ценность, функционирование рынков труда, если они не полностью искажены (например, из-за дискриминации маргинальных групп), может способствовать достижению более высоких результатов образования. Таким образом, чтобы обеспечить более высокие достижения, услуги должны работать комплексно.

Источник: Подробный список источников приведен в Filmer (2002a).

Обусловленные денежные трансферты для сокращения бедности в Мексике

*Progresa — мексиканская программа в области образования, здравоохранения и питания — переводит денежные средства непосредственно семьям при условии, что члены семьи проходят медицинские осмотры, матери посещают информационные консультации по гигиене и питанию, а дети ходят в школу. Благодаря тщательной оценке и документированию результатов программа была улучшена, расширена и послужила основой для распространения положительного опыта*¹⁰⁷.

Когда в 1995 г. Эрнесто Седильо стал президентом Мексики, пятая часть населения не могла обеспечить себе необходимый ежедневный минимум питания, 10 млн мексиканцев были лишены основных услуг здравоохранения, более 1,5 млн детей не учились в школе, а уровень абсентеизма учащихся и число учащихся, бросивших занятия, в бедных и отдаленных районах были в три раза выше, чем в других частях страны. Страна уже имела опыт проведения неэффективных программ сокращения бедности. Более того, экономический кризис 1994—1995 гг. привел к дальнейшему сокращению государственных средств и при росте потребности в них, что большее число людей оказалось за чертой бедности.

Правительство приняло решение о необходимости нового подхода к проблеме бедности. Программа в области образования, здравоохранения и питания, получившая название Progresa, включала механизм предоставления денежных средств бедным семьям на условии, что их дети учатся в школе, а члены семьи посещают медицинские учреждения для наблюдения за состоянием здоровья и получения информации о питании и гигиене.

Программа была нацелена на преодоление ряда недостатков предшествующих программ. Во-первых, она должна была противостоять падению уровня неимущих семей, происходящего из-за существующих затрат путем поддерживающих инвестиций в человеческий капитал. Во-вторых, она строилась с учетом взаимосвязей между образованием, здравоохранением и питанием. В-третьих, чтобы улучшить ограниченные ресурсы, она должна была связать наличные трансферты с деятельностью домашних хозяйств, стремясь к изменению их положения. В-четвертых, чтобы ограничить политическое вмешательство, цели программы, правила, необходимые условия и методы оценки должны были быть приведены до сведения наибольшего числа людей.

Программа подверглась тщательной оценке, причем лица, проводившие оценку, использовали в этих целях методику случайной выборки. Результаты оказались впечатляющими. Чтобы подчеркнуть неполитическую сущность программы, правительство приостановило ее развитие на шесть месяцев в период, предшествовавший выборам

2000 г., — чтобы показать, что Progresa не является политическим инструментом.

Когда президентом был избран Висенте Фокс, его правительство усовершенствовало программу на основе результатов оценки, распространило ее на городские районы и переименовало в Oportunidades. К концу 2002 г. программа охватывала около 21 млн получателей помощи, что составило примерно 1/5 населения Мексики.

Разработка комплексной программы

Предоставление пособий на образование распространялось на детей старше семи лет. Их размер увеличивался с переходом в старший класс (поскольку альтернативные издержки с возрастом увеличиваются), а также для девочек, учащихся в средней школе в целях повышения удельного веса этой категории учащихся. Условием сохранения помощи являлась 85-процентная посещаемость и переход в следующий класс.

Семьи, удовлетворявшие условиям программы, могли также получать ежемесячное пособие при условии, что их члены проходят регулярные медосмотры и матери посещают ежемесячные информационные консультации по питанию и гигиене. Семьи с детьми до трех лет могли также получать дополнительную продовольственную помощь.

Пособия предоставлялись матерям, оцениваемым как более ответственные в уходе за ребенком. Предельный размер пособия был установлен в размере 75 долл. на семью. В 1999 г. его среднемесячная величина составила около 24 долл. на семью, или примерно 20% среднего уровня потребления в домашнем хозяйстве, существовавшего до введения программы. Пособия индексировались в соответствии с инфляцией каждые шесть месяцев (сегодня их максимальный размер составляет 95 долл., а средняя величина — 35 долл.).

Программа отличалась высокой степенью централизации, между должностными лицами и получателями существовало лишь одно промежуточное звено — местный уполномоченный, женщина, избираемая общим собранием домохозяйств соответствующей общины. Она также могла выполнять функции установления контактов между получателями помощи и поставщиками услуг образования и здравоохранения.

К концу 1999 г. программой были охвачены примерно 2,6 млн сельских семей, т. е. около 40% всех сельских семей и девятая часть всех семей в Мексике. Бюджет программы составлял почти 780 млн долл., или 0,2% валового внутреннего продукта, и 20% всех федеральных расходов на сокращение бедности.

Почти 60% денежных средств программы направлялось домашним хозяйствам, входившим в число беднейших 20% (по величине доходов), и более 80% средств — беднейшим 40%. Это впечатляющие результаты. Этот показатель целевой эффективности по 77 сетевым программам социальной поддержки в различных странах мира в среднем составлял 65% средств, направляемых беднейшим 40% населения (по данным одного из последних исследований).

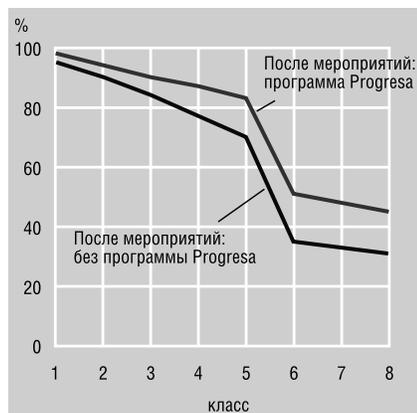
Как раз благодаря тщательному планированию и мониторингу, административные расходы по программе составили менее 9% общей суммы затрат, что значительно ниже по сравнению с проводившимися ранее в Мексике программами сокращения бедности. Планировавшаяся с самого начала как крупномасштабная, программа все же не охватила все бедное население, особенно в городских районах.

Стимулирование повышения удельного веса учащихся школ

Удельный вес учащихся средней школы вырос у девочек с 67% почти до 75%, а у мальчиков — с 73% до 78%. Эти результаты достигнуты главным образом за счет увеличения числа поступлений из начальной в среднюю школу (рис. 1). Программа в основном способствовала удержанию детей в школе, но не возвращению тех, кто ее бросил. Она также помогла сократить масштабы детского труда. Число мальчиков, привлеченных к труду, сократилось почти на 20%. Однако все еще значительное количество детей из бедных семей продолжают сочетать учебу с трудом.

Влияние на успеваемость менее заметно. Учителя сообщают об определенных достижениях, приписывая их улучшению посещаемости, повышению интереса учащихся к учебе и лучшему питанию. Однако, исследование, проведенное через год после начала проведения программы, не обнаружило изменений в показателях тестирования.

Рисунок 1. Улучшение показателей посещаемости школ и перехода из начальной в среднюю школу



Примечание: Данные по зарегистрированным учащимся.
Источник: Schultz (2001)

Улучшение питания и здоровья

Программа способствовала сокращению числа случаев отставания в росте детей в возрасте от одного до трех лет. (До проведения программы задержка роста фиксировалась на высоком уровне — в 44% случаев.) Среднее годовое увеличение роста детей, участвующих в программе, составило 16%. В среднем рост увеличился на 1–4%, а вес на 3,5%. Эти показатели были достигнуты несмотря на факты, говорящие о том, что некоторые семьи получали продовольственную помощь нерегулярно и в ряде случаев имел место «деlež» этой помощи с более старшими детьми. Результат отчасти может быть связан с увеличением расходов на питание и употреблением более питательных продуктов согласно рекомендациям информационных консультаций. Кроме того имели место положительные побочные эффекты для соседних семей, не участвовавших в программе.

Программа значительно увеличила число профилактических визитов в медицинские учреждения. Визиты женщин в первые месяцы беременности увеличились на 8%, что способствовало улучшению здоровья новорожденных и матерей. Заболеваемость снизилась на 25% среди новорожденных и на 20% среди детей в возрасте до 5 лет (рис. 2). Распространенность анемии среди детей в возрасте от двух до четырех лет снизилась на 19%. Также улучшились показатели здоровья взрослых.

Сокращение бедности

Программа Progresа дает не только временное увеличение доходов, она призвана помочь поднять будущую производительность и заработок детей, пользующихся ее преимуществами. Расчеты на основе моделирования показывают, что одно лишь дополнительное питание повысит зарабатываемые в течение жизни доходы почти на 3%, а эффект образования составит 8%. Оценка программы с помощью анализа общего равновесия показала, что ее воздействие на благосостояние выше на 60% по сравнению с ранее применявшейся в Мексике системой субсидий на питание, имевшей значительные недостатки.

Последствия проведения оценки

Progresа была необычна в том плане, что с самого начала включала проведение ее оценки, представляя возможность достаточно точно следить за результатами. В целях повышения политического доверия, оценка осуществлялась на контрактной основе Международным исследовательским институтом продовольственной политики.

Поэтапное обследование по случайной выборке (определяемой бюджетными соотношениями) привело к созданию 186 контрольных и 320 проблемных групп. Наличие контрольных групп позволило экспертам, производившим оценку, исключить воздействие искажающих факторов, в том числе временных трендов и «шоков» (экономических и климатических). В конечном итоге все контрольные обшины были включены в программу. Проводился как количественный, так и качественный анализ, последний включал использование полуструктурированных опросов, фокус-групп и семинаров.

Методика оценки позволила выявить многие факторы, определяющие конечные результаты. Однако имелись и ограничения. Разработчики политики могли извлекать выгоду от своей осведомленности для улучшения результатов, что влияние обусловленных пособий выше, чем предоставление необусловленных платежей? Кроме того, домашние хозяйства из контрольной группы могли оказаться затронутыми мероприятиями или осведомленностью, что они могут получить в будущем, в результате сравнение может быть «замутнено».

Эти проблемы в ходе оценки могут быть решены, но за счет значительного увеличения ее сложности и расходов.

Альтернативные подходы, основанные на моделировании и вводящие дополнительные допущения в анализ, также могут быть необходимы и в настоящее время находятся в процессе реализации.

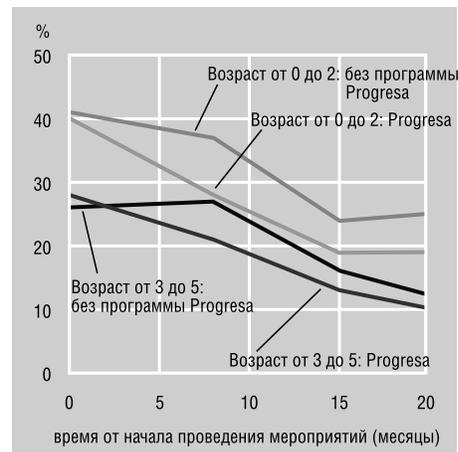
Разница очевидна

Программа обусловленных денежных пособий может служить эффективным средством улучшения образования, здравоохранения и питания для широких масс населения. Успех программы Progresа способствовал организации подобных программ, прежде всего в странах Латинской Америки (в Гондурасе, Колумбии, Никарагуа, и Ямайке).

Тщательная оценка результатов не была запоздалой мерой, она постоянно обеспечивала обратную связь и улучшение функционирования программы, а также надежность выводов и доверие к ним.

Оценка имела важное значение для внутренней и международной политической и экономической поддержки и, тем самым, способствовала устойчивости программы. В отличие от предшествовавших программ, Progresа не была прекращена после смены правительства. Четкие и достоверные факты, свидетельствующие о выгодах, приносимых программой бедным, помогли сохранить ее основные черты в неизменном виде (несмотря на смену названия), облегчили получение поддержки со стороны Межамериканского банка развития для существенного расширения программы.

Рисунок 2. Улучшение детского здоровья



Примечание: Возраст на начало проведения мероприятий.
Источник: Schultz (2001).