

## **ДРУГАЯ НЕВИДИМАЯ РУКА**

Julian Le Grand

# The Other Invisible Hand:

Delivering Public Services  
through Choice and  
Competition

Princeton University Press

2007

Джулиан Ле Гранд

# Другая невидимая рука:

предоставление  
общественных услуг  
на основе выбора  
и конкуренции

*Перевод с английского*

*Инны Кушнаревой*

Издательство  
Института Гайдара  
Москва / 2011

**Ле Гранд, Д.**

**Л33** Другая невидимая рука: предоставление общественных услуг на основе выбора и конкуренции [Текст] / пер. с англ. И. Кушнareвой. М.: Изд. Института Гайдара, 2011. — 240 с. — ISBN 978-5-93255-314-5.

Как обеспечить высокое качество общественных услуг вроде образования и здравоохранения? Государство тратит огромные бюджетные средства на оказание медицинских, образовательных и социальных услуг, но качество услуг все равно остается низким, само их обеспечение — неэффективным, а доступ к ним — неравным. В этой книге Джулиан Ле Гранд утверждает, что лучшим решением является предоставление выбора потребителям и поощрение конкуренции между поставщиками услуг. Он рассматривает четыре способа обеспечения государственных услуг: доверие; управление посредством постановки целей и оценки результатов; голос; выбор и конкуренция. Основываясь на своем опыте работы в качестве консультанта британского правительства, Ле Гранд утверждает, что, хотя все эти способы имеют свои достоинства, в большинстве ситуаций политика, которая ориентируется на расширение выбора и конкуренции между поставщиками услуг, имеет самый большой потенциал для обеспечения высококачественных, эффективных, учитывающих интересы потребителей и равных услуг. Однако важно, чтобы соответствующая политика была разработана верно, и данная книга предлагает подробное рассмотрение основных черт, которые должна иметь такая политика в контексте здравоохранения и образования.

ISBN 978-5-93255-314-5

© Издательство Института Гайдара, 2011

Copyright © 2007 by Princeton University Press

Все права сохранены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме с помощью каких-либо электронных или механических средств, включая изготовление фотокопий, запись, поиск и хранение информации, без письменного разрешения издателя.

# СОДЕРЖАНИЕ

Благодарности .....	9
Введение .....	13
Глава 1. Цели и средства .....	19
Глава 2. Выбор и конкуренция .....	56
Глава 3. Школьное образование .....	85
Глава 4. Здравоохранение .....	120
Глава 5. Новые идеи .....	159
Глава 6. Политика выбора .....	193
Послесловия .....	209
Ален Энтховен. С американской точки зрения .....	211
Дэвид Липси. С точки зрения скептика .....	217
Литература для дальнейшего чтения .....	225
Библиография .....	227



*Памяти моей матери  
посвящается*





## БЛАГОДАРНОСТИ

**Б**ольшое количество людей помогало мне в написании этой книги и в работе, на которой она основана. Немало я обязан Алену Энтховену, чьи ранние труды о британской Национальной службе здравоохранения послужили источником вдохновения для многих реформ, анализируемых мною. Ален любезно согласился написать послесловие, в котором раскрывает значение представленного в книге анализа американских проблем, связанных с общественными услугами. Также Ален показывает, как аргументы из данной книги могут применяться за пределами британского контекста, что, естественно, повышает их значимость для остальных стран.

Еще один человек, которому я в значительной степени обязан, — это Дэвид Липси, один из наиболее уважаемых критиков расширения выбора в британском общественном секторе. Он также щедро уделил мне время и в своем послесловии к моей книге выступил с проницательной критикой некоторых аргументов.

Хотя послесловия могут показаться несколько необычными, я надеюсь, что читатели сочтут их интересными, полезными и приятными дополнениями к основному тексту.

В числе других людей (из академии и не только), оказавших мне значительную помощь в понимании вопросов, которых я касаюсь, следует назвать Николаса Барра, Гвин Беван, Джеффри Бреннана,

Саймона Берджеса, Гарри Катона, Захари Купера, Анну Диксон, Кита Даудинга, Джона Глэсби, Говарда Гленнерстера, Николу Лэйси, Тони Лоранса, Дамарис Ле Гранд, Кэрол Проппер, Энн Уэст и Дэвида Уиллетса. Многие из них представили мне полезные комментарии по различным главам или по всей книге в целом. Я благодарен Дэвиду Чэйтеру и Элистеру Петигрю за то, что они разрешили мне использовать в пятой главе материал из нашей общей работы. Рут Робертсон оказала мне существенную исследовательскую помощь в связи с одним из ключевых моментов данной работы. Издатели журнала *Political Quarterly* позволили мне использовать в шестой главе публиковавшийся у них материал. Я также многим обязан Ричарду Баггали, своему редактору из издательства Princeton University Press, и благодарен ему не только за поддержку, но и за мягкую настойчивость, с которой он требовал завершения рукописи.

Я должен поблагодарить людей, с которыми трудился в таинственных правительственных институтах и от которых очень многому научился. Особенно я признателен Эндрю Адонису, устроившему меня на службу в Стратегическую дирекцию (Policy Directorate) при премьер-министре и сделавшему больше, чем кто-либо другой, чтобы запустить, развить и воплотить в жизнь реформы лейбористского правительства в образовательной сфере, включая те, что связаны с выбором и конкуренцией. Кроме того, я крайне признателен тем, с кем работал в этой удивительной среде, особенно Саймону Стивенсу, моему предшественнику, бывшему советнику по здравоохранению и неисчерпаемому источнику познаний в области медицинских услуг, а также Полу Корригану, одному из преемников на посту советника; Кену Андерсону, Найджелу Криспу, Доминик Харди, Саймону Лири, Барри Маккормику

и Тиму Уилсону, сотрудникам министерства здравоохранения; Майклу Барберу и Эдриану Мастерсу, членам Совета по предоставлению услуг при премьер-министре (Prime Minister's Delivery Unit); Виллу Кавендишу и Питеру Бранту из Стратегической дирекции при премьер-министре; министрам, с которыми я работал, в том числе Джону Рейду и Джону Хаттону; и наконец, хотя, конечно, его место вовсе не в конце, премьер-министру Тони Блэру, щедро одарившему меня возможностью готовить с ним радикальную программу реформы общественных услуг, вдохновителем которой он выступил и которую он с таким успехом провел.



## ВВЕДЕНИЕ

Если спросить людей, чего они хотят от государственных средств, которые тратятся на здравоохранение и образование, ответ будет простым — хороших услуг. Еще они могут сказать, что хотели бы, чтобы все услуги были в шаговой доступности, то есть им нужны хорошие местные услуги — качественная местная школа, заботливый, отзывчивый семейный доктор, высококласная районная больница.

Эта небольшая книга посвящена тому, как лучше всего достичь данных целей. В ней рассматриваются четыре средства: доверие — когда профессионалам, менеджерам и другим сотрудникам, занимающимся оказанием общественных услуг, доверяют задачу предоставления высококачественных услуг; управление посредством постановки целей и оценки результатов — вариант того, что часто называют административным управлением, при котором сотрудники инструктируются или как-то иначе направляются высшим руководством, заставляющим их предоставлять хорошие услуги; голос — когда потребители общественных услуг непосредственно доносят свои взгляды до их поставщиков; и наконец, «невидимая рука» выбора и конкуренции — когда потребители выбирают нужную им услугу из числа предлагаемых конкурирующими поставщиками.

Я не утверждаю в этой книге, что нужно использовать какое-то одно из вышеперечисленных

средств, полностью исключив все остальные. Напротив, моя идея сводится к тому, что у каждого есть свои плюсы и, следовательно, все они должны применяться при оказании общественных услуг. Но также я показываю недостатки системы. Соединяя факты и теорию, я стремлюсь показать, что в большинстве ситуаций системы оказания услуг, включающие значительные элементы выбора и конкуренции, имеют больше шансов на обеспечение общества качественными местными услугами. Такие системы, если они правильно выстроены, будут предоставлять услуги высокого качества, услуги, более отвечающие нуждам потребителей и более эффективные, нежели те, что опираются преимущественно на доверие, административное управление или голос. Кроме того, вопреки распространенным в обществе и среди ученых предубеждениям, они и распределяться будут более беспристрастно, то есть окажутся более справедливыми в социальном отношении.

В этой книге развиваются некоторые из тезисов, изложенных в моей ранней работе «Мотивация, действие и публичная политика» (Le Grand 2003), естественным продолжением которой она в некотором смысле является. Также используется опыт, который я приобрел за два года службы старшим советником премьер-министра британского правительства.

Мое назначение в правительство, по словам одного из рецензентов моей предыдущей книги, означало, что теперь я должен был делать то, о чем раньше только говорил. Правительство Тони Блэра проводило как раз те реформы общественного сектора, которые я долго отстаивал. Я попал в такое положение, когда должен был защищать данные идеи на политической и бюрократической арене. Я также должен был помогать проводить

их в жизнь, работая с техническими и политическими проблемами, связанными с внедрением разрабатываемых политических курсов и программ. Я уже не мог скрыться за маской академической беспристрастности, не мог скинуть сложные вопросы на других; если возникала какая-то политическая или техническая проблема, я не мог просто игнорировать ее, а обязан был найти способ решения.

Именно этот опыт определил содержание и структуру книги. Против реформ, проводимых правительством Блэра и предполагавших выбор и конкуренцию, особенно когда дело касалось Национальной службы здравоохранения (НСЗ), выдвигался — в числе прочих — критический аргумент, гласящий, что реформы не были согласованы друг с другом, а стали противоречивой мешаниной плохо продуманных политических уловок, никак не связанных ни с теорией, ни с практикой. В действительности реформы опирались на достаточно обоснованные представления о проблемах, возникающих в сфере общественных услуг, в частности сложностях, связанных с предоставлением этих услуг в рамках систем, *не предполагающих* выбора и конкуренции, в том числе в системах, построенных на доверии, административном управлении или голосе. Поэтому важно изложить все названные проблемы здесь — им посвящена первая глава. В ней обсуждаются цели и средства общественных услуг, проясняются некоторые из проблем, связанных с достижением этих целей в рамках систем доверия, административного управления и голоса.

Во второй главе выдвигаются общие доводы в пользу расширения зоны действия выбора и конкуренции в общественных услугах. Здесь же даются ответы на некоторые из доводов против рассматриваемых программ, с которыми я часто сталкивался, когда работал в правительстве. Так, говорили, будто

людям не нужен выбор, что выбор — навязчивая идея среднего класса и что он угрожает публичной сфере.

Другим следствием работы в правительстве стало то, что, хотя она и не изменила моего мнения об общих достоинствах модели выбора и конкуренции как средства предоставления общественных услуг, она углубила понимание некоторых проблем, возникающих в процессе внедрения этой модели. В главах 3 и 4 соответствующие проблемы рассматриваются в контексте образования и здравоохранения и предлагаются некоторые способы их решения.

В пятой главе анализируются возможные способы выхода за пределы сегодняшних политических программ и распространение основных идей на те области, где они редко использовались. Данная глава посвящена главным образом трем основным предложениям, в каждом из которых развивается один определенный аспект прежних дискуссий — бюджеты пациентов в здравоохранении, выплаты за неудобства (*disadvantage premium*) в образовании и новый тип обеспечения ухода за детьми.

Наконец, в шестой главе предлагается небольшой обзор некоторых политических программ, связанных с выбором и конкуренцией. Здесь рассматриваются отдельные позиции по данной проблеме, часто занимаемые основными политическими группами или иными заинтересованными объединениями, а также обсуждается то, как следует отвечать на соответствующие доводы. И это опять же в основном связано с моей работой в правительстве, одной из главных составляющих которой был анализ источников возражений против реформы общественных услуг, который должен был помочь разобраться с критикой.

Одно замечание о терминологии. Выражение «общественные услуги» (*public services*) может озна-



чать многое, в том числе и буквально — услуги для общества. Часто подразумевается, что оно обозначает главным образом услуги, обладающие фундаментальным для общества значением, то есть такие услуги, как образование, здравоохранение, социальная помощь, жилье или транспорт. Обычно имеются в виду именно услуги, предполагающие ту или иную форму государственного или правительственного вмешательства — в финансировании, самом предоставлении услуг, их регулировании или во всех аспектах сразу.

В этой книге я использую данный термин как в смысле фундаментальной важности, так и в смысле государственного вмешательства (одной из его форм). В основном рассмотрены услуги в области здравоохранения и образования, некоторое внимание уделено сфере социальной помощи. Подвергнуты анализу те части услуг, которые полностью или частично финансируются государством. Источником финансирования может быть общее налогообложение или тот или иной вид целевого налога, например национальное или социальное страхование. Государство может предоставлять всю услугу или только ее часть либо просто регулировать ее предоставление, однако это не необходимые условия общественной услуги.

Следует отметить, что многие из выдвигаемых в данной книге аргументов применимы и к другим общественным услугам, не только в сфере образования, здравоохранения или социальной помощи. Некоторые из них относятся к любой организации, занятой предоставлением услуг, независимо от способа финансирования — государственного или частного.

Книга предназначена предельно широкой аудитории, поэтому и написана, я надеюсь, достаточно доступным языком. Я постарался, насколько это

возможно, избегать научного изложения. Ссылки на работы приводятся в формате «автор–дата», подробная информация по ним представлена в библиографии. Желающим углубиться в анализ рассматриваемых аргументов предлагается краткий список дополнительной литературы.

# Глава 1

## Цели и средства

Как уже отмечалось во введении, сталкиваясь с финансируемыми государством услугами, такими как здравоохранение и образование, большинство людей хотят просто получать хорошие услуги. Но что такое «хорошая услуга»? И как нам ее получить? Если точнее, какие *цели* мы пытаемся достичь посредством общественных услуг и каковы *средства* достижения этих целей? Какие преимущества и недостатки у тех или иных средств, направленных на достижение определенных целей? В данной и следующей главах эти вопросы рассматриваются в общем виде, более подробное обсуждение примеров услуг в области здравоохранения и образования представлено далее.

### ЦЕЛИ

Существует множество возможных интерпретаций того, из чего должна складываться хорошая общественная услуга или, если говорить в целом, каковы цели и задачи общественных услуг. Одна из причин, объясняющих оживленность полемики о различных способах, или моделях, предоставления общественных услуг, заключается в том, что данный спор не об эффективности или пригодности этих средств, направленных на достижение определен-

ных целей, — он вызывается разными оценками желательности самих целей.

Однако я собираюсь показать, что существует по меньшей мере пять основных качеств, наличие которых является условием хорошей общественной услуги. Услуга должна быть высокого *качества*; ее выполнение и управление ее выполнением должны быть *эффективными*; она должна *реагировать* на нужды и желания потребителей, и в то же время она должна быть *подотчетной* налогоплательщикам; и последнее (но не по значению) — услуга должна предоставляться *справедливо*.

### КАЧЕСТВО

Как и в случае вообще всех целей, обсуждаемых в данной главе, существует много возможных значений термина «качество», когда он используется в контексте общественных услуг. Во-первых, качество можно определить через «затраты» на эти услуги, например через количество и тип персонала, занятого в них: уровень специализации и степени медиков, работающих в больницах, квалификация и опыт школьных учителей. К другим затратам могут быть отнесены количество и состояние оборудования, необходимого для предоставления услуги, — число больничных коек, размеры школьных классов, возраст соответствующих зданий. Во-вторых, качество можно понимать через «процесс» предоставления услуги, обращая внимание на то, насколько вежливо и предупредительно обходятся с потребителями, или на время, которое требуется потребителям для получения данной услуги. Также качество можно оценить с точки зрения «результатов» или «действий», предпринимаемых в процессе предоставления услуги, — например, через число операций, проводимых в больнице, или число де-

тей, сдающих экзамены в школе. Наконец, качество можно определить через такие «результаты», которые возникают благодаря использованию услуги, — например, через улучшение здоровья пациентов, ставшее следствием медицинского лечения, или через приобретение навыков счета, чтения и письма или аналитического мышления, являющееся результатом посещения школы.

Для действительных потребителей общественных услуг из всех возможных интерпретаций качества наиболее важны, по всей видимости, те, что относятся к процессу, особенно к внимательности персонала, предупредительности и скорости предоставления услуги, а также к результатам, особенно улучшению здоровья и приобретению навыков. Ирония, однако, в том, что на практике в качестве критериев чаще всего используются именно затраты и результаты — в основном потому, что их проще всего количественно оценить<sup>1</sup>. В действительности все данные элементы зачастую разделить довольно сложно, тем более в общем рассуждении, поэтому мы не будем здесь пытаться сделать это. Достаточно сказать, что в разные моменты споров о представ-

---

1. Особая проблема с результатами состоит в том, что нередко бывает сложно связать данное улучшение результатов (например, улучшение здоровья пациента) с определенным элементом общественной услуги (таким, как тот или иной курс терапии). Ведь результат может в значительной части обуславливаться множеством факторов, которые не зависят от поставщиков данной услуги (к таким факторам может относиться собственная способность пациента к восстановлению). Это одна из причин того, почему, хотя и поставщики услуг, и политики любят поговорить о важности результатов, на практике они обычно уделяют больше внимания факторам, которыми проще управлять в процессе предоставления услуги, таким как затраты, процессы и отдача.

лении общественных услуг каждый из них может оказаться весьма важным. В дальнейшем мы попытаемся прояснить, когда какой именно элемент принимается во внимание.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Эффективность, которая, как часто считают, важна только для ограниченных бухгалтеров и экономистов, в публичных и академических спорах приобрела негативный оттенок. Обеспокоенность деньгами, затраченными на общественные услуги, противопоставляется как будто более законному беспокойству о влиянии этих услуг на здоровье, образование или благосостояние индивидов и семей. Сформулированное Оскаром Уайльдом определение циника часто применяют к бухгалтерам и экономистам, полагая, что они всему знают цену и ничего не ценят<sup>2</sup>.

Однако на самом деле эффективность, если ее правильно определить, является неотъемлемой составляющей хорошей общественной услуги. Ведь эффективна та услуга, которая предоставляется в наилучшем качестве и наибольшем количестве при данном уровне ресурсов. Неэффективные услуги (в которых ресурсы используются неправильно или растрачиваются) понижают общий уровень здоровья, образования или благосостояния потребителей по сравнению с тем, каким он мог бы быть. Реальная «цена» услуги — не деньги, которые были затрачены на ее предоставление, а другие услуги, которые можно было бы предоставить, если бы деньги уже не были потрачены. Это то, что эконо-

---

2. Определение взято из пьесы «Веер леди Уиндермир» Оскара Уайльда, акт 2.

мисты называют «альтернативными издержками» предоставления услуги: альтернативами, которые можно было бы использовать, если бы ресурсы не были уже использованы на данную услугу.

Поэтому те, кто пользуется афоризмом Уайльда, чтобы покритиковать экономистов, бухгалтеров и других людей, заботящихся об эффективности, сами попадают впросак. То, что мы знаем цену чему-то, не означает, что мы не знаем ничего о соответствующей ценности. В действительности как раз наоборот: знать цену значит знать ценность того, от чего мы отказались, заплатив данную цену, и сравнить упущенную ценность с ценностью приобретенной услуги. Звучит не так изящно, как у Уайльда. Однако такие знания важны, если мы хотим получить наилучшее качество или наибольшее количество общественных услуг исходя из данного объема ресурсов. Ведь если мы платим слишком высокую цену, то есть если мы отказываемся от вещей, которые более ценны, чем те, что мы реально получаем, мы не будем получать лучшую возможную услугу, а люди, соответственно, будут страдать.

#### РЕАГИРОВАНИЕ И ПОДОТЧЕТНОСТЬ

Можно считать практически бесспорным тезис, согласно которому хорошая общественная услуга отвечает на нужды и потребности ее потребителей. И такого рода реагирование является, видимо, важнейшей составляющей качества общественных услуг; соответствующее понятие можно было бы включить в общее определение качества, не рассматривая его отдельно, как здесь. Однако критика общественных услуг во многих странах зачастую была направлена именно на их очевидную неспособность отвечать нуждам собственных потребителей, поэтому желательно, чтобы такое реагиро-

вание было указано отдельным пунктом в перечне возможных целей этих услуг.

В действительности реагированию как цели можно дать более прочное философское обоснование, воспользовавшись введенным философом Альбертом Вилем «принципом равной автономии» (Weale 1983, p. 42)<sup>3</sup>. Он формулирует его следующим образом:

Ко всем людям следует относиться как к разумным и целеустремленным носителям воли, способным формулировать свои собственные проекты, и правительство обязано осуществлять или охранять условия, в которых может быть реализована эта автономия.

Реагирование на нужды и желания потребителей, соответственно, может рассматриваться в качестве существенной составляющей уважения, с которым следует относиться к «разумным и целеустремленным потребителям». Если использовать метафору, введенную мной в другом тексте, принцип автономии требует того, чтобы к потребителям относились не как к пешкам, наименее ценным фигурам шахматной доски, а, скорее, как к наиболее сильной фигуре — ферзю (Le Grand 2003).

Однако данный принцип нуждается в некоторых уточнениях. Потребители общественных услуг, рассматриваемые нами, обычно не платят за них. В большинстве случаев образование и медицинские услуги поставляются бесплатно, то есть с их получателя плата не взимается. Следовательно, потребители на самом деле не имеют дела с аль-

---

3. К значению этого принципа в данном контексте мое внимание привлек Рудольф Кляйн (Klein 2005), статья которого была перепечатана в 2006 году во втором издании моей работы (Le Grand 2003).



тернативными издержками услуг, которые они потребляют. Иногда это может привести к тому, что альтернативные издержки, которые платит остальное сообщество за то, что потребители пользуются рассматриваемой услугой, выше, чем польза, извлекаемая из этого потребления. В подобных случаях, поскольку общество включает в себя как данных потребителей, так и всю остальную часть сообщества, общество в целом терпит чистые убытки.

Иначе говоря, соображения реагирования или даже принцип автономии не всегда могут превалировать над соображениями эффективности, особенно в мире, где люди не платят за услуги, которыми они пользуются. Ведь возможно, что желания отдельных потребителей относительно незначительны, так что ресурсы лучше было бы потратить на что-то другое, на более неотложные потребности других людей.

Проблема платежей поднимает еще один вопрос. Должны ли общественные услуги реагировать не только на нужды и желания их потребителей, которые в большинстве случаев напрямую за услугу не платят, но также на нужды и желания тех, кто как раз и *платит* за них, то есть налогоплательщиков? Реагирование на налогоплательщиков часто не описывается в таких терминах, а выражается на языке подотчетности и прозрачности. Таким образом, этот вопрос можно сформулировать так: в какой мере соображения, касающиеся реакции на потребности потребителя, должны подчинять себе соображения, касающиеся подотчетности перед налогоплательщиками?

Конечно, почти по определению предполагается, что большинство налогоплательщиков в какой-то момент своей жизни воспользуются «всеобщими» общественными услугами, а большинство потребителей общественных услуг платят налоги: и непо-

средственно в форме подоходного налога, и косвенно — через налог на добавленную стоимость и акцизы (например, на алкоголь и табачную продукцию). Следовательно, предпочтения граждан государства как налогоплательщиков вряд ли будут сильно отличаться от их предпочтений в роли потребителей общественных услуг. В большинстве случаев и налогоплательщики, и потребители с высокой вероятностью будут хотеть получать высококачественные и эффективно предоставляемые услуги, которые соответствуют их потребностям и желаниям.

Но встречаются и такие случаи, когда интересы потребителя и налогоплательщика расходятся. Географические и иные формы перераспределения ресурсов из соображений равенства могут привести к тому, что налогоплательщики одной части страны будут субсидировать потребителей общественных услуг в другой части. Гости страны или недавно переехавшие в нее иммигранты могут пользоваться общественными услугами, заплатив довольно незначительную сумму налогов. И эти различия могут, в свою очередь, породить различия в предпочтениях, относящихся к предоставлению услуг, налогоплательщиков и потребителей, причем такие различия не всегда легко сгладить. Короче говоря, при предоставлении общественной услуги, вероятно, возникает некоторое напряжение, связанное с расхождением между стремлением реагировать на запросы потребителя и необходимостью удовлетворять требования подотчетности перед налогоплательщиками.

#### СПРАВЕДЛИВОСТЬ

Справедливость — или, иными словами, беспристрастность, честность, — очевидно, один из ключевых элементов любой хорошей общественной

услуги. И именно она для многих людей является причиной того, почему вообще здравоохранение и образование относятся к сфере деятельности государства. Если в силу собственного дохода, принадлежности к определенному социальному классу, гендера или этнического происхождения некоторые пациенты обладают привилегированным доступом к здравоохранению (или же их дети обладают привилегированным доступом к образовательным услугам), такое положение дел обычно считается несправедливым или нечестным. Никакая общественная услуга не должна быть несправедливой в этом смысле.

И снова мы должны внести некоторые уточнения. В другом тексте я уже показывал, что к отличиям в положении индивида, которые определяются факторами, не зависящими от его воли, следует подходить иначе, чем к тем отличиям, которые возникли благодаря факторам, целиком или по большей части зависящим от его воли. Так, например, богатч, который решает уехать жить в далекий сельский край, не должен требовать того же самого уровня доступа к медицинским услугам или к образованию, что гарантируется на всей остальной территории страны, — по крайней мере, такое его требование не может обосновываться принципом справедливости<sup>4</sup>. Но в целом представление о том, что хорошая общественная услуга — та, которая обеспечивает равный доступ для всех людей, независимо от их социального и экономического положения, а также всех остальных отличий, не имеющих отношения к их потребности в данной услуге, является весьма значимым и одновременно бесспорным.

---

4. Подробное изложение этой идеи см. в: Le Grand 1984, 1991.

## КОМПРОМИССЫ

Обсуждая реагирование на нужды потребителей и подотчетность перед налогоплательщиками, мы поняли, что не всегда возможно выполнить все требования обеих сторон. Примерно то же самое можно сказать и о других обсуждаемых здесь целях. В некоторых случаях и ситуациях в предоставлении услуги следует искать компромисс между разными целями. Так, например, не всегда получается — на деле это почти всегда невозможно — обеспечить всем равный доступ к наиболее высококачественным для данной страны услугам. Как мы уже видели, услуги, полностью отвечающие нуждам и потребностям некоторых индивидов, не всегда эффективны, если рассматривать их в контексте интересов более обширного сообщества. Требование справедливого или честного отношения со стороны тех, кто занимается оказанием общественных услуг, не всегда согласуется с требованием предоставления услуг, которые соответствуют нуждам и желаниям потребителей. И так далее.

Мысль о том, что можно достичь компромисса между разными целями, людям, слабо знакомым с миром политики, часто представляется недопустимой и опасной. Отчасти это связано с тем, что такие цели нагружены моральными ценностями, так что идею поиска компромисса между разными моральными требованиями нелегко понять и принять. Однако подобные компромиссы — неизбежный факт разработки политики и политического развития, поэтому их следует признать. Ни одна общественная услуга не может успешно удовлетворить всем целям сразу; следовательно, ни одно из средств предоставления общественной услуги не будет совершенным. Но есть и другие причины,

объясняющие, почему средства предоставления общественных услуг не могут быть совершенными. Ими мы теперь и займемся.

## СРЕДСТВА

По существу, есть только четыре средства, или модели, предоставления общественных услуг для достижения целей, описанных в предыдущем разделе. Есть модели, опирающиеся на *доверие*: профессионалам и иным работникам общественных услуг просто доверяют заниматься оказанием действительно хороших услуг без вмешательства в их деятельность со стороны государства или кого-либо еще. Существуют модели, использующие *административный контроль* (или иерархическое управление), — в этом случае государство или некое государственное агентство участвует в предоставлении услуги посредством управленческой иерархии, в которой вышестоящие начальники отдают приказы или инструкции относительно данной услуги своим подчиненным. Вариантом этого метода является *управление постановкой целей и оценкой результатов*; данный вариант широко использовался в последние годы, особенно в Британии, и здесь мы уделим ему особое внимание в разделе об оценке результатов. Затем идут модели, опирающиеся на *голос*, — в них потребители пытаются получить хорошую услугу, сообщая свои мнения напрямую поставщикам, для чего используются разные методы — от прямого контакта с профессионалами до жалоб избранным представителям. Наконец, существуют модели, которые зависят от потребительского *выбора* в условиях наличия или отсутствия *конкуренции*, — в этих моделях потребители могут выбирать

из множества разных поставщиков, которые конкурируют за клиентов друг с другом.

Далее мы будем оценивать достоинства и недостатки названных моделей. В данной главе мы рассмотрим доверие, административное управление и голос; в следующей главе — выбор и конкуренцию. Еще одно замечание, прежде чем перейти к анализу. На практике почти все системы предоставления общественных услуг используют то или иное сочетание всех этих моделей, причем, как мы увидим, на вполне законном основании. Следовательно, спор о том, какая модель «лучше», не нацелен на замещение всех моделей какой-то одной самой лучшей. Он, скорее, касается желательности смещения баланса в системе предоставления услуг в пользу той или иной модели, а не исключения всех остальных. Однако нам важно провести понятийные различия между четырьмя моделями. Ведь у каждой свои достоинства и недостатки, поэтому их проще выделить, если рассмотреть каждую модель отдельно от всех остальных.

## Д О В Е Р И Е

Основная идея модели доверия проста: правительство определяет общий бюджет, выделяемый для данной услуги; те, кто ее предоставляет, тратят деньги по собственному усмотрению. Поставщиками услуги обычно оказываются профессионалы того или иного рода — врачи, медсестры, учителя, директора школ, социальные работники, — и им доверяют в том, что, когда они тратят бюджетные деньги, они делают это профессионально. То есть предполагается, что они распределяют ресурсы так, чтобы достичь целей, входящих в определение хорошей услуги, то есть предоставить услугу, которая будет эффективной, реагирующей на нужды, подотчетной, справедливой и высококачественной.

В модели доверия предполагается, что профессионалы и другие работники общественных служб должны работать совместно друг с другом — неформально или же организуя достаточно формальные сети. Поэтому иногда такую модель называют сетевой или моделью сотрудничества. Но в действительности модель доверия шире, поскольку она опирается на доверие профессионалам во всех ситуациях, независимо от того, работают они друг с другом в сети или нет.

Такая модель обладает многими преимуществами, если она используется для предоставления общественных услуг. По вполне очевидным причинам сотрудникам этих служб, особенно профессионалам, данная модель очень нравится. В соответствии со своим профессиональным опытом они склонны считать себя независимыми и автономными, думать, что они работают в средах, в которых не особенно заметна какая-то управленческая иерархия и где почти никто не указывает им, что делать. Они имеют возможность свободно организовывать свою жизнь и предоставлять услуги в том виде, который им кажется наиболее правильным; именно этой свободой они и наслаждаются.

У модели есть преимущества и с точки зрения людей, принимающих политические решения, и даже с точки зрения потребителей услуг. Довольно высокие моральные стандарты профессионалов в этой модели могут делать их более продуктивными. Кроме того, как мы увидим, многие иные модели требуют того или иного мониторинга качества предоставляемой услуги, которым должны заниматься либо правительство, либо сами потребители. Во многих общественных услугах качество довольно сложно оценить, особенно если оно определяется через результаты. Поэтому эффективный мониторинг, если он вообще возможен, может

оказаться крайне затратным и требовать много ресурсов, а также может привести к деморализации и расхолаживанию тех, кто вынужден принимать результаты к сведению. Любая модель, в которой, как кажется, можно уйти от необходимости такого мониторинга, вероятно, при прочих равных условиях будет более продуктивной, чем модель, в которой это невозможно. Если же говорить в более широком нравственном контексте, система, которая, по видимости, доверяет людям, работающим в ней, более привлекательна и даже, возможно, более элегантна, чем та, которая требует постоянно-го мониторинга и надзора за теми, кто в ней занят.

Кроме того, если качество сложно отследить, столь же сложно определить и другую цель наших общественных услуг — эффективность. Ведь, если нет достоверной информации о качестве, сложно решить, эффективна ли дешевая услуга или же она просто низкокачественна. Доверие же поставщикам услуги оказывается просто-напросто экономическим методом, позволяющим обойти данные проблемы.

Но можно ли им доверять? Только в той мере, в какой выполняется ключевое условие *мотивации* профессионалов. Собственно, их мотивом прежде всего должна быть забота о благополучии тех, кого они обслуживают, а не их собственный материальный интерес. Иными словами, в этой модели предполагается, что все работающие в общественных услугах — альтруистические рыцари, а не эгоистичные плуты. Их единственной заботой является удовлетворение нужд и желаний потребителя услуги и более широкого сообщества. Следовательно, им можно доверять в том, что они будут предоставлять качественные услуги, делая их эффективными, реагирующими на нужды, подотчетными и справедливыми.

Термины «рыцарь» и «плут» я ввел в предыдущей моей книге, в которой эти метафоры используются



постоянно (Le Grand 2003). Термин «плут» берет начало в работах философов XVIII века Давида Юма и Бернарда де Мандевиля, использовавших его для описания индивида, единственной заботой которого является его собственная выгода. В той книге я противопоставлял плута рыцарю, то есть индивиду, чьей главной заботой оказывается благополучие других. Так, врачами, учителями или социальными работниками, поступающими по-рыцарски, оказываются те, кто ставит интересы своих пациентов, учеников или клиентов выше собственных; тогда как профессионалами-плутами будут те, для кого собственные непосредственные интересы важнее интересов людей, которым они призваны служить.

Рыцарское поведение может возникать из нескольких источников. Во-первых, оно может появляться как следствие «чистого» или «не соотносимого с действиями» альтруизма, то есть беспокойства, возникающего при виде страдания других людей, и желания увидеть, что их страдания облегчены, не связанного с тем, кто действительно их облегчит. Или же оно может возникать из того, что я называл «соотносимым с действиями» альтруизмом, когда такое беспокойство, обусловленное страданием других, связывается с желанием самому сделать что-то, чтобы облегчить эти страдания, что обычно требует определенной степени самопожертвования (Le Grand 2003, Ch. 2 and 4). Также такое поведение может мотивироваться не той или иной формой альтруизма, а более эгоистическими интересами, такими как укрепление собственной профессиональной репутации или желание получить одобрение со стороны других<sup>5</sup>.

---

5. Тут, естественно, возникает вопрос: может ли поведение, задаваемое такими более эгоистическими мотивами, описываться как рыцарское или альтруистическое? Дей-

Каков бы ни был источник рыцарского поведения, опора на него — главная составляющая модели доверия. Но что если некоторые люди, занятые оказанием общественных услуг, не такие уж безупречные рыцари? В этом случае модель доверия сталкивается с проблемами, поскольку преследование собственных интересов в контексте модели доверия с высокой вероятностью ведет к услуге, которая организована, скорее, в интересах ее поставщиков, а не потребителей. А это будет сказываться на всем: времени начала приема больных, расписании специалистов, продолжительности и структуре школьного дня и, что более важно, предлагаемом медицинском лечении и школьных программах, — так что результат окажется, по всей вероятности, не в пользу потребителей.

В действительности имеющиеся исследования по мотивации людей, занятых в общественном секторе, показывают, что они не являются ни исключительно рыцарями, ни исключительно плутами, оказываясь, как и большинство остальных людей, чем-то средним (Le Grand 2003, Ch. 2). Также вероятно, что зачастую от обстоятельств зависит то, какая именно мотивация сыграет свою роль. Следовательно, порой обстоятельства складываются именно так, что мотивируется плутовское поведение, что, соответственно, наносит ущерб предоставляемым услугам.

---

ствительно, есть и более обширная проблема: может ли хоть какая-то форма поведения быть мотивирована истинным альтруизмом, поскольку даже в том случае, когда люди поступают альтруистически, они, вероятно, делают это, поскольку хотят этого, и только поэтому их поведение приносит другим какую-то пользу. Решение этой проблемы выходит за пределы данного исследования; в более развернутой форме я обсуждал ее в своей предыдущей работе: Le Grand 2003, p. 27–28.

Кроме того, даже если бы профессионалы общественных услуг всегда были безупречными рыцарями, есть проблемы, связанные с опорой на рыцарские мотивации. Во-первых, у рыцарей не всегда есть мотив действовать эффективно. Зачастую достаточным мотивом является хорошая услуга, но не максимально хорошая. Это может мешать инновациям: проще продолжать делать те же хорошие дела, что и всегда, чем вносить изменения, необходимые для совершенствования. А если нет способа сравнить результативность, профессионалы могут и не знать, насколько посредственны их услуги.

Во-вторых, у рыцарей может быть своя собственная повестка. Они вполне могут быть альтруистами в том смысле, что они заботятся о благосостоянии других, однако их интерпретация того, что способствует благосостоянию, может отличаться как от точки зрения правительства (примером могут служить религиозные школы), так и от позиции самих потребителей.

В-третьих, поставщики могут быть плутами с точки зрения правительства, когда они подрывают курс правительства, но рыцарями с точки зрения потребителей, поскольку они, например, искажают правила в пользу последних. В действительности этот момент может использоваться в качестве составляющей более развернутого аргумента в пользу доверия: потребители могут благоволить рыцарям, поскольку те выступают в качестве защитников их интересов перед лицом бюрократии, не проявляющей особой заботливости. Но тем самым предполагается, что определенные части системы — равнодушная бюрократия — не достойны доверия, что ставит под вопрос всю модель в целом.

Здесь также важен момент, выделенный специалистом по анализу государственной политики Рудольфом Кляйном:

Рыцарское поведение может быть не столько решением, сколько проблемой... С точки зрения потребителей, рыцари могут казаться авторитарными патерналистами, глубоко убежденными в том, что во всех своих поступках они остаются альтруистами, которые лучше всех остальных знают, что надо делать. Если преследование собственных интересов в ущерб интересам всего общества — это патология плутовства, то непреклонность и самолюбленность — это патологии рыцарства (Klein 2005, p. 94).

Иными словами, рыцари-защитники, действующие внутри бюрократических систем, могут быть по своей сути патерналистами, то есть давать потребителям то, в чем, по их мнению, они нуждаются, что не обязательно совпадает с потребностями и желаниями самих потребителей.

Также представления рыцарей о нуждах более широкого общества могут оказаться весьма ограниченными. Сталкиваясь с индивидуальными несчастьями, рыцари с трудом признают то, что ресурсы не безграничны. Это легко понять: кто хотел бы оказаться в положении врача, который должен сказать пациенту, что он не получит лекарство, которое могло бы спасти ему жизнь, поскольку деньги можно потратить с большей эффективностью на что-то еще? А если их можно потратить эффективнее, то так и надо поступить.

Работа модели доверия в сетевом контексте поднимает и другие проблемы, ведь она требует, чтобы члены сети доверяли друг другу. Члены сети должны быть уверены в том, что другие члены не преследуют свои собственные интересы или интересы института, в котором они работают (Mayer et al. 1995; Tomkins 2001). Они также должны верить в способности всех членов, то есть в их эффектив-

ность и способность выполнять задачи, которые им поручены.

К сожалению, данные условия не всегда выполняются. Интересной иллюстрацией может служить недавнее исследование шотландских медицинских кооперативов (Hannah et al. 2006). После передачи значительных полномочий местным властям в 1997 году Шотландия умышленно отказалась от модели выбора и конкуренции и перешла к системе предоставления медицинских услуг, основанной на доверии и сетях. В исследовании медицинских кооперативов рассматривались как врачи общей практики, так и медицинские менеджеры; целью исследования было повышение качества медицинских услуг в Шотландии. К несчастью, врачи общей практики почти всегда не доверяли менеджерам и ставили под вопрос их способности, благонамеренность и честность. Соответственно, повысить качество услуг не получалось. Сети, частью которых был и кооператив, пришлось расформировать.

Кроме того, сложно понять, как модель доверия, если она не срабатывает, может быть улучшена при сохранении базового требования, то есть доверия поставщику услуги. Можно было бы способствовать более рыцарскому поведению при помощи, например, коллегиальной оценки и отслеживания эффективности, но это уже предполагает обращение к неальтруистической мотивации (например, к желанию нравиться коллегам), то есть приближается к структуре стимулов, свойственной плутам.

К тому же давление со стороны коллег определяется нормами, которые могут оказаться просто отражением коллективных интересов данной профессии, а не индивидуального интереса потребителя. Следовательно, оно может применяться с целью защиты устоявшихся методов, заработных плат или условий труда.

Как мы увидим, природа большинства общественных благ такова, что любая система предоставления услуг должна опираться на определенное доверие людям, которые заняты в сфере данных услуг. Но в целом и интуиция, и опыт говорят нам, что опора на одну лишь модель доверия вряд ли позволит получать хорошие услуги. Нужна система, в которой элементы системы доверия объединяются с другими моделями, так что признается существование как плутовских, так и рыцарских мотивов, при этом рыцарские мотивации сохраняются, но направляются на службу более общим интересам.

## ЦЕЛИ

Наша следующая модель, одна из версий которой обычно называется административным управлением, является почти полной противоположностью доверия. В этом случае профессионалы (и практически все, занятые в рассматриваемой услуге) оказываются частью управленческой иерархии, в которой вышестоящие начальники отдают своим подчиненным инструкции, относящиеся к предоставлению услуг.

Административное управление может принимать разные формы. В последние годы британское правительство ввело один из его вариантов, который мы можем назвать «управлением постановкой целей и оценкой результатов». При таком управлении для организаций общественного сектора, таких как школы или больницы, устанавливаются определенные цели, обычно количественные, которых следует достичь, а затем персоналу этих организаций предлагаются различные вознаграждения или наказания за достижение или неспособность достичь целевых показателей. К числу вознаграждений относятся большая автономия

организации и/или финансовые бонусы, а также продвижение персонала по служебной лестнице. Наказаниями могут выступать большая степень внешнего надзора за работой организации, а также понижение или увольнение персонала. В качестве наказания может применяться «огласка и позор» — предоставление коллегам или общественности информации о плохих результатах с целью унижения данных сотрудников или организации. Такое унижение должно, как предполагается, заставить их исправиться.

Сегодня британский опыт говорит о том, что такое управление постановкой целей и оценкой результатов обладает одним значимым преимуществом в качестве модели предоставления общественных услуг. Оно работает — по крайней мере в краткосрочной перспективе. Национальная служба здравоохранения в Англии разработала и ввела в действие достаточно обширную систему целевых показателей вместе с жесткой оценкой результатов. Такая система получила название «режим целевых показателей и террора» (Bevan and Hood 2006). В результате резко улучшились некоторые ключевые моменты предоставления услуг (особенно время, которое пациенты тратили на очереди). Например, в 2002 году примерно пятая часть всех поступающих в отделения скорой помощи должны были ждать осмотра по четыре часа. Был установлен показатель, в соответствии с которым 98 % доставленных в отделения скорой помощи должны были осматриваться, отпускаться домой или переводиться в больницу в течение не более четырех часов с момента их прибытия. К 2005 году данного показателя удалось достичь, и это несмотря на увеличение на 25 % числа людей, поступающих в отделения, за указанный период (Department of Health 2005a, Statistical Supplement).

Определение целевого числа пациентов, ожидающих плановой операции, оказало похожее воздействие. В 1999 году более четверти таких пациентов в Англии ждали операции более шести месяцев, а более 4% — больше года. Были заданы ключевые показатели и введена система управления производительностью. К 2005 году ни один человек не ждал операции больше года и только 5% ждали больше шести месяцев (Bevan and Hood 2006, p. 420, Table 1).

Другим примером может послужить английская скорая помощь. В 2000 году из числа служб, для которых имеются сопоставимые данные, только одна служба скорой помощи могла выполнять вызовы категории А (те, что связаны со случаями, угрожающими жизни) по меньшей мере на 75% в течение восьми минут. В 2002 году эти цифры — ответ на по меньшей мере 75% вызовов в течение восьми минут — были приняты в качестве основного показателя. К 2005 году данного показателя достигли более четырех пятых служб скорой помощи, и даже самая худшая из них достигла порога в 70% (Department of Health 2005a, Statistical Supplement).

Не так давно Великобритания отдала полномочия, касающиеся предоставления общественных услуг и соответствующих программ, каждой из стран, ее составляющих, — Англии, Шотландии, Уэльсу и Северной Ирландии. Вследствие передачи полномочий местным властям все страны, за исключением Англии, приняли разные модели предоставления общественных услуг, особенно в области здравоохранения. Нам это даже выгодно, поскольку итогом стал естественный эксперимент, позволяющий сравнить успешность различных моделей.

Взять, к примеру, Уэльс. Получив полномочия, касающиеся политики здравоохранения, уэльское законодательное собрание отменило показатели



и отказалось от использования чиновниками системы вертикального управления производительностью, сосредоточившись вместо этого на развитии сотрудничества между органами здравоохранения, местным правительством и третьим сектором. Собственно, в вопросе предоставления услуг оно решило опереться на модель доверия, а политические лидеры открыто отвергли английскую модель, заявив, что для Уэльса она не подходит.

Как показали политические аналитики Гвин Бивен и Кристофер Худ, результаты Уэльса не позволяют подтвердить эффективность системы доверия. Списки ожидания существенно увеличились. В 1999 году 11 % пациентов ждали специального хирургического вмешательства более года; к 2003 году число таких пациентов достигло 16 %. В 2001 году скорая помощь успевала обработать вызовы категории А в течение восьми минут в 50 % случаев, данное число не изменилось и к 2004 году (Bevan and Hood 2006). И это несмотря на то что в Уэльсе было больше ресурсов на душу населения, чем в Англии, причем ресурсы росли примерно с одинаковой скоростью (Alvarez-Rosete et al. 2005).

Экономисты Катерина Хок и Эндрю Стрит сравнили успешность больниц по обе стороны от границы Англии и Уэльса за шестилетний период до и после передачи полномочий местным властям. Они показали, что в английских больницах повысился уровень активности, увеличилось число однодневных операций и уменьшилась смертность. В то же самое время в Уэльсе уровень активности не изменился, число однодневных операций уменьшилось, а смертность возросла. Английские пациенты тратили меньше времени на ожидание, их с большей вероятностью успевали обследовать за время, укладываемое в заданные целевые показатели. Все это они связали с «более жестким режимом управления

постановкой целей и оценкой результатов» в Англии по сравнению с Уэльсом (Hauck and Street 2007).

Генеральный аудитор Уэльса согласен с данным выводом. Он подверг критике систему, не предполагающую ни сильных стимулов, ни санкций, которые могли бы улучшить показатели сроков ожидания. И стало ясно, что такая система на самом деле вознаграждает те организации, которым не удалось добиться уменьшения времени ожидания, предоставляя им дополнительные ресурсы (Auditor General for Wales 2005).

Следует отметить, что положение стало меняться в 2003 году. В Уэльсе начали вводить управление постановкой целей и оценкой результатов, а также предоставлять пациентам механизмы выбора. И списки ожидания, как следствие, тут же сократились.

Управление постановкой целей и оценкой результатов продемонстрировало свою эффективность и в английской системе образования. В частности, арифметические навыки и грамотность существенно улучшились в начальных школах. Количество учеников восьми лет, достигших уровня 4 и выше по английскому языку, выросло с 57% в 1995–1996 годах до 79% в 2006 году, а достигших уровня 4 по математике — с 54% в 1995–1996 годах до 76% в 2006-м<sup>6</sup>. Также наблюдались улучшения в результатах, заносимых в общий сертификат о среднем образовании (ОССО), получаемый при завершении обязательного образования. Количество пятнадцатилетних (на момент начала учебного года) учеников, получивших пять или более отметок по экзаменам ОССО от А\* до С, увеличилось с 45% в 1997 году до 56% в 2005-м, что в абсо-

---

6. «Статистический бюллетень департамента образования и навыков: национальные оценки успеваемости детей семи, восьми и четырнадцати лет в разные годы».

лутных величинах составляет 11% (Department for Education and Skills 2001, 2006b)<sup>7</sup>.

Следует отметить, что некоторые из таких улучшений (особенно по английскому и математике), вероятно, стали результатом не столько определения показателей в этой области (хотя они и были заданы), сколько прямолинейного применения методов административного управления, позволивших строго задать количество обязательных часов обучения грамотности и арифметическим навыкам. Систематический анализ результатов внедрения «часа грамотности» в некоторых английских начальных школах до того, как он стал обязательным, показал значительное увеличение успехов в чтении и английском у тех учеников, у которых был часовой урок грамотности, в сравнении с теми, у кого его не было. Интересно, что мальчикам час грамотности был полезнее, чем девочкам (Machin and McNally 2004).

Так что определенные формы административного управления, включая управление постановкой целей и оценкой результатов, могут повысить результаты. Если есть хорошо поставленная цель (уменьшение времени ожидания, улучшение арифметических навыков и грамотности) и если процесс предполагает строгое, но справедливое распределение вознаграждений и наказаний, тогда эта модель, по всей видимости, может дать по крайней мере некоторые из результатов, входящих в определение хорошей общественной услуги.

Тот факт, что некоторые формы административного управления срабатывают по крайней мере в краткосрочной перспективе, не должен удивлять. В конце концов многие из таких техник использу-

---

7. Было много споров о том, действительно ли этот рост отражает реальное улучшение результатов. См., например: West and Pennell 2003.

ются и приносят хорошие результаты в организациях, не относящихся к общественному сектору. Однако есть основания полагать, что в долгосрочной перспективе применение модели административного управления в сфере предоставления общественных услуг может привести к определенным проблемам. Некоторые из них присущи самой модели, независимо от того, где она применяется, тогда как другие зависят от типа общественной услуги, с которой мы имеем дело.

Чтобы понять некоторые из общих проблем, давайте рассмотрим процессы, связанные с определением целевых показателей. Во-первых, они препятствуют постоянным инновациям и улучшению: как только целевые показатели достигнуты, уже нет стимула двигаться дальше. Во-вторых, показатели могут склонять к «розыгрышу». Он может принимать разные формы: начиная с простой подтасовки цифр и заканчивая более сложными изменениями поведения, которые позволяют достичь нужных целевых показателей, однако ведут к нежелательным долгосрочным последствиям.

Примером игры с изменением поведения может быть необязательная госпитализация пациентов из отделения скорой помощи, осуществляемая для того, чтобы внести их в число тех, кто был «осмотрен» в течение четырех часов. Бивен и Худ приводят и другие примеры: так, офтальмологическая служба, которая должна была выполнить целевые показатели приема новых амбулаторных пациентов, отменяла или откладывала плановые приемы (которые не фиксировались в целевых показателях); в результате, по оценкам, по крайней мере двадцать пять пациентов потеряли зрение в течение двух лет (Bevan and Hood 2006, p. 421).

В-третьих, поскольку невыполнение целевых показателей может быть обусловлено причинами,

выходящими за пределы управленческого контроля, наказания, следующие за таким невыполнением (или, напротив, вознаграждения, связанные с их выполнением), могут казаться произвольными и несправедливыми.

Есть способы, позволяющие улучшить достижение целевых показателей. Чтобы избежать произвола при определении достижения или недостижения показателей, последние должны быть привязаны только к факторам, полностью контролируемым руководством. Бивен и Худ предположили, что для уменьшения риска розыгрыша в определении показателей должен присутствовать элемент неопределенности. Например, они могут быть ретроспективными или же меняться каждый год. Бивен и Худ также выступают за создание независимого комитета, который мог бы оценивать качество данных, что позволило бы снизить риск манипуляций ими.

Однако ни одна из подобных поправок не влияет на главную проблему управления постановкой целей и оценкой результатов, как и вообще всех форм административного управления, когда оно применяется в общественном секторе. Вопрос в мотивации и моральном облике поставщиков услуг. Ничто не расхолаживает и не деморализует их сильнее, чем постоянная бомбежка инструкциями, сыплющимися сверху. И это еще более очевидно в общественных услугах, где значительная часть работников являются профессионалами, привыкшими к значительной автономии, которой они пользуются на своем рабочем месте. Мало кто любит, когда ему говорят, что делать, и особенно это не нравится врачам, медсестрам, учителям, социальным работникам и другим специалистам. Ведь само их обучение заставило считать себя людьми, принимающими независимые решения и в полной

мере несущими ответственность за тех, кому они оказывают свои услуги. То есть они считают, что не должны подчиняться прихотям бюрократов или политиков.

Еще один, хотя и связанный со всеми этими вопросами момент заключается в том, что целевые показатели являются системой приоритетов. Результат, определенный целевыми показателями, уже политически сконструирован в качестве более важного, чем тот, который не внесен в список данных показателей. Однако люди, которые должны достичь целевого показателя, не обязательно разделяют те же приоритеты; они могут решить, что услуга соответствует показателю, но не достигает цели. В таких обстоятельствах профессионалов, даже если они будут выполнять требование выполнения показателей, само выполнение может раздражать и отвращать от работы.

Управление постановкой целей и оценкой результатов и другие формы административного контроля уместны в краткосрочной перспективе. Ведь их можно использовать, чтобы сломить устойчивое сопротивление изменениям, а также показать, что ранее считавшееся невозможным вполне достижимо. Но данные методы не являются долгосрочным решением проблем реформы общественных услуг.

Предпочтительна та система, в которой стимулы к реформированию *включены в нее саму*. Поставщики в таком случае будут пытаться предоставлять высококачественные услуги, не получая указаний от политиков или менеджеров, действующих по подсказке политиков. И эти мотивы должны реализовываться на самом нижнем уровне. Если нужно обеспечить реагирование на нужды потребителей, соблюдая принцип автономии, то представления потребителей о собственных желаниях и нуждах нельзя считать чем-то не имеющим от-

ношения к определению существа этих желаний и нужд, как, к сожалению, зачастую бывает и в системе доверия, и в системе целевых показателей.

### ГОЛОС

Одна из моделей построения общественной услуги снизу вверх — модель голоса. Возможно, лучшее ее определение принадлежит человеку, который ввел данный термин в данный контекст, — Альберту Хиршману. Он определил ее как попытку

изменить нежелательное состояние дел с помощью индивидуального или коллективного призыва к непосредственному руководству, к более высокой власти, способной повлиять на это руководство, или с помощью различных типов действий и протеста, в том числе направленных на мобилизацию общественного мнения (Хиршман 2009, с. 36).

Иными словами, голос — просто краткое обозначение для всех форм выражения потребителями своей неудовлетворенности (или, напротив, удовлетворенности) за счет того или иного непосредственного общения с поставщиками услуг. Например, такое общение может быть личной беседой: родители разговаривают с учителями об образовании своих детей, пациенты болтают со своими лечащими врачами. Но общение может быть и не таким непосредственным: разговор с членом родительского совета, вступление в этот совет, беседы на консультативном форуме пациентов, вступление в управляющий совет больницы. Оно может быть и более формальным, то есть предполагать процедуру подачи жалобы определенным выборным представителям, наличие специального уч-

реждения, занятого рассмотрением жалоб, и т.д. Оно может быть коллективным и включать процесс голосования.

Модель голоса, несомненно, имеет свои преимущества в качестве средства предоставления общественных услуг. Конечно, она позволяет учитывать потребности и желания потребителей, по крайней мере в том виде, как они сами их понимают. Кроме того, механизмы индивидуального голоса могут быть источниками весьма богатой информации. Если рассказать поставщикам о том, чем плоха оказываемая ими услуга (или что в ней хорошего), это может им сильно помочь, если они захотят улучшить ее. И данный метод гораздо более эффективен, чем приостановка движения по карьерной лестнице или, как в модели выбора, простое переключение на другого поставщика.

Механизмы коллективного голоса обладают тем преимуществом, что они на самом деле коллективны — они учитывают интересы всего сообщества. С другой стороны, это довольно неудобные инструменты, если нужно работать с индивидуальными решениями, которые нам как раз и интересны. Родители, недовольные местной школой, или пациенты, неудовлетворенные местной больницей, могут голосовать за местных депутатов, которые обещают улучшить школы или больницы. Но чтобы их голосование привело к какому-то результату, должно быть выполнено много условий: выборы должны быть назначены на не слишком далекую дату; взгляды таких недовольных людей должны разделяться большинством избирателей; вопросы, касающиеся качества школ или больниц, должны быть основными факторами, влияющими на выборы; среди кандидатов должны быть политики, обещающие лучшие школы и больницы, а у этих политиков, если их на самом деле выберут, должен быть



какой-то надежный метод, позволяющий реально улучшить состояние школ и больниц.

Кроме того, несмотря на свой коллективный характер, такие механизмы часто не справляются с неэффективностью или низкими результатами. Избиратели редко имеют представление о затратах, связанных с выполнением их требований к услугам. Когда же они ничего не знают о таких затратах и издержках, они могут запросто проголосовать за улучшение или сохранение каких-то определенных услуг, что, однако, будет невыгодно другим людям. И такое часто случается, когда на голосование выносятся предложения по закрытию школ или больниц: те, кто приходит на голосование, обычно не платят за сохранение спорных организаций, поэтому они голосуют против предложений по их закрытию. Могут быть и несправедливые решения: большинство способно проголосовать за сегрегацию меньшинства, исключая его формальными или неформальными методами из числа получателей данной услуги.

Более индивидуалистические механизмы голоса, такие как процедуры подачи жалоб, также не лишены проблем. Они требуют энергии и решимости; на их работу уходит очень много времени; у тех, на кого поданы жалобы, они вызывают защитную реакцию и стресс. У потребителей, подающих жалобы, не обязательно на самом деле есть на что жаловаться, а враждебные отношения между профессионалами и потребителями, особенно связанные с угрозой судебного преследования, могут привести к затратным и неэффективным оборонительным реакциям, с которыми свыкаются поставщики услуг.

Более важно, что многие индивидуалистические механизмы голоса выгодны хорошо образованным людям, умеющим четко выразить свои претензии.

У лучше обеспеченных людей и голос громче, ведь у них больше нужных контактов и им проще добиться внимания нужных людей. Они умеют использовать свой голос, требуя доступ к большему количеству услуг (таких как консультации у врачей-специалистов, диагностические тесты, госпитальное лечение, лучшие учителя и т.д.). В целом пациенты и родители из среднего класса более четко выражают свои претензии, более настойчивы и решительны, чем люди из более бедных классов. А медицинские работники и директора школ, принимающие соответствующие решения, легче находят общий язык именно с родителями и пациентами из среднего класса и, соответственно, лучше относятся к ним.

К этому можно добавить и то, что у большинства представителей среднего класса есть друзья или знакомые, принадлежащие к той или иной профессии, связанной с рассматриваемыми услугами, которые помогают им сориентироваться в системе. Следовательно, средний класс находится в намного лучшем положении, чем представители низших слоев общества, и они могут получить качественные медицинские услуги для себя и своих семей, как и лучшее образование для своих детей. Кроме того, они чаще сами заняты в институтах, связанных с мнениями и голосом. Так, они могут стать членами школьного родительского совета или же членами управляющего совета больницы.

Среднему классу для решения своих проблем не всегда приходится полагаться на голос. Даже в системах, где отсутствует формальная возможность выбора, все равно есть две возможности для осуществления выбора в определенной форме. Во-первых, в большинстве стран есть возможность выхода из общественной системы (или неучастия в ней): можно использовать собственные или се-

мейные средства для покупки частного образования или частных медицинских услуг (Канада, в которой частные медицинские услуги в некоторых провинциях запрещены, является частичным исключением, хотя и там есть возможность пересечь границу).

Во-вторых, можно совершить переезд, чтобы получить доступ к хорошим школам или больницам. Реальность подобного решения иллюстрируется несколькими исследованиями, проведенными в Великобритании. Недавнее изыскание крупнейшего ипотечного кредитора, компании *Halifax*, показало, что в районе с лучшими средними школами стоимость домов оказывается на 12% выше средней. Эти данные подтвердили результаты более раннего доклада, представленного другим крупным ипотечным кредитором — компанией *Nationwide* (*The Guardian*, 26 March 2005, p. 23). Гиббонс и Мачин выяснили, что 10%-ное повышение рейтинга начальных школ может на 3% повысить стоимость дома, расположенного рядом с такой школой; и это локальный эффект, поскольку в 600 метрах от ворот школы он снижается в два раза. В Лондоне и Юго-Восточной Англии переезд из района со слабыми начальными школами в район с более сильными может стоить в среднем 61 тысячу фунтов стерлингов, а в отдельных случаях намного больше. (Гиббонс и Мачин также выяснили, что вследствие путаницы в вопросах поступления в школу, а также нехватки надежной информации об успехах конкретных школ родители часто проявляют «стадное» поведение, переезжая поближе к школам, в которые трудно попасть, хотя они и не обязательно демонстрируют наилучшие результаты (Gibbons and Machin 2005).)

Нет ничего удивительного в том, что в таких обстоятельствах невыборные системы благоприят-

ствуют лучше обеспеченным людям. Например, недавнее исследование британской Национальной службы здравоохранения показало, что:

- безработные, люди с низким доходом и низким уровнем образования обращаются за медицинской помощью — при той же потребности в ней — реже, чем имеющие работу, богатые и лучше образованные;
- хирургических вмешательств, проводимых после сердечного приступа, таких как коронарное шунтирование или ангиография, в случае низших социально-экономических групп было на 30 % меньше, чем в высших;
- среди низших социально-экономических групп проводится на 20 % меньше операций по эндопротезированию тазобедренных суставов, чем среди высших групп, несмотря на то что у первых потребность на 30 % больше;
- социальные классы IV и V имели на 10 % меньше профилактических консультаций, чем у классов I и II, учитывая стандартизацию всех остальных факторов<sup>8</sup>;

---

8. В соответствии со «Стандартом профессиональной классификации», который используется в британской статистике, население делится на пять групп, обозначаемых римскими цифрами. Так, к классу I относятся профессионалы (юристы, архитекторы, врачи); к классу II — менеджеры и технические специалисты; к классу III — квалифицированные работники, не занятые физическим трудом, включая продавцов и офисных служащих, и квалифицированные работники, занятые физическим трудом, включая электриков и шахтеров; к классу IV принадлежат «частично квалифицированные» работники (например, кондуктора автобусов и сельскохозяйственные рабочие); к классу V — неквалифицированные работники. — *Прим. перев.*

- сдвиг пациента вниз на одну отметку по шкале депривации, состоящей из семи делений, означает то, что терапевт потратит на такого пациента на 3,4 % меньше времени (Dixon et al., forthcoming).

Но даже и этот перекося в пользу среднего класса — не главная проблема, связанная с голосом. Скорее, она заключается в отсутствии стимулов. Сами по себе механизмы голоса не создают достаточных стимулов для улучшения ситуации. Если у поставщика есть монополия на данную услугу, он может игнорировать жалобы потребителей, почти ничем не рискуя.

Эту проблему в какой-то мере можно обойти, соединив голос с любой другой моделью, например с доверием, и, соответственно, полагаться на рыцарские мотивации поставщиков, которые должны в таком случае устранять любые промахи, о которых им сообщат потребители. Загвоздка, однако, в том, что, как мы видели, не все поставщики общественных услуг рыцари, и, даже если бы они были ими, они не всегда симпатизируют настырным потребителям.

Также модель голоса можно объединить с административным управлением. Поставщики, игнорирующие жалобы, могут быть наказаны вышестоящим руководством. Но в данном случае возникнет проблема деморализации и расхолаживания, которую мы уже упоминали в связи с административным управлением. Поставщики, которым указывают, что делать, вряд ли будут стремиться к тому, чтобы их услуги отвечали нуждам потребителей.

Модель голоса также может быть объединена с выбором. Если поставщики знают, что неудовлетворенные люди могут отказаться от них и найти кого-то еще, у них появится стимул улучшать свои

услуги. Выбор может придать силу голосу. Но, чтобы понять это, нам следует подробно проанализировать модель выбора, чем мы и займемся в следующей главе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ни одна система предоставления публичных услуг не должна, да и не может, полностью исключать целевые показатели (и административное управление в целом), голос или доверие. Управление постановкой целей и оценкой результатов может сломить институциональное сопротивление изменениям, особенно в краткосрочной перспективе. Голос дает поставщикам важную информацию о качестве оказываемых услуг. Многие общественные услуги связаны с процессами и результатами, качество и издержки которых сложно отслеживать потребителям, правительству или даже менеджерам, поэтому доверие поставщикам, качеству и эффективности их услуг неизбежно.

Однако у всех этих моделей есть главная проблема, которая не позволяет опираться на какую-то одну из них и использовать ее в качестве фундамента системы оказания общественных услуг, — проблема отсутствия реальных стимулов у поставщиков. Так, модель доверия вряд ли может предложить какие-то непосредственные стимулы. Наоборот, она опирается на то, что все поставщики будут предоставлять хорошие услуги исключительно в силу (достаточно специфической формы) рыцарской мотивации, которая сама по себе представляет особый феномен, пусть и реальный, но все же недостаточно широко распространенный, чтобы на нем можно было успешно выстроить всю систему общественных услуг. Рыцарское поведение можно вызвать

внедрением различных механизмов, таких как коллегиальные оценки, но и они могут стать жертвой коллективного эгоизма, что негативным образом скажется на самой услуге.

Различные версии административного управления, включая управление показателями и производительностью, предлагают прямые стимулы, но они порой оказываются довольно грубыми (например, наказания) и практически всегда ведут к расхолаживанию и деморализации тех, кого требуется стимулировать, что наносит ущерб качеству предоставляемых ими услуг. Следовательно, хотя такая модель может принести пользу, когда нужно за короткий срок достигнуть определенных целевых показателей, она не является долгосрочным решением проблемы предоставления общественных услуг. Также и модели голоса, хотя их преимуществом и является то, что они непосредственно учитывают мнение потребителей, сами по себе опять же никак не стимулируют поставщиков, не заставляют улучшать услуги, если только они не соединены с элементами систем доверия или административного управления, но в этом случае возникают все те же проблемы, связанные с данными системами. Кроме того, они, как правило, благоприятствуют более обеспеченным и лучше образованным людям.

Короче говоря, если целью является получение хорошей услуги, то есть услуги высококачественной, эффективно обеспечиваемой, отвечающей нуждам и желаниям потребителей, подотчетной налогоплательщикам и справедливой по отношению к потребителям и работникам этой услуги, мы должны поискать что-то другое.

## Глава 2

# Выбор и конкуренция

**В** предыдущей главе были проанализированы некоторые преимущества и недостатки трех способов, или моделей, предоставления общественных услуг: доверия; постановки целей, оценки результатов и других форм административного контроля; голоса, как индивидуального, так и коллективного. Мы пришли к выводу, что все они должны использоваться в любой системе общественных услуг, поскольку сложно представить себе такую систему, которая могла бы обойтись без определенных составляющих каждой из этих моделей. В то же время мы показали, что модель предоставления общественных услуг порождает существенные проблемы, если используется в качестве единственной или основной. И если целью является достижение хорошей общественной услуги, нужно рассмотреть какие-то альтернативы.

В данной и следующей главах мы как раз и будем анализировать такую альтернативу — выбор и конкуренцию. Мы утверждаем, что модели, в значительной мере опирающиеся на выбор, соединенный с конкуренцией поставщиков, в общем и целом обеспечивают поставщиков лучшей структурой стимулов, чем иные, уже описанные нами модели, и, следовательно, с большей вероятностью позволяют обеспечивать высококачественные услуги, делая обеспечение эффективным, справедливым и отвечающим запросам потребителей. Если вос-



пользоваться знаменитой метафорой Адама Смита, обычно применяемой к частным рынкам, правительство может использовать «невидимую руку» выбора и конкуренции для достижения своих целей в общественных услугах (Смит 2007, с. 443).

Этот тезис не бесспорен, поэтому во второй половине главы мы будем изучать три наиболее часто озвучиваемых (и вероятно, наиболее серьезных) контраргумента, направленных против данной модели: утверждают, что «людям не нужен выбор, им нужны хорошие местные услуги»; выбор якобы является «навязчивой идеей среднего класса» и притом «угрожает публичной сфере». Данными аргументами, конечно, не исчерпываются возможные проблемы, связанные с внедрением данной модели. Но остальные более тесно связаны с конкретными контекстами, поэтому мы будем рассматривать их в последующих главах, где речь пойдет о здравоохранении и образовании.

## ЗНАЧЕНИЕ ВЫБОРА И КОНКУРЕНЦИИ

Сначала проясним терминологию. Существуют различные типы выбора, который потребители могут совершать в контексте общественных услуг: они могут выбирать «когда», «кто», «что», «где» и «каким образом». Есть выбор поставщика (где), то есть выбор больницы, терапевтической или амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, иных медицинских услуг, выбор школы. Затем есть выбор профессионала (кто) — выбор терапевта или семейного доктора, специалиста в больнице или консультанта, выбор иных медицинских специалистов, например сиделки или физиотерапевты, выбор учителя. Имеется выбор услуги (что) —

выбор между разными формами лечения, такими как медикаментозная терапия или какая-то хирургическая операция; в образовании — выбор определенных программ или форм преподавания. Затем есть выбор времени (когда) — выбор времени приема, времени операции или момента госпитализации. Наконец, существует выбор канала доступа или метода коммуникации (как): обычно в общественных услугах это личное общение, но все больше коммуникация идет через телефон и Интернет. Принцип выбора в общественных услугах охватывает решения во всех данных сферах.

Решения не всегда независимы друг от друга. Пациенты могут выбрать какого-то определенного поставщика медицинских услуг из-за его часов приема или меньшей очереди, из-за того, что они хотят встретиться именно с этим профессионалом или из-за предлагаемого данным поставщиком лечения. В образовательной сфере родители могут предпочесть конкретную школу для своего ребенка из-за определенной программы (к примеру, специализированную школу) или стиля преподавания (системы Монтессори). Некоторые поставщики предлагают разные формы доступа, в частности телефонные консультации, поэтому их и выбирают. Однако полезно помнить о различиях между типами выбора, поскольку аргументы за и против расширения модели выбора часто варьируются в зависимости от того или иного типа выбора.

Также важно определить, кто именно выбирает. Это могут быть сами потребители, родственники потребителей (например, родители, выбирающие школу), индивидуальные агенты потребителей (например, врачи общей практики, совершающие выбор от имени своих пациентов) или коллективные агенты, выбирающие нечто от имени потребите-

лей (в такой роли могут выступать местные власти, распределяющие контракты среди поставщиков от имени потребителей).

В данной и следующих двух главах речь преимущественно будет идти о выборе поставщика (например, школ или больниц) потребителями и/или их семьями. Главный вопрос для нас — выбор самих поставщиков, поскольку именно он занимает центральное место в политических и бюрократических спорах, а также потому, что в решение о выборе поставщика, как мы уже отметили выше, зачастую включены все остальные решения. В этих главах мы будем в основном обсуждать выбор, совершаемый потребителями (или непосредственными агентами потребителя, такими как родители, выбирающие школу для своего ребенка), что отчасти определено теми же причинами, а частично тем, что коллективный выбор поднимает ряд вопросов, которые существенно отличаются от проблем потребительского выбора и выходят за пределы нашего рассмотрения.

Определить конкуренцию несложно: наличие определенного числа поставщиков общественной услуги, каждый из которых по той или иной причине заинтересован в привлечении потребителей. Такую ситуацию можно противопоставить единой, или монопольной, услуге, когда есть только один поставщик, которым приходится пользоваться всякому, кто желает получить соответствующую услугу.

Другой термин, которым мы будем пользоваться, — «квазирынок». Квазирынок напоминает обычный рынок в том смысле, что на нем присутствуют независимые поставщики, конкурирующие за клиентов данного рынка. Но от обычного рынка он отличается одним ключевым моментом. Дело в том, что потребители не выходят на квазирынок

со своими собственными ресурсами, которые они могли бы потратить на покупку товаров и услуг, как на обычном рынке. Услуги оплачиваются государством, но деньги распределяются в соответствии с потребительским выбором при помощи таких инструментов, как ваучеры, специальные бюджеты или формулы финансирования. То есть квазирынок является по своей сущности механизмом выравнивания, поскольку он позволяет поставлять общественные услуги, избегая неравенства, которое возникает на обычных рынках вследствие различий в покупательной способности людей<sup>1</sup>.

Существуют поставщики разных типов, которые могут конкурировать друг с другом на квазирынке. К их числу относятся предприятия малого бизнеса, партнерства, рабочие кооперативы, корпорации, некоммерческие или волонтерские организации, а также государственные институты. Поэтому внедрение конкуренции и квазирынков в общественные услуги не следует путать с так называемой приватизацией данных услуг, хотя в некоторых спорах об этих вопросах такой путаницы избежать не удалось (см., например: Pollock 2005). Ведь вполне возможна конкуренция между государственными и некоммерческими организациями без всякого вмешательства частного сектора. Значимо именно наличие конкуренции, а не структура собственности поставщиков, ведь, как мы увидим в следующей главе, поведение, провоцируемое конкуренцией, в каждом случае оказывается примерно одинаковым, независимо от типа поставщика.

---

1. Обсуждение термина «квазирынок» и его природы см. в: Le Grand and Bartlett 1993.

## ВЫБОР И КОНКУРЕНЦИЯ: МОДЕЛЬ

Есть три главных аргумента в пользу выбора и конкуренции как модели предоставления общественных услуг. Данная модель соблюдает принцип автономии и повышает степень реагирования на нужды и желания потребителей; стимулирует поставщиков, заставляя их повышать качество и эффективность; она также с высокой вероятностью обеспечивает более справедливые услуги, чем ее альтернативы.

**Принцип автономии.** Можно напомнить, что в формулировке Альберта Вилия он предполагает, что «ко всем людям следует относиться как к разумным и целеустремленным носителям воли, способным формулировать свои собственные проекты». Предложение выбирать поставщика общественных услуг — одна из составляющих такого уважения.

Чтобы понять не только это, но и то, почему вообще уважительное отношение так важно, рассмотрим ситуацию, в которой вы являетесь больным или школьником. Если вы больны, у вас немного вариантов поиска медицинской помощи. Если вы молоды, государство принуждает вас ходить в школу. Легко представить себе такую ситуацию, в которой вы считаете, что учитель или врач некомпетентны или что они относятся к вам с неприязнью (либо, напротив, чересчур «любят» вас, что вам не нравится). В подобных ситуациях легко могут возникнуть разные формы тирании и соответствующего раболепства. И даже если такие негативные формы поведения не проявляются, возможность того, что пациент или учащийся будет чувствовать себя униженным и несчастным, поскольку он находится

во власти человека, который ему не нравится, вполне представима. Следовательно, определенная возможность выбора из нескольких альтернатив весьма желательна.

Однако выбор, когда он соединен с конкуренцией, обладает как инструментальной, так и внутренней ценностью. Ведь он заставляет поставщиков предлагать услуги более высокого качества, предлагать их эффективно, отвечая на интересы потребителей. Если поставщикам приходится иметь дело с негативными последствиями того, что их не выбрали (например, они теряют ресурсы в том случае, когда не могут привлечь потребителей), они захотят улучшить качество предоставляемой ими услуги. Если использовать все те же примеры, предположим, что невнимательный доктор или некомпетентный учитель знает, что, если он не изменит свое поведение, он потеряет своих пациентов или учеников, которые уйдут в другие, более ответственные больницы или школы, так что он потеряет в доходах. В данном случае у него будет сильный стимул изменить свое отношение. Точно так же больницы, поликлиники и школы, которые предлагают хорошие услуги (по крайней мере с точки зрения потребителей), получают стимул поддерживать и даже повышать качество своих услуг, а также делать их более эффективными, если они желают остаться в данной сфере услуг.

И сравним это с ситуацией, в которой отсутствует выбор; когда пациенты вынуждены идти в единственную в данной местности больницу, а дети — в единственную школу. В таком случае, если они чувствуют, что получают плохие услуги, они располагают лишь одним механизмом улучшения — использование голоса, то есть жалоба самим поставщикам услуг или вышестоящему руководству. В предыдущей главе мы уже рассмотрели некоторые из проблем, связанных

с таким механизмом улучшения качества получаемых услуг. Он выгоден уверенным в себе и хорошо образованным людям, усиливая, таким образом, неравенство за счет наделения лучше обеспеченных людей привилегиями. Да и сам по себе он не дает никаких стимулов для улучшения, если только он не соединен с определенными составляющими модели административного управления, которая порождает свои собственные проблемы.

Теперь же представим, что в том же районе открывается еще одна школа или больница. Внезапно те, кто недоволен местным поставщиком, получают возможность уйти от него. Бедным, неуверенным в себе и необразованным людям больше не надо полагаться на собственную (не) способность манипулировать профессионалами и бюрократией, работающей на единственного поставщика; они могут просто уйти к другому. Кроме того, местный поставщик об этом будет знать. Как и о том, что, если он не прислушается к жалобам и не сделает что-то, чтобы их удовлетворить, ему придется заплатить определенную цену: он потеряет своих потребителей и связанные с ними ресурсы. Поэтому у него появится сильный стимул разобраться с вопросами, поднятыми потребителями, *независимо от того*, воспользуются ли они представившейся им возможностью выбора или нет. Возможность выбора даст голосу необходимую ему силу.

Стоит отметить, что такая структура стимулов будет работать невзирая на то, кем являются поставщики — рыцарями, плутами или кем-то средним. Поставщики-плуты захотят привлечь потребителей, поскольку их доходы и, соответственно, процветание зависят от того, будут ли они и дальше заниматься своим делом. Однако поставщики-рыцари тоже захотят заниматься своим делом и дальше, чтобы продолжить предоставлять услуги, полезные

потребителям. То есть они также захотят оказывать услуги, привлекающие потребителей.

Еще одно замечание, прежде чем перейти к некоторым из проблем, связанных с этим аргументом. Важно отметить, что для действия стимулов, создаваемых в такой модели, необходимо наличие и выбора, и конкуренции поставщиков. Бывает так, что один компонент есть, а другой отсутствует — выбор без конкуренции или конкуренция без выбора. Но поодиночке они не могут достичь результатов, заданных нами ранее.

Предоставление одного только выбора приведет к иллюзии усиления прав потребителей, но вряд ли как-то отразится на реальных результатах. Рассмотрим пример выбора без конкуренции — британскую Национальную службу здравоохранения до 1991 года. В те времена врачи общей практики, действующие в качестве агентов своих пациентов, в случае необходимости специализированного лечения могли отправить их в любую больницу в данной стране (Англии, Уэльсе и т. д.). Однако больницы, принимавшие таких пациентов, не получали на них никакого дополнительного финансирования, поэтому у них и не было стимулов привлекать пациентов. На самом деле стимулы, если о них вообще тут можно говорить, были прямо противоположными; поскольку дополнительные пациенты требовали добавочной работы, которая никак не вознаграждалась, им важно было отсрочить прием больных, занеся их в очередь, или же попытаться перевести таких больных в другие организации. И такие методы не способствовали высококачественным услугам.

С другой стороны, конкуренция поставщиков без потребительского выбора порождает проблемы иного рода. В определенном смысле у них в данном случае могут иметься стимулы к улучшениям, но не всегда это будут те улучшения, которые по-



нравятся потребителям. Например, поощрение персонала в больницах и университетах часто отражает такие факторы, как результаты исследований или одобрение со стороны коллег, а оценки могут и не соответствовать их качеству в роли врачей или учителей, по крайней мере с точки зрения потребителей. Поэтому стимулы оказываются более слабыми, чем при потребительском выборе. Ничто так не мобилизует, как перспектива полного отсутствия потребителей вашей услуги.

Таким образом, модель предоставления общественных услуг, опирающаяся на потребительский выбор вместе с конкуренцией поставщиков, может обеспечить большей автономией пользователей, более высококачественными услугами, большей эффективностью, большей степенью реагирования и быть более справедливой, чем альтернативы. Но здесь важно слово «может», поскольку данная модель может дать эти результаты в определенных ситуациях, но не во всех. В действительности у моделей выбора и конкуренции немало проблем, так что многие условия должны быть выполнены, прежде чем они смогут начать так гладко работать.

Сможет ли модель выбора и конкуренции достичь целей общественных услуг (или по крайней мере подойти к ним ближе, чем альтернативные модели), зависит от условий, в которых она используется, а также от правильного подбора различных политических инструментов, применяемых к ней. А они, в свою очередь, сильно зависят от природы рассматриваемой услуги, поэтому о них мы будем говорить в последующих главах, когда перейдем к здравоохранению и образованию.

Однако есть три наиболее часто высказываемых возражения против модели выбора и конкуренции; эти возражения менее техничны и меньше зависят от контекста, чем условия успеха, которые будут

обсуждаться в следующих главах. Но в определенном смысле они более фундаментальны. Данные возражения сводятся к тому, что «людям не нужен выбор», что выбор — «навязчивая идея среднего класса» и что выбор и конкуренция «угрожают публичной сфере».

## ЛЮДЯМ НЕ НУЖЕН ВЫБОР

Часто утверждают — особенно те, кто в своей жизни не обделен возможностями выбора, — что потребителям общественных услуг выбор на самом деле не нужен. Это утверждение о незначимости выбора часто соединяется с заявлением о предпочтении лучшего качества, например, во фразе «людям не нужен выбор, им нужна хорошая местная услуга». Так, левоцентристский мозговой центр «Фабианское общество» о выборе школ говорит следующее:

В некоторых случаях личное благополучие может быть даже улучшено за счет устранения потребности выбирать и гарантированного доступа к совокупности уже выбранных услуг, предоставляемых всем в одном и том же виде. Например, сколько родителей предпочли бы отправить своих детей в местную школу, которую они не могли бы выбирать, но знали бы, что образование в ней отвечает национальному стандарту высшего качества, а не заниматься статусной конкуренцией, известной под именем «родительского выбора», которая столь часто для тех, кто не способен перевести своих детей в «хорошие школы», становится «родительским проклятием» (Levett et al. 2003, p. 55).

Этот аргумент был поддержан в недавно опубликованной книге американского ученого Барри Швар-

ца «Парадокс выбора». Он утверждает, обращаясь в том числе и к поведенческим экспериментам, что по крайней мере в случае с потреблением обычных потребительских товаров потребители часто считают избыточный выбор чем-то неприятным и отталкивающим (Шварц 2005). Он и другие критики выбора также указывали на то, что выбор создает возможность сожаления. И чем больше выбор, тем больше вероятность того, что предпочтенный вами вариант в конечном счете вызовет сожаление.

Конечно, верно, что, если потребителям предложена альтернатива хорошей местной услуги и выбора услуги, они, скорее всего, отдадут приоритет качеству услуги. Так, например, опрос, проведенный журналом Британской ассоциации потребителей *Which?*, показал, что люди «ценят доступность и качество больше выбора пенсий, медицинских услуг и образования» (*Which?* 2005, р. 7)<sup>2</sup>. Однако, если немного подумать, станет ясно, что просить людей определить, что для них важнее — качество или выбор, бессмысленно. Если вам предложить отличный телевизор и некий выбор телевизоров, конечно, вы возьмете отличный телевизор. Качественная услуга — не альтернатива выбору; скорее, выбор — одно из возможных средств получения качественной услуги. Не может быть вопроса «Что вы предпочитаете — качество или выбор?». Точнее, вопрос должен звучать так: «Считаете ли вы, что качественную услугу сможет лучше предоставлять та система, в которой у вас будет выбор, или та, в которой такого выбора у вас нет?».

Шварц прав в том, что привлекает внимание к проблемам, связанным с избытком выбора. Од-

---

2. Раздражает то, что детали этого опроса не приводятся: например, не указывается, какие вопросы задавались и сколько людей ответили на различные вопросы.

нако от признания этих проблем нельзя перепрыгнуть к утверждению, что людям вообще не нужен выбор. И если задать людям осмысленные вопросы о выборе в общественных услугах, особенно в том случае, когда они отталкиваются от ситуации, в которой выбора вообще нет или он невелик (то есть от системы, которая преобладала в британских общественных услугах до недавнего времени), они обязательно оценят выбор.

Взять, например, опрос, проведенный агентством *YouGov* для журнала *The Economist* по выбору в сфере здравоохранения и образования, в котором в 2004 году приняли участие 2250 британцев (*The Economist*, 7 April 2004). Исследование показало, что 76 % респондентов, чьи дети посещают государственные школы, считают довольно важной или крайне важной возможность выбирать школу для их детей, тогда как 66 % ответили, что для них важна возможность выбора больницы, в которой их будут лечить.

Интересно, что в случае здравоохранения более половины опрошенных считали, что важнее дать пациентам больше контроля над Национальной службой здравоохранения, чем дать последней больше денег.

И это не подстроенный результат. Опрос, проведенный в 2003 году социологическим агентством MORI (сегодня — Ipsos MORI) для Совета по здравоохранению Бирмингема и Черной страны<sup>3</sup>, показал, что 77 % людей хотели бы сами выбирать себе больницу<sup>4</sup>. Другой опрос MORI охватил 1208 обыч-

---

3. Промышленные районы средней Англии, где располагаются угледобывающие и металлургические предприятия. — *Прим. ред.*

4. См.: [www.ipsos-mori.com/polls/2005/pdf/bbcsha-public.pdf](http://www.ipsos-mori.com/polls/2005/pdf/bbcsha-public.pdf).

ных людей в августе / сентябре 2003 года — их спрашивали, что бы они ответили, если бы врач общей практики решил, что им требуется лечение, и предложил выбрать больницу из числа не только действующих в данном районе, но и всех существующих в стране. 15 % сказали, что они хотели бы сами принять решение, а 62 % — что хотели бы принять решение, но им понадобился бы совет и дополнительная информация, которая помогла бы такое решение принять (Page 2004). Еще один опрос, проведенный MORI в 2005 году (приняли участие 1016 человек), показал, что 60 % респондентов считают, что наличие большего выбора медицинских услуг за пределами больниц сделало бы услуги лучше, и только 4 % думают, что это ухудшит качество услуг (Pfizer / MORI Health Choice Index 2005).

Мы не должны полагаться исключительно на опросы, в которых люди говорят, чего они хотят. Есть данные и о том, что люди действительно делают, когда им предлагается выбор. Несколько лет назад британская Национальная служба здравоохранения выполнила несколько так называемых пилотных проектов по выбору. Это были эксперименты, в которых пациентам, более шести месяцев ожидавшим хирургических операций — в первую очередь операций на сердце и удаления катаракты, — предлагался выбор из трех-четырех альтернативных больниц. В отдельных случаях осуществить выбор помогал специально назначенный консультант пациентов.

Проводилась систематическая оценка пилотных проектов (Coulter et al. 2005; Dawson et al. 2004). Они оказались весьма популярны. Отклик был высок: приняли предложение лечиться в альтернативной больнице 67 % пациентов из Лондона, 75 % — из Манчестера и 50 % сердечников по всей стране.

В целом проекты обеспечили высокую степень удовлетворенности пациентов процессом лечения и результатами. К числу репрезентативных комментариев можно отнести следующие:

Идея выбора пациентов просто отлична, если она означает, что на операцию можно попасть быстрее. Обязательно рекомендовать.

Думаю, схема с выбором самим пациентом замечательна; надеюсь, что она сохранится и будет так же, как и мне, полезна другим.

Исследования фокус-групп и глубинные интервью подтверждают общую популярность выбора. Исследования, заказанные Департаментом здравоохранения Национального совета потребителей, выявили пациентов, которым очень нравилось то, что им дали право выбора в вопросе медицинского обеспечения.

Я не понимаю, почему с самого начала, как только вы входите в кабинет доктора, не должно быть права выбора. Я не говорю о решениях, я говорю о выборе» (женщина 45–54 лет, с легким психическим расстройством).

Если мне где-то не помогут, если врач не поможет мне, я смогу пойти к другому, которого выберу сам. Вот почему выбор важен — я могу попасть к другому врачу быстрее и решить проблему (мужчина-азиат в возрасте старше 50 лет).

Итак, людям нужен выбор. Но, может, он нужен лишь некоторым, особенно, как многие думают, богатым и хорошо обеспеченным?

## ВЫБОР — ЭТО НАВЯЗЧИВАЯ ИДЕЯ СРЕДНЕГО КЛАССА

Результаты, полученные авторитетным Британским исследованием социальных установок и касающиеся отношения людей к выбору, позволяют оценить другой аргумент, часто выдвигаемый против выбора и конкуренции, а именно, как сказал один известный лейборист, недовольный политикой правительства в данной сфере, то, что «выбор — это навязчивая идея средних классов, живущих в пригородах»<sup>5</sup>.

В целом Британское исследование социальных установок продемонстрировало примерно ту же картину, что и вышеупомянутые опросы. Люди, которых спрашивали, должны ли пациенты иметь возможность выбора лечения, больницы и времени приема в поликлинике, в 65 % случаев считали, что у пациентов должен быть обширный или по крайней мере существенный выбор лечения, 63 % то же самое сказали о выборе больницы, а 53 % — о выборе времени приема.

Однако в данном исследовании результаты были также разложены по гендеру, социальному классу, доходу и уровню образования. И для многих они оказались неожиданными: хотя в каждой из выделенных групп большинство желало выбора, это большинство оказалось более значительным в группах, являющихся менее обеспеченными и образо-

---

5. «...выбор — это навязчивая идея средних классов, живущих в пригородах. Но когда одни семьи выбирают, остальные соглашаются на то, что осталось. И эти остальные всегда лишены определенных преимуществ и средств» (Roy Hattersley, «Agitators will inherit the earth», *The Guardian*, 17 November 2003).

ванными. Так, 69% женщин и всего 56% мужчин пожелали иметь возможность выбирать больницу, при этом положительно оценили возможность выбора 67% рабочих средней и высшей квалификации в сравнении с 59% менеджеров и специалистов; хотели выбора 70% людей, имеющих доход менее 10 тысяч фунтов в год, и только 59% тех, кто зарабатывает более 50 тысяч фунтов; наконец, выбор оказался нужен 69% людей без дипломов о высшем или специальном образовании и 56% тех, у кого есть такой диплом (Appleby and Alvarez-Rosete 2005).

Предпочтение выбора менее обеспеченными людьми не ограничивается здравоохранением. Аудиторская комиссия пришла к тем же результатам, проведя опрос, в котором выяснялись реакции людей на расширение выбора в области правительственных услуг. Комиссия выявила, что люди, положительно настроенные по отношению к выбору, были «наименее привилегированными, женщинами и теми, кто жил на Севере и в центральных графствах» (Audit Commission 2004, Summary).

Результаты, подтверждающие факт, что большинство, особенно среди неимущих, отдает предпочтение выбору, характерны не только Британии. Единый центр политических и экономических исследований в США провел в 1999 году Общенациональный опрос общественного мнения в поддержку образовательных ваучеров и школьного выбора. Выяснилось, что 52% родителей в среднем по стране и 59% родителей детей, посещающих государственные школы, поддерживали идею школьного выбора. Однако цифры оказались выше в тех случаях, когда опрашивались различные меньшинства: 60% меньшинств поддерживали ваучеры, в том числе 87% родителей-афроамериканцев в возрасте 26–35 лет и 66,4% афроамериканцев в возрасте 18–25 лет (Bositis 1999).



Исследование, проведенное в Новой Зеландии, продемонстрировало подобные результаты: 96 % родителей предпочли бы выбирать школу, в которую ходит их ребенок; 80 % родителей согласились с тем, что образование должно финансироваться таким образом, чтобы родители могли позволить себе отдать детей в школу, которую они выберут, при этом с таким утверждением согласилось больше родителей из числа тех, чей доход составил 30 тысяч долларов и меньше, чем родителей с годовым доходом более 30 тысяч долларов (Thomas and Oates 2005).

Кроме того, исследование политических взглядов молодежи в возрасте 18–30 лет в Хельсинки показало, что предпочтение выбору общественных услуг, конкуренции между государственными и частными поставщиками услуг и в целом участию частного сектора в производстве и оказании услуг чаще отдавали молодые люди с более низким уровнем образования (Martikainen and Fredriksson 2006, pp. 53–55, 105, 106).

Как мы видим, неправда, будто бедные не хотят выбора. Но, возможно, этого недостаточно, чтобы переубедить критиков, поскольку они могли бы сказать, что, даже если бедняки говорят, будто хотят больше выбора, если им предложить выбор на практике, они или не воспользуются им, или не будут пользоваться в той же мере, что более уверенные в себе средние классы (см., например: Appleby et al. 2003). Однако есть и такие данные, которые подтверждают, что малообеспеченные люди будут пользоваться предоставленным выбором по крайней мере не реже, чем более обеспеченные. Оценка пилотных проектов по выбору Национальной службы здравоохранения, проведенная Институтом Пикера (Picker Institute), показала, что между социальными группами, как бы

их ни определять (через гендер, образовательный статус, доходы семьи, этническую группу и т. д.), нет существенных различий в плане использования предложенного выбора — во всех группах выбором воспользовались 65 % и более людей. Единственная разница была обнаружена между имеющими работу и безработными: первые, что неудивительно, чаще пользовались предложенным выбором (в 73 % случаев), чем последние (63 %) (Coulter et al. 2005). Большой манчестерский проект выбора пациентов дал примерно те же результаты, согласно которым «в согласии на альтернативных поставщиков [среди пациентов] нет значимых различий, связанных с этническими качествами, гендером или ПМД (показателями множественной депривации) либо местом проживания пациента» (Joseph et al. 2006, p. 5).

То есть в целом именно бедные, обездоленные и непривилегированные хотят выбора больше, чем якобы бешено стремящиеся к нему средние классы. Как заявлено в резюме Аудиторской комиссии (Audit Commission 2004, Summary), «именно эти группы, которые, по мнению многих, вряд ли смогут воспользоваться выбором, больше всех его желают».

И если поразмыслить, в этом нет ничего странного. Ведь, как мы уже говорили в предыдущей главе, средние классы прекрасно чувствуют себя и в системах без выбора. Обладая громким голосом и серьезными связями, а также возможностью легко переселиться в другое место, лучше обеспеченные люди получают лучшее медицинское обслуживание при той же самой потребности в нем, более качественные профилактические услуги и лучшие школы. К этому моменту мы вернемся ниже.

## ВЫБОР И ПУБЛИЧНАЯ СФЕРА

Есть интеллектуальная традиция, выступающая резко против любых аргументов, отстаивающих выбор и конкуренцию как модель предоставления общественных услуг. Представители этой традиции выражают неодобрение правительственных программ (левых или правых), нацеленных на расширение возможностей выбора, а также доводов, которые защищают выбор в данном контексте, особенно когда он связывается с такими терминами, как «конкуренция» и «квазирынок». По их мнению, все это указывает на то, что данное правительство и его советники одержимы консюмеризмом, то есть в конечном счете капитализмом, и стремятся превратить поставщиков, работающих в государственном и общественном секторах, в какие-то супермаркеты, озабоченные лишь своей прибылью. А консюмеризм (и супермаркеты) вместе с лютующим капитализмом — их главные враги.

Посылка, лежащая в основе таких рассуждений, может быть изложена следующим образом. Поставщики общественных услуг отличаются от супермаркетов, особенно если обратить внимание на тех, кто в них занят, и на их ответственность перед потребителями. Работники общественного сектора — носители ценностей альтруизма и общественной справедливости в противоположность работникам частного сектора, которыми движет безудержная жажда наживы. Другими словами, общественный (или публичный) сектор управляется рыцарями, а частный сектор — плутами. Внедрение выбора и конкуренции, особенно если она приходит из частного сектора, таким образом, неизбежно приведет к исключению альтруизма и уничтожению всего этоса общественных услуг. На место

рыцарей придут плуты. Больницы и школы станут обычными супермаркетами, раскручивающими модные тенденции в образовании и здравоохранении.

Если выразить ту же мысль более изящно, выбор, конкуренция и связанные с ними термины («квазирынок», «поставщики», «потребители» и т.д.) не относятся к публичной сфере (или сектору) и не должны ее определять. Дэвид Маркванд указывает:

Терминология покупателя и продавца, производителя и потребителя не может применяться к публичной сфере так же, как и отношения, подразумеваемые этими терминами. Люди являются потребителями только в сфере рынка, а в публичной сфере они граждане. Попытки раскроить данные отношения по лекалам рынка подрывают этику общественной услуги и государственной службы, которая является истинным гарантом качества в публичной сфере. То есть такие попытки обедняют все общество в целом (Marquand 2004, p.135).

Здесь нельзя не заметить отзвуки аргументов одного из первых архитекторов государства всеобщего благосостояния — Ричарда Титмуса. Он проводит свою мысль так:

Частный рынок переливания крови, коммерческих больниц, анатомических театров, лабораторий, как и других секторов социальной жизни, ограничивает ответы и сужает возможности всех людей в целом, независимо от того, что он может — на какое-то время — кого-то наделить свободой жить так, как ему хочется. Задачи государства, действующего в рамках так называемой социаль-

ной политики, — снизить, устранить или проконтролировать силы рыночного принуждения, которые загоняют людей в ситуации, когда у них меньше свободы для нравственного выбора, когда они практически не способны вести себя альтруистически, даже если им этого хочется.

Он продолжает:

Если признать, что у человека есть социологическая и биологическая потребность помогать, тогда не давать ему возможности проявить эту потребность — значит отнимать у него свободу вступать в отношения дара (Titmuss 1997, p. 310, 311).

Другая форма критики, близкая к только что указанной, состоит в использовании традиционных экономических теорий провала рынка для оценки идеи распространения выбора и конкуренции на общественный сектор. Например, Дэвид Липси, бывший в 1970-х годах советником лейбористского правительства, а ныне — член палаты лордов от лейбористов, в своей известной статье «Слишком много выбора» привлекает внимание к трем характеристикам общественных слуг, которые отличают их от других товаров, продаваемых в супермаркетах, так, что в итоге выбор и конкуренцию в них внедрять нельзя: они порождают «экстерналии» (то есть пользу от них получают также и люди, не являющиеся непосредственными потребителями), потребители общественных услуг сталкиваются с проблемой информации и проблемой агентских отношений.

Недостаток информации у потребителя — действительно проблема при выборе в области здравоохранения или образования, хотя она и не стоит здесь острее, чем в случае с другими методами,

позволяющими наделить властью потребителей этих услуг, включая и метод голоса. Данную проблему мы подробнее рассмотрим в следующих главах, когда перейдем к анализу соответствующих услуг. Однако другие экономические аргументы скорее сомнительны, особенно когда они нацелены на подобные услуги. В большинстве случаев медицинские услуги не порождают экстерналии, а те формы услуг, которые их производят, например вакцинация против инфекций, лучше всего осуществляются не за счет отказа пациентам в выборе больницы, а за счет бесплатных (лично для них) прививок — и этот принцип в действительности поддерживает большинство квазирыночных систем здравоохранения. Экстерналии в образовании лучше порождаются не отказом родителям в выборе школы, а обязательным посещением школы и общенациональной учебной программой. Что касается агентских отношений (когда агенты действуют от имени клиентов, а не сами клиенты принимают решения), многие утверждают, что данная проблема особенно важна для образования, где родители совершают выбор от имени своих детей. Но этот довод не позволяет нам запретить родителям из среднего класса выбирать для детей частные школы, и неясно, почему мы должны использовать его для оправдания лишения менее обеспеченных людей возможности выбирать государственные школы.

На самом деле статья Липси представляет собой достаточно уравновешенную критику выбора, и он в отдельных случаях не исключает расширения модели потребительского выбора. Но в каком-то смысле статья интересна не отдельными поворотами аргументации, как бы важны они ни были, а своим тоном. Ведь, как и в случае Маркванда и Титмуса, она в основном критически относится к приложению философии рыночного мышления к общест-

венному сектору, поскольку такое приложение, как заявлено, предполагает использование «ложной аналогии».

Так правда ли такое мышление подрывает «этику служения» и публичную сферу в целом? Первым делом стоит отметить, что есть области публичной сферы, где квазирынки действуют и где последствия явно не так пагубны, как предсказывали Маркванд и другие критики. Например, британские университеты работают на государственном финансировании и одновременно под давлением конкуренции. Как и ВВС. Хотя и в университетах, и у ВВС есть свои проблемы, вряд ли можно сказать, что они полностью утратили свои этические принципы. В действительности, по самым разным оценкам, они относятся к числу наиболее успешных британских общественных служб; ни в коем случае не «обедняя все общество в целом», они, как считает множество людей, существенно обогащают его<sup>6</sup>.

Кроме того, внутри «публичных сфер» здравоохранения и школьного образования уже есть области квазирынка, многие из которых существуют продолжительное время. С момента основания британской Национальной службы здравоохранения врачи общей практики и дантисты работают в качестве частных предпринимателей, заключающих контракты с НСЗ. Фармацевты и оптики, одновременно являющиеся частными предпринимателями, предоставляют финансируемые НСЗ услуги еще с 1948 года. Многие услуги в сфере психиатрии и психологии также обеспечиваются предприятиями частного сектора. В образовании так называемые общественные дотационные школы

---

6. Интересное обсуждение вопроса относительной успешности ВВС см. в: Diamond 2006.

(voluntary aided schools) находятся в собственности управляющей организации или благотворительного фонда, и такая управляющая организация юридически является работодателем. Значительная часть различного необязательного «образования», например обучение музыке, спорту или вождению автомобиля, тоже обеспечивается частным сектором. И если все данные предприятия подрывают публичную сферу, видимо, они начали это делать очень и очень давно.

Отчасти беспокойность, выражаемая в особенности Титмусом, связана с влиянием рыночных стимулов на мотивацию профессионалов. Попросту говоря, боятся того, что профессиональный альтруизм будет искоренен и замещен неприкрытым эгоизмом, то есть рыцари публичного сектора превратятся в плутов частного сектора. По этому вопросу есть данные, которые я проанализировал в другой работе и здесь повторять не буду (Le Grand 2003, глава 4). Достаточно сказать, что, хотя были отдельные исследования, действительно показавшие замещение альтруизма эгоизмом при внедрении рыночных стимулов в тех областях, где они раньше не действовали, другие исследования не подтверждают этих результатов. Напротив, в одном конкретном случае (исследовались женщины, добровольно работавшие сиделками) внедрение рыночных платежей, по всей видимости, привело как раз к усилению мотивации рассматриваемого персонала. В целом это исследование вместе с тем фактом, что определенные элементы этоса общественных услуг продолжают, как мы только что показали, работать, несмотря на свой почтенный возраст, в квазирыночном режиме, указывает на то, что беспокойность его возможным уничтожением представляется по меньшей мере преувеличенной, если не сказать неуместной.



Наконец, вопрос и в самих потребителях. Если в публичной сфере им не позволяют действовать в качестве потребителей, осуществляющих свое право на отказ от поставщика, когда он не удовлетворяет их своей услугой, и право на выбор другого поставщика, как же им поступить? Можно сказать, что они должны вести себя как «граждане», но тогда мы переходим к вопросу, как должны поступать граждане.

У граждан, когда они столкнулись с плохой услугой, а в выборе им отказано, есть только два варианта действий. Первый — пассивно соглашаться с этой дурной услугой, то есть быть «пешками», которых мы обсуждали в предыдущей главе, или «иждивенцами, живущими за счет этих услуг» — так Роберт Пинкер описал тех, кто имеет дело с унитарными монополиями государства всеобщего благосостояния (Pinker 1971, p.142; см. также: Pinker 2006). Другой — высказывать свое мнение, индивидуально или коллективно. Я подозреваю, что сторонники концепции гражданства предпочли бы именно этот вариант, но, как мы уже поняли, это довольно сомнительная по своей эффективности модель, причем те, кто стоит у подножия социальной пирамиды, не способны успешно ею воспользоваться. Поэтому, согласно их мировоззрению, публичная сфера — это та, в которой услуги предоставляются рыцарями, а потребители — наполовину пешки из рабочих классов, а наполовину — активисты из средних классов с громким голосом и высокими пробивными способностями. Надо полагать, не самая привлекательная картина.

В действительности точку зрения, предполагающую, что за общественные услуги отвечают готовые прийти на помощь рыцари, не обязательно разделяет само общество. Согласно проведенному агентством MORI опросу, в котором задавал

ся вопрос о том, какие слова лучше описывают общественные услуги в современной Британии, наибольшее число очков набрали такие прилагательные, как (в порядке убывания): бюрократический, раздражающий, безличный, трудолюбивый (единственный положительный эпитет), нереагирующий и неподотчетный. Меньше всего очков набрали слова «дружелюбный», «эффективный», «честный» и «открытый» (MORI 2005).

Да и общество не боится плутов из частного сектора. Когда MORI заявило жителям Черной страны, что НСЗ теперь будет платить за пациентов, которым будут делать операции в частных больницах, и спросило, довольны ли они этим, 71% респондентов ответили, что довольны, и только 11% оказались недовольны. И это неудивительно, ведь в общем считалось, что местные частные больницы более качественны, нежели входящие в состав НСЗ<sup>7</sup>.

Идея, что частный сектор предлагает лучшие услуги, чем общественный, применима не только к здравоохранению в Черной стране. Когда в ходе Британского исследования социальных установок был задан вопрос, кто может предложить более высококачественные услуги — правительство или бизнес, 51% респондентов ответили, что бизнес, и только 41% указали на правительство. А когда спросили, кто более эффективно в плане издержек предоставляет услуги — правительство или частные компании, 55% предпочли частные компании и только 39% — правительство (Appleby and Alvarez-Rosete 2005).

Понятно, что люди, отвечавшие на вопросы Британского исследования социальных установок, предпочли правительство частным компаниям

---

7. См.: [www.ipsos-mori.com/polls/2005/pdf/bbcsha-public.pdf](http://www.ipsos-mori.com/polls/2005/pdf/bbcsha-public.pdf).

в тех случаях, когда важна была именно способность предоставить прямые услуги в момент их крайней необходимости. Вероятно, это связано с тем, что они считали, что, как и на обычном рынке, частные компании больше подходят хорошо обеспеченным людям. Однако квазирынки не имеют данной проблемы. И, как мы увидим в следующих главах, программы финансирования в условиях реформы, в ходе которой внедряется модель выбора и конкуренции, могут быть выстроены так, чтобы у поставщиков был стимул удовлетворять нужды наименее обеспеченных слоев населения и даже специализироваться именно на них.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Надеюсь, что в этой главе мне удалось показать, что соединение выбора и конкуренции может обеспечить правильное стимулирование поставщиков, заставив их предоставлять высококачественные услуги, отвечающие на запросы потребителей, то есть услуги, которые демонстрируют уважительное отношение к потребителям, производятся эффективно и распределяются справедливо. Я также доказал, что противопоставление людей, стремящихся к выбору, и тех, кому нужны хорошие местные услуги, — ложная дихотомия, ведь на самом деле людям нужен выбор, он может стать способом получения качественной местной услуги. И наконец, не будучи ни в коей мере навязчивой идеей среднего класса, выбор привлекателен именно для представителей малообеспеченных классов, а не средних. Выбор и конкуренция могут усилить публичную сферу, а не разрушить ее.

Верно то, что публичная сфера не обладает монополией на добродетель, а частный сектор — на порок. Публичными институтами руководят не только

рыцари, а фирмами — не только плуты. Потребители — не пешки, а автономные индивиды с правом и на голос, и на выбор. Главное — понять сложность индивидуальной мотивации и соответствующим образом разработать системы стимулов. Это станет задачей следующих глав, посвященных образованию и здравоохранению.

## Глава 3

# Школьное образование

**В** образовательных системах во всем мире проводились эксперименты с расширением выбора родителями школьного образования. В Британии с 1989 года у родителей, в принципе, есть право отправить своего ребенка в любую государственную школу по своему выбору, если в ней есть свободные места. В Швеции в 1992 году был введен родительский выбор государственных школ и финансируемых общественными фондами независимых школ. В Новой Зеландии похожий выбор родителями школ практикуется с 1989 года. В США в последние годы было много экспериментов с различными схемами образовательных ваучеров. В Бельгии и Голландии родительский выбор школ существует уже давно, финансирование школ осуществляется в соответствии с результатами выбора.

Однако увеличение возможностей родительского выбора в образовании остается спорным вопросом. Критики подобных подходов считают, что выбор ведет к нездоровой конкуренции школ, наносящей ущерб уровню образования, а также говорят, что такой выбор несправедлив, что он разделяет общество и способствует поляризации и сегрегации по классовым, расовым или религиозным признакам. Напротив, защитники этой политики утверждают, что конкуренция повышает качество и ответственность, что выбор усиливает сплоченность общества в сравнении с альтернативными систе-

мами распределения учеников по школам, основанными, например, на районировании по месту жительства. А поскольку он дает больше возможностей наименее привилегированным членам общества, он увеличивает и равенство шансов.

В этой главе мы рассмотрим некоторые из данных вопросов. Начнем с краткого обсуждения целей и средств образовательной политики. Затем мы обсудим некоторые международные данные о влиянии выбора и конкуренции в школьном образовании и, опираясь на эти данные и теорию, попытаемся оценить, действительно ли политика выбора и конкуренции способна успешно достичь заданные цели.

## ЦЕЛИ И СРЕДСТВА

Как уже отмечалось в первой главе, оценка желательности определенного политического курса и программы реформ должна учитывать общие цели и задачи подобной программы. В действительности у финансируемого государством школьного образования множество таких целей; но, как и в случае остальных исследуемых нами услуг, вероятнее всего, в большинстве стран их можно свести к таким категориям, как качество, эффективность, равенство и реагирование. Однако у школьного образования есть и иная, особая цель — включение граждан в общество.

Подъем общего качества школьной системы, возможно, главная задача любой образовательной политики. Но, как мы видели в первой главе, качество — не такое уж бесспорное понятие. Оно может отсылать к «затратам» на систему, то есть обозначать совокупность учителей, школьных зданий, оборудования в классах. Или же оно может обозна-

чать «процессуальные» факторы — параметры выполнения, такие как удовлетворение, получаемое учениками и родителями от школы, и/или число учеников, сдающих национальные экзамены. Наконец, чаще всего оно обозначает «результаты»: оценки на национальных экзаменах и более общие показатели умений и знаний, приобретенных учениками в результате посещения школы. Но еще больше путаницы возникает из-за того, что под качеством может иметься в виду общее влияние системы школьного образования на экономику и общество в целом, то есть вклад школьного образования в подготовку рабочей силы, в производительность труда, в понимание гражданами социальных и культурных ценностей и в их творческий потенциал.

На практике больше всего внимания обычно уделяется затратам на образование или же результатам, истолкованным достаточно узко, — уровням успеваемости, измеряемым при помощи экзаменов и других тестов. Поэтому в этой главе нам придется сосредоточиться именно на них. Но стоит отметить, что такие показатели дают лишь частичное представление об общем качестве школьной системы.

Как и в случае других услуг, эффективность зачастую отождествляется с простым урезанием расходов, которому в образовательных кругах, особенно профессиональных, часто сопротивляются. Но более тонкий подход предполагает, что качество предоставляемого образования не может быть единственной целью системы образования, поскольку важно и то, как используются образовательные ресурсы (или как они тратятся). Ведь если разбрасывать ресурсами, мы получим не такие хорошие результаты, как в том случае, когда они используются эффективно. При прочих равных условиях высококачественное и недорогое образование предпо-

читительнее того, что гарантирует то же качество, но по более высокой цене.

Достижения большей степени реагирования на высказанные желания и потребности родителей, учеников и студентов — это цель и задача (по крайней мере в идеале) большинства школьных систем. Как уже отмечалось, такую позицию можно оправдать ссылкой на введенный Альбертом Вилем принцип автономии: «Ко всем людям следует относиться как к разумным и целеустремленным носителям воли, способным формулировать свои собственные проекты». Такое отношение является важным элементом любой финансируемой государством или общественными фондами услуги — отчасти потому, что уже является целью, а отчасти потому, что оно важно для поддержания системы всем обществом. Ничто не отталкивает родителей от общественного сектора в большей мере, чем надменность профессионалов или бюрократические проволочки, с которыми они сталкиваются.

Как и качество, справедливость в образовании — весьма спорный термин. Считалось, например, что она обозначает равенство возможностей, равенство доступа и равенство результата. Общепринятая интерпретация равенства возможностей или равенства доступа (данные термины часто используются практически как синонимы) предполагает, что качество и количество получаемого ребенком образования зависят только от его способности извлечь пользу из этого образования. То есть образование не должно зависеть от дохода, социального класса и других дискриминирующих признаков родителей, за исключением тех случаев, когда они действительно влияют на способность ребенка. Равенство результатов может интерпретироваться по-разному: одно из толкований, применяемое на практике, означает устранение различий в стандартах разных школ.



Наконец, развитие чувства включенности в общество и в целом чувства гражданского единения может считаться существенной функцией национальной образовательной системы. Идея, что школы служат обществу плавильным котлом, где растворяются культурные различия, которые, если бы его не было, могли бы породить социальную фрагментацию и конфликт, не нова, но по-прежнему важна, — особенно в мире, где постоянно растет уровень самой разной миграции.

Но и здесь есть место для разногласий, более всего по поводу природы того сообщества, в которое ребенок должен быть включен. Является ли таким сообществом местное сообщество? Или же социальное включение следует определять в соотношении с регионом, нацией или даже интернационально? С другой стороны, обязательно ли такое сообщество определять на основе географии? Для некоторых групп включение детей в религиозные или этнические сообщества может быть более важным вопросом, чем обучение их тому, как быть частью города, региона или нации. А это ведет к другому вопросу: кто должен определять, о каком сообществе идет речь, какое сообщество является целевым, — родитель, ребенок, учитель или политик?

В большинстве государственных программ предполагается, что сообщество, в которое включают ученики, — это нация. Поэтому мы будем считать, что определенная программа нежелательна, если она не способствует взаимопроникновению различных социальных групп в пределах всей страны как целого. Если говорить точнее, поскольку социально-экономический статус и этничность являются сегодня главными барьерами в нашем обществе, мы будем считать определенную политическую программу нежелательной, если (при прочих равных условиях) она способствует школьной сегрега-

ции хорошо обеспеченных и бедняков и/или различных этнических групп.

Наконец, важно отметить, что не всех целей можно достичь одновременно. Например, может оказаться так, что наиболее эффективный способ увеличения общей успешности школьной системы, определяемой через образовательные результаты, состоит в концентрации ресурсов на наиболее способных учениках, что, по всей вероятности, нарушит принцип справедливости, как бы его ни определять. Или другой пример: некоторые родители были бы рады, если бы им разрешили отправить своих детей в специальные школы, отделенные от остальных на социальном или религиозном основании, и это решение вполне соответствовало бы цели увеличения степени реагирования системы на нужды потребителей, но мешало бы достижению более общей цели социального включения или создания общенационального чувства общности. В таких случаях следует пытаться установить компромисс разных целей, например лучшее качество достижимо за счет некоторого небрежения принципом справедливости, а за развитие более выраженного чувства национального единства, возможно, придется заплатить невыполнением отдельных желаний родителей, стремящихся к сегрегации.

Итак, какие же у нас есть средства для достижения этих целей? В предыдущей главе были изложены теоретические рассуждения, показывающие, что при определенных условиях модель выбора и конкуренции, применяемая к общественным услугам, способна повысить качество, эффективность, реагирование и справедливость распределения услуг в большей мере, чем альтернативные модели, опирающиеся на доверие, административное управление или голос. Вкратце данные рассуждения можно представить следующим образом.

Если родители могут выбирать школу, в которую они отправят своих детей, и если финансирование будет распределяться в соответствии с этим выбором, тогда школы, добившиеся успеха в привлечении учеников, привлекут и ресурсы, сумеют развиться, тогда как безуспешные школы проигрывают. У школ, заинтересованных в своем собственном выживании (и неважно, каким будет интерес — рыцарским, плутовским или каким-то средним), будет сильный стимул повышать качество предоставляемого образования, а также уровень реагирования на высказываемые родителями желания и потребности. Кроме того, у школ появится стимул быть эффективными и применять новации, поскольку только так они смогут повысить качество образовательных услуг, используя все те же ограниченные ресурсы. Все это резко отличается от остальных моделей предоставления услуг, не предполагающих выбора, — в них подобные стимулы либо отсутствуют вовсе, либо слабы и извращены. Также в модели выбора и конкуренции покупательная способность распределяется равномерно, что помогает достичь более справедливых результатов — опять же в отличие от иных моделей, которые обычно дают больше возможностей манипулировать системой средним классам, чем менее обеспеченным слоям населения.

Так гласит теория. Но работает ли она на практике? Как мы уже видели, многие страны экспериментировали с моделью выбора и конкуренции в системе образования. Что же у них вышло? Были ли получены требуемые результаты? Что можно сказать о «дополнительной» цели образовательной политики, упомянутой выше, — о социальном включении? Достигнуто ли более высокое качество и большая эффективность и пришлось ли заплатить за них возросшей сегрегацией и обособлением школ?

## ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА И КОНКУРЕНЦИИ

Данные о практическом влиянии модели выбора и конкуренции связаны с экспериментами в Швеции, Новой Зеландии, США, Англии и Уэльсе. К сожалению, в них не содержится информация обо всех целях, обсуждаемых нами, поскольку обычно все сводится к двум целям: стандартам качества образования, измеряемым оценками на экзаменах, и сегрегации, определяемой долей различных социальных групп в каждой школе. Эти данные изучались Стратегическим советом премьер-министра и Департаментом общего и профессионального образования Великобритании, Саймоном Берджесом и его коллегами из Центра рыночной и общественной организации Университета Бристоля, а также Стивеном Горардом и его коллегами из Университета Уэльса (PMSU 2006a; Burgess et al. 2005; Gorard et al. 2003; см. также: Le Grand 2003, Ch. 8). Далее я постоянно использую эти данные и исследования.

В Швеции с 1992 года у родителей есть выбор между финансируемыми общественными фондами независимыми школами и обычными государственными школами. Открылось довольно много независимых школ, часто новаторских по своей форме, и они были весьма популярны среди родителей.

Оценить влияние таких процессов на показатели успеваемости достаточно сложно, поскольку общенациональных тестов в Швеции немного. Однако исследования показывают, что оценки по математике улучшались в тех случаях, когда конкуренции было больше. Приведем цитату из одного такого исследования:

Рост конкуренции, создаваемый независимыми школами, оцениваемый по доле учеников в окру-

ге, посещающих независимые школы, улучшает оценки на национальных стандартизированных экзаменах по математике, а также оценки в государственных школах... Улучшение значительно и в статистическом, и в количественном отношении. Нет подтверждений тому, что увеличение числа независимых школ привело к увеличению общих затрат на школы. Следовательно, улучшение результатов говорит о том, что в школах в целом выросла производительность (Bergström and Sandstrom 2002).

Хотя есть некоторые подтвержденные данные, говорящие о том, что сегрегация усилилась, надежных данных о влиянии выбора на сегрегацию нет (Swedish National Agency of Education 2003). Следует отметить, что спустя десятилетие с начала реформ Швеция остается одной из наименее сегрегированных стран из числа входящих в Организацию экономического сотрудничества и развития<sup>1</sup>.

В Новой Зеландии выбор школ родителями был введен в 1989 году. Было отменено зонирование — распределение детей по школам по территориальному принципу. Школы были выведены из-под контроля местного правительства, наделены определенными бюджетными свободами, а также возможностью управлять приемом учеников.

Довольно странно то, что, хотя эксперименты в Новой Зеландии стали предметом множества оценок, данные по изменению успеваемости отсутствуют (Fiske and Ladd 2000; Lauder and Hughes 1999; Waslander and Thrupp 1995). Однако указывается, что сегрегация по этническим групп

---

1. Programme for International Student Assessment (PISA) 2000 (см. [www.oecd.org/pisa](http://www.oecd.org/pisa)).

пам и в меньшей степени по социально-экономическому статусу выросла. Исследователи связали это с несколькими факторами, среди которых выделяется ограниченное возмещение транспортных расходов и «снятие сливок» школами (то есть выбор учеников, которых было легче или дешевле обучать) за счет осуществляемого ими контроля приема. В 1999 году снова был введен государственный контроль приема учеников.

Следует отметить, что чуть ли не всеми признанное утверждение, будто реформы в Новой Зеландии привели к росту сегрегации, было поставлено под вопрос Горардом и коллегами (Gorard et al. 2003, pp. 201–202). Они указывают на то, что опубликованные данные по проекту на самом деле говорят об уменьшении сегрегации, хотя вышеупомянутые авторы приходят к противоположной интерпретации.

В США в разных штатах проводились различные эксперименты. Во Флориде в рамках программы «А+» детям, которые провалились на общем для всего штата стандартном тесте, предлагался ваучер, который они могли потратить на частные школы. Оценка программы показала, что чем больше для данной школы была угроза потерять учеников с ваучерами, тем лучше росли показатели работы школы (Greene and Winters 2004).

Также в США, в Милуоки, в 1989 году была введена в действие Программа родительского выбора. Родителям, чей общий семейный доход не превышал 175 % от официального уровня бедности, дали возможность получать для детей ваучеры, позволяющие посещать светские частные школы. Количество участвующих в программе не могло превысить 1 % общего числа учащихся в Милуокском округе государственных школ. Ваучер оценивался в 2500 долларов, что составляет лишь 38 % расхо-

дов на одного учащегося в округе. Округ вообще не терял денег в случае, когда ребенок брал ваучер. В 1998 году потолок допуска в программу был поднят до 15 %, а стоимость ваучера — до 5000 долларов, то есть до 45 % расходов на одного ученика в округе. Также была увеличена максимальная доля учащихся, посещающих школу по ваучеру.

Официальные исследования программы учитывают только ту версию, которая действовала до 1998 года (Witte 1997). В них успеваемость ваучерных учащихся сравнивалась со случайной выборкой учащихся государственных школ, а также со случайной выборкой претендентов на участие в программе, которые были отвергнуты. Сравнение ваучерных учащихся с близкими к ним учащимися государственных школ показало, что различий в успеваемости двух этих групп нет либо они очень малы (то есть статистически ими можно пренебречь) и проявляются только в оценках за чтение.

Каролин Хоксби проанализировала влияние действовавшей после 1998 года программы, в которой стимулы были намного сильнее. Она выяснила, что по мере роста конкуренции между школами результаты тестов также улучшались. Хоксби изучила данные по влиянию на показатели государственных школ конкуренции, созданной «выборными» школами не только в Милуоки, но и в Мичигане и Аризоне. Она получила данные, подтверждающие серьезное улучшение качества государственных школ, на основании чего пришла к выводу, что позитивные в плане эффективности результаты конкуренции перекрывают все потенциальные последствия «снятия сливок». Кроме того, Хоксби исследовала влияние конкуренции со стороны частных школ на государственные школы, а также конкуренции среди государственных школ. Она

выяснила, что конкуренция положительно влияет на успехи школ (Hoxby 1994, 2002, 2003)<sup>2</sup>.

Исследование схемы выбора в Чикаго не показало роста успеваемости, который можно было бы связать с программой, но обнаружило увеличение сегрегации по способностям. Однако в чикагской схеме деньги не распределялись в соответствии с выбором, и школы не могли существенно расширяться или сужаться (Cullen et al. 2000).

Родительский выбор школ в теории доступен в Англии и Уэльсе с 1989 года. Школы располагают определенной свободой в распоряжении собственным бюджетом, 75 % бюджета составляется из расчета на одного ученика, так что деньги распределяются в соответствии с выбором (по крайней мере так было до 2006 года, когда требование «75 %» было отменено). Но, поскольку на практике многие школы были и остаются перегруженными, использовались и другие методы для распределения учеников по школам, включая территориальный принцип, а в некоторых случаях школам позволялось вводить собственные правила приема. Кроме того, с 1989 года в образовательной сфере произошло много других изменений, в том числе была внедрена обязательная национальная программа, общенациональные тесты были объединены с рейтингом школ, показывающим сравнительные достижения школ в тестировании, а также, как мы уже говорили, были введены многие административные меры, например предполагающие обязательное обучение арифметике и «час грамотности». Поэтому полученные результаты довольно сложно соотнести с той или иной программой, в том чис-

---

2. Критику некоторых результатов Хоксби см. в: Rothstein (2005), а вполне убедительный ответ на эту критику Ротштейна см. в: Hoxby 2005.



ле и с теми, что были направлены на рост выбора и конкуренции.

Тем не менее есть исследования, отсеивающие иные факторы и, соответственно, позволяющие предъявить данные о влиянии выбора и конкуренции. Стивен Брэдли и коллеги из Университета Ланкастера показали, что области Великобритании с большей конкуренцией, определяемой близостью школ, по всей вероятности, демонстрируют лучшие успехи (Bradley and Taylor 2002; Bradley et al. 2001).

Роз Левачич (Ros Levačić 2004) из Открытого университета также исследовала отношение между конкуренцией и показателями успеха. Она выяснила, что конкуренция при наличии пяти и более конкурентов обладает положительным и статистически значимым влиянием на результаты экзаменов. На уровне общего сертификата о среднем образовании ключевым индикатором являются пять или более высоких оценок (оценки A\*, A, B и C). Левачич не обнаружила влияния на учеников, получивших пять или более оценок от A\* до G в Общем сертификате, однако положительное влияние было выявлено для учеников, имевших в сертификате пять или более оценок от A\* до C. Она делает следующий вывод:

На конкурентное давление школы отвечают улучшением индикатора успеваемости, особенно часто используемого и публикуемого в отчетах. Этим подтверждается тот взгляд, что конкурентное давление стимулирует управляющих школ повышать показатели успеваемости, становящиеся широко известными всему обществу. И это позволяет лишний раз подчеркнуть значимость исходного выбора верных индикаторов (Ros Levačić 2004, p. 188).

Противоположные результаты получили Стивен Гиббонс, Стивен Мэйчин и Олмо Силва из Лондонской школы экономики, изучившие связь между выбором, конкуренцией и успехами детей в начальной школе на юго-востоке Англии. Они пришли к выводу, что лишь церковные школы положительно отреагировали на конкуренцию, но, по-видимому, не светские (Gibbons et al. 2006). Я говорю «по-видимому», поскольку их первоначальный анализ, в котором использовались специально разработанные методы измерения выбора и конкуренции на основе реальных паттернов перемещения учеников, позволил обнаружить положительное влияние и выбора, и конкуренции даже на светские школы. Сами они говорят, что «эти оценки указывают на небольшие, но существенные преимущества учеников в школах, сталкивающихся с более конкурентными условиями рынка» (Gibbons et al. 2006, p. 29). Но хотя они потратили определенное время на разработку методов измерения выбора и конкуренции, они утверждают, что выводы, извлекаемые из простой корреляции между ними и успеваемостью учеников, могут быть ошибочными, поскольку паттерны перемещения, на которых основаны измерения выбора и конкуренции, сами могут испытывать влияние со стороны школьных показателей, а не наоборот. Поэтому они заменили данные методами оценками, основанными на расстоянии от границы районного отдела образования, поскольку, по их утверждениям, потенциал выбора и конкуренции увеличивается по мере того, как школьники и школы удаляются от этих границ; и только такие измерения показывают значительное воздействие на церковные школы. Какой результат принять, зависит от того, какой метод измерения выбора и конкуренции мы предпочтем — тот, что основан на действительном поведении, но мо-

жет быть связан с проблемой обратной причинной связи, или же основанный на «опосредованных» измерениях, определенных (тем или иным) расстоянием, хотя в этом случае не принимается во внимание, действительно ли рассматриваемые расстояния влияют на поведение.

Исследование Саймона Берджесса и коллег из Университета Бристоля показывает, что там, где больше выбора, сегрегация между школами выше, чем между соответствующими районами (Burgess et al. 2007). Другое исследование Берджеса показывает, что, когда бедные и обеспеченные дети живут в одном и том же районе и обладают одинаковыми измеримыми способностями, у бедного ребенка меньше возможностей пойти в хорошую школу. Однако это связано с тем, что лучше обеспеченные на самом деле живут ближе к хорошим школам в данном районе, то есть попадают в их зону. Если бы был доступен реальный выбор, он снизил бы влияние местожительства по соседству с хорошими школами, что помогло бы в какой-то мере устранить дисбаланс (Burgess and Briggs 2006).

В конечном счете данные показывают, что в большинстве исследованных по всему миру случаев расширение родительского выбора положительно влияло на показатели успеваемости — и не только в выбранных школах, но и в невыбранных. Все это говорит о том, что конкуренция и выбор стимулировали качество, по крайней мере оцениваемое по экзаменационным оценкам, как и было предсказано. Но в отдельных случаях, видимо, были отрицательные последствия в плане сегрегации, то есть пострадал принцип социального включения, особенно в тех случаях, когда школам дали возможность контролировать прием учеников. Это последствие оказалось более выраженным там, где гибкость стороны предложения оставалась низкой.

Следующий вопрос — можно ли использовать данный опыт, объединив его с тезисами из достаточно разработанной к настоящему времени теории выбора и конкуренции, чтобы смоделировать такую систему выбора, которая усиливает положительное влияние на успеваемость, повышает эффективность, степень реагирования на нужды учеников и равенство результатов, снижая при этом сегрегацию — по крайней мере по сравнению с альтернативами? Иными словами, каким условиям должна удовлетворять модель, основанная на выборе и конкуренции, чтобы достичь целей образовательной политики?

Есть во всяком случае три таких условия: повышение способности потребителей осуществлять выбор; понижение способности поставщиков осуществлять выбор; расширение пространства конкуренции. Если говорить подробнее, конкуренция должна быть реальной: потребители обязаны располагать точной информацией, особенно малообеспеченные потребители, а возможности и мотивы для отбора, или «снятия сливок», должны быть устранены<sup>3</sup>.

---

3. В одной из первых работ по квазирынкам я и Уилл Барлетт задали два следующих условия успешной работы квазирынков: низкие транзакционные издержки и по крайней мере частичная финансовая мотивация поставщиков (Le Grand and Bartlett 1993, Ch. 2). Большинство транзакционных издержек на образовательных квазирынках включают в себя меры по учету реальной стоимости услуг, которые, вероятно, были бы введены при любой модели предоставления общественных услуг, если бы уже не существовали. Вопросы мотивации обсуждаются в предыдущих главах (см. также: Le Grand 2003, особенно эпилог).

## КОНКУРЕНЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕАЛЬНОЙ

В каком-то смысле это будет трюизм, если мы скажем, что для работы модели выбора и конкуренции нужна настоящая конкуренция. Но, чтобы выполнить данное условие, сначала надо удовлетворить другие: деньги должны распределяться в соответствии с выбором; должны быть доступны альтернативные поставщики услуг; должны существовать подходящие механизмы, позволяющие новым поставщикам приходить на рынок и устранять тех, кому не удастся предоставлять качественные услуги.

### ДЕНЬГИ ДОЛЖНЫ РАСПРЕДЕЛЯТЬСЯ В СООТВЕТСТВИИ С ВЫБОРОМ

Значительное количество школ в большинстве стран действительно хотят предоставлять хорошие услуги и, конечно, уверяют в том, что их услуги хороши. Но выбор — это проверка самой реальностью, показывающая, насколько велики их успехи, оцениваемые потребителями. Тот факт, что некоторые школы выбирают, тогда как другие — нет, работает в качестве очевидного сигнала качества или провала, и этого сигнала нет в системах без выбора или монопольных системах, в которых зачастую трудно эффективно различить тех, у кого хорошие результаты, и тех, у кого они плохие.

Цель внедрения выбора и конкуренции — не только порождение сигнала успеха или провала. Все стимулы, выступающие в качестве аргументов в пользу выбора, зависят от того, действительно ли для школ значимо то, выбирают их или нет. Если говорить точнее, школам должно быть выгодно то, что их выбирают, и невыгодно то, что их не выбирают.

Конечно, потеря или приобретение учеников школой влияет на профессиональную гордость, и это само по себе может быть достаточным стимулом для улучшения качества услуги. Однако вряд ли стимула будет достаточно во всех или по крайней мере в большинстве случаев. Более надежный способ гарантировать значимость последствий выбора — финансировать в соответствии с выбором: в данном случае невыбранные школы теряют ресурсы, а выбранные приобретают их.

Если выбор сопровождается финансированием, денег должно быть достаточно для создания реальной конкуренции. На первом этапе эксперимента с ваучерами в Милуоки ваучер стоил лишь около трети средней стоимости образования в школьной системе штата. И только когда его стоимость выросла, поведение существенно изменилось.

Следующее условие состоит в том, что все основные игроки должны иметь мотив реагировать, предпринимая действия в желаемом направлении. Например, учителя должны сталкиваться с негативными последствиями преподавания в школах, которые не выбраны, чтобы у них были стимулы изменить свое поведение в классе. В том же Милуоки это условие не выполнялось ни для учителей, ни для школ. Финансирование отдельной школы не основывалось на числе учеников, соответственно, у школ не было особых мотивов повышать свое качество. То есть первоначальная схема ваучеров не предполагала затрат со стороны школ, теряющих учеников, что в действительности сняло с них давление.

Если деньги должны распределяться в соответствии с выбором и если это должно реально влиять на поведение школ, тогда школам нужны независимость и контроль над собственным бюджетом. В Новой Зеландии в школах были отдельные гранты для заработных плат учителей, поэтому у школ

было крайне мало возможностей использовать учителей и помощников учителей разных типов. Также они обязаны были платить по общенациональной ставке. В результате школы в развитых регионах больше привлекали учителей, чем в бедных, что повышало их способность «снимать сливки».

В этом отношении предложения британского правительства создать «школы-трасты» с большей свободой в наборе кадров и распоряжении бюджетом были приняты с воодушевлением. Это решение последовало за прошлыми инициативами, например программой Academies, предполагавшей замену провалившихся школ новыми институтами — опять же наделенными более ощутимой свободой.

#### ДОСТУПНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВ

Чтобы выбор школ работал, должны существовать школы, из которых можно выбирать. Часто заявляют, что данное условие редко выполняется, даже в городских районах. Однако к этим заявлениям следует относиться осторожно. Взять, например, средние школы в Англии. Данные, полученные Департаментом образования и науки, показывают, что две и более школ находятся на расстоянии не далее одной мили от 34% государственных средних школ в Англии, на расстоянии в пределах двух миль — от 70% школ и на расстоянии до трех миль — от 80%. Поскольку Национальный опрос по передвижению показывает, что в Англии у детей 11–16 лет дорога в школу составляет в среднем три мили, у четырех пятых всех английских школ есть по крайней мере по две альтернативных школы, посещение которых удлинило бы поход в школу лишь незначительно, да и то не всегда.

Если достаточным для выбора считать наличие одной или большего количества школ в окрестно-

сти, тогда цифры окажутся еще более впечатляющими, поскольку по крайней мере одна школа от 61 % средних школ находится в радиусе одной мили, от 82 % — в радиусе до двух миль и от 88 % — в радиусе до трех миль. Короче говоря, вряд ли даже одна из десяти школ в Англии не имеет никакой альтернативы в пределах трех миль.

Тем не менее даже три мили — немалый путь (хотя велосипед может сильно помочь), поэтому должен быть доступен транспорт или же должно предлагаться возмещение транспортных расходов, особенно для малоимущих. Sutton Trust и другие опубликовали предложения по развитию полноценной сети школьных автобусов, похожей на ту, что работает во многих районах Северной Америки (Sutton Trust 2005). В настоящее время британское правительство занято расширением права на бесплатный проезд для детей из бедных семей до трех ближайших средних школ в радиусе шести миль. Все это шаги в правильном направлении.

## ВХОД

Берджес и его коллеги на основе исследования международных данных сделали важный вывод, что выбор в условиях гибкости стороны предложения (то есть возможности открытия новых школ и закрытия старых) уменьшал сегрегацию, тогда как жесткость стороны предложения увеличивала ее (Burgess et al. 2005, p. 19). Гибкость стороны предложения включает в себя возможность расширения популярных школ, если они того хотят, а также возможность относительно простого открытия новых школ. Но во многих случаях все это непросто. В Англии комитеты, представляющие существующие государственные школы (школьные организационные комитеты), вместе с местными образо-



вательными властями распоряжаются количеством школьных мест в данном районе. Они могут использовать эту власть (и реально ее используют) для ограничения расширения школ, они же могут препятствовать новым школам выходить на рынок. Такие организации являются классическим примером поставщиков, объединяющихся для защиты собственных интересов; у них нет места в образовательной системе, выстроенной в соответствии с правильно функционирующей моделью выбора и конкуренции. К счастью, в соответствии с предложениями теперешнего правительства данные организации будут распущены.

Вторая проблема касается капитального финансирования. Если распределения денег в соответствии с выбором вполне достаточно для покрытия текущих расходов (как показывают большинство систем выбора), где новые участники рынка должны находить ресурсы для капитальных вложений?

В Швеции и Нидерландах государство не осуществляет капитальное финансирование, и это может стать проблемой. Например, в 2001 году в Швеции 40% претендентов на открытие новых независимых школ, одобренных Национальным агентством по образованию, не смогли действительно открыть школы из-за проблем, связанных с приобретением оборудования и первоначальными расходами (Raham 2002).

Однако в Швеции есть по крайней мере альтернативные источники финансирования. Многие новые независимые школы обеспечиваются коммерческими корпорациями, которые имеют доступ к частным финансовым рынкам. В частности, несмотря на отсутствие государственного финансирования, с 1992 года, когда начались реформы, число независимых школ в Швеции значительно выросло. Наличие подобных альтернативных источни-

ков финансирования представляется существенным условием успеха новых школ.

В этой связи предложения британского правительства, нацеленные на стимулирование новых участников рынка, кажутся недостаточно смелыми. Они поддерживают частное спонсорство новых школ, но не позволяют выходить на этот рынок коммерческим фирмам. Это совершенно не нужное ограничение (например, оно не применялось в социал-демократической Швеции), причем оно может уменьшить выигрыши от роста конкуренции.

Однако полная свобода входа невозможна. Новые участники обязаны выполнять определенные условия, что должно гарантировать соответствие предлагаемого ими образования правительственной политике, то есть не только государственным стандартам, но и принципу социального включения.

И опять же Швеция предлагает нам примеры условий, которые могут использоваться. Национальное агентство по образованию выносит одобрение новой школе или отказывает в таковом одобрении, основываясь на следующих критериях (PMSU 2006a, p. 10):

1. Претенденты должны показать, что у них есть возможность управлять школой, предлагающей образование, равное тому, что дети получали бы в государственной школе. Они также должны показать, что есть возможность найти подходящее место для школы и что у них есть средства для первоначальных расходов, связанных с открытием школы.
2. Основная программа обучения должна совпадать с общенациональной программой, а также соответствовать расписанию в государственных школах. Школа должна будет предлагать образование, в котором особенное внимание

уделяется «общим целям и фундаментальным ценностям» национальной программы. Если независимая школа носит религиозный характер, содержание курсов не должно быть направлено на идеологическую обработку того или иного рода.

3. Претенденты должны показать, что у них достаточно учеников, заинтересованных в школе, которой они хотят управлять (по крайней мере двадцать человек для общеобразовательного заведения).
4. У школы должен быть преподавательский состав, обладающий той же квалификацией, что и учителя государственных школ, занимающие аналогичные позиции.

### ВЫХОД

Кроме условий, для новых участников рынка важны процедуры действий при неудаче, то есть важно либо перестроить всю деятельность провалившейся школы, либо дать возможность «выйти». Проблема состоит в том, что, если деньги распределяются в соответствии с выбором, это может поставить под угрозу жизнеспособность школы, не предлагая никакой альтернативы оставшимся ее потребителям. Однако выбор должен создать эффективное давление снизу, выявляющее плохое качество и низкую результативность. Его воздействие на школу в течение определенного времени может запустить попытку перестроить работу школы или же привести к управляемому закрытию, осуществляемому до того, как потребители могут подвергнуться риску.

Как и во всех сферах экономики, здесь есть опасность разрушительного политического вмешательства — спасения провалившихся школ за счет вли-

вания финансов и размывания стимулов внутри системы. Поэтому всякое вмешательство должно регулироваться правилами и осуществляться независимым агентством. Им может быть организация, избираемая на местном уровне, такая как Pupil Advocate — организация, предложенная центром Policy Exchange (O'Shaughnessy and Leslie 2005), или же национальная организация, аналогичная Ofsted, инспекционному агентству по образованию в Англии, или Аудиторской комиссии. Какое бы агентство ни выбиралось, важно, чтобы оно оставалось независимым и от центрального, и от местного правительства.

## ВЫБОР ДОЛЖЕН БЫТЬ ИНФОРМИРОВАННЫМ

Если родителям надо успешно выбрать школу для своих детей, они должны быть соответствующим образом информированы о качестве разных вариантов. Есть разные способы информирования родителей.

Здесь снова полезны шведские примеры. Муниципальный совет Стокгольма ежегодно выпускает проспект, в котором дается полная характеристика всех школ для каждого района, в том числе приводятся такие показатели, как результаты девятибалльных тестов, а также результаты общегородских тестов более низких уровней. В проспект, кроме того, включаются опросы родителей, выявляющие их удовлетворенность школами Стокгольма. Муниципалитет шведского города Наска публикует каталог, распространяемый каждый год среди родителей вместе со школьным ваучером. В каталоге дается характеристика каждой из школ, приводятся абсолютные данные успеваемости, правила

приема, сведения с открытых вечеров и результаты опросов родителей с оценками конкретных школ.

Однако Швеция указывает и на потенциальную проблему информирования – возможность неравенства. В одном докладе говорится о том, что готовность активно выбирать школу в большей степени выявляется среди людей с более высоким уровнем образования. Около 50% родителей заявили, что, по их мнению, у них нет достаточной информации для того, чтобы сделать обоснованный выбор школы, тогда как более образованные люди чаще считают, что такая информация у них есть (PMSU 2006a).

Отсюда следует, что система родительского выбора, нацеленная на обеспечение равенства возможностей, должна располагать каким-то средством предоставления дополнительной информации и оказания иной поддержки менее обеспеченным слоям населения. В этой связи особенно интересны недавние предложения британского правительства ввести индивидуальных консультантов по выбору, которые помогали бы менее обеспеченным родителям (Department of Education and Skills 2005). Консультанты могли бы в значительной степени повысить равенство возможностей и расширить пространство информированного выбора, усилить влияние выбора и конкуренции на качество и эффективность.

Но есть и еще одна проблема, связанная с информированным выбором. Что если родители используют различные критерии для выбора школ? Предположим, некоторым родителям важны, например, не образовательные параметры школы, а то, доволен ли будет их ребенок социальным статусом своих одноклассников. Так что и выбор они будут совершать в соответствии с данными факторами. Допустим также, что, согласно общераспро-

страненному мнению, родители из среднего класса обеспокоены уровнем образования и социальным статусом, тогда как родители из рабочего класса заботятся лишь о комфорте своего ребенка. Не создаст ли это проблем для модели выбора в образовании одновременно в плане ее способности справедливо распределять услуги и в плане стимулов, порождаемых для школ?

В определенном смысле можно сказать, особенно если цель образовательной политики — усиление позиции родителей: не бывает неправильных критериев. Важно то, что реально заботит родителей. Если для них значимо лишь то, комфортно ли ребенку в школе, и если они выбирают школу по этому критерию, значит, школы будут просто соревноваться, как бы сделать пребывание ребенка в школе комфортным, и каждый в итоге останется доволен.

Однако такой подход упускает ряд факторов. Во-первых, как мы уже отмечали, есть и иные цели образовательной политики, так что некоторые желания родителей могут быть несовместимы с ними. Так, родители, ищущие школу с высоким социальным статусом, почти по определению работают против социального включения и справедливости. Социальный статус — позиционное благо, и он не может распределяться равномерно.

Но здесь мы опять же должны сравнить политику, ориентированную на выбор, с другими моделями. В мире, где дети распределяются по государственным школам на основании территориального зонирования и где, с другой стороны, существует параллельная система частных школ, родители, стремящиеся к социальному статусу, либо сменяют местожительство, либо отправят своих детей в частную школу. И это общая проблема для образовательной политики (собственно, это проблема

для всего общества), и она может затронуть все модели, не только модель выбора и конкуренции.

Какие критерии родители действительно используют при выборе школ? Данных по этому вопросу явно недостаточно. Но в том случае, когда они все-таки доступны, они противоречат общераспространенному убеждению, поскольку, судя по ним, семьи из рабочего класса так же обеспокоены образованием своих детей, как и семьи из среднего класса. Исследование, проведенное Анн Вест и коллегами из Лондонской школы экономики, показало, что независимо от социального класса почти все родители хотели, чтобы их дети продолжили обучение и после 16 лет, то есть 87% семей из среднего класса хотели, чтобы дети получили высшее образование, а для рабочего класса тот же показатель составил 83%. При этом все родители стремятся к тому, чтобы их дети получили высокооплачиваемую работу — независимо от их социального класса (Noden et al. 1998).

Однако в том же исследовании выяснилось, что, несмотря на схожие стремления, дети из среднего класса в итоге с большей вероятностью оказываются в более качественных школах, чем дети рабочих. Одну из причин исследователи видят в том, что родители из среднего класса используют тактически более эффективные стратегии, когда совершают выбор, например чаще посещают отобранные школы и чаще осуществляют свой выбор. Но также исследователи пришли к выводу, что на результаты влияли и более прозаические факторы: например, транспортные расходы и «снятие сливок». У детей из среднего класса есть средства для передвижения на большие расстояния, если это требуется для посещения более качественной школы, и они с большей вероятностью принимались в такие школы после подачи заявления.

Что это означает для разработки политического курса? Все то же самое — должно быть возмещение транспортных расходов, особенно для малоимущих; также способности школ выбирать лучших из лучших, то есть «снимать сливки», должны быть ограничены. Сейчас мы перейдем к данному вопросу.

### «СНЯТИЕ СЛИВОК»: КАК ИЗБЕЖАТЬ?

Когда школы перегружены заявлениями о приеме и потому могут отбирать учеников, именно школы, а не родители начинают осуществлять выбор. Родительский выбор становится школьным выбором. Следствием может стать сегрегация или поляризация по способностям или социальным группам, поскольку популярные школы начинают отбирать более популярных детей или же детей из более обеспеченных семей. В таком случае подрываются принципы и равенства, и социального включения.

Не совсем ясно, насколько «снятие сливок» распространено в Великобритании. Очевидно то, что школы, управляющие приемом учеников, с гораздо большей вероятностью будут осуществлять выбор на основе критериев «снятия сливок», чем те, у которых такого контроля над приемом нет. Другое исследование Анн Вест и коллег из Лондонской школы экономики показало, что 9% автономных школ (то есть школ, контролирующих прием учеников) в сравнении с 0,3% неавтономных школ отбирали учеников по способностям. Кроме того, только 15% автономных школ и 48% неавтономных включили специальные образовательные нужды ребенка в число критериев, по которым ребенок отбирался. Исследователи также обнаружили ряд так называемых



«идиосинкразийных» критериев и практик, которые могли быть несправедливыми, в том числе и отказ ученикам в приеме на основании плохих результатов, показанных на собеседовании, плохого поведения братьев и сестер, которые уже учатся в данной школе, а также (в случае одной католической школы) отказ на том основании, что родители подали заявления и в не католические школы (West et al. 2004).

Могли ли привести такие процессы селекции к действительному «снятию сливок» с его негативными последствиями для образовательных успехов и сегрегации? В более позднем исследовании Вест и ее коллегами было обнаружено, что средние школы в Лондоне, контролировавшие прием, принимали учеников с более высокими оценками (полученными на общенациональных тестах в возрасте 11 лет, то есть до приема в среднюю школу), чем школы, прием в которые управлялся местными властями. Кроме того, школы с селективными (или потенциально селективными) критериями принимали учеников с еще более высокими оценками. Процент учеников, которым полагались бесплатные школьные обеды, в школах, контролировавших собственный прием, был меньше, так же как и процент учащихся с особыми потребностями в образовании (West and Hind, forthcoming).

Что касается общественных дотационных школ, другие исследователи показали, что доля учеников, которым полагались бесплатные школьные обеды, была в этом случае и в начальной, и в средней школах ниже среднего значения в данном районе (Chamberlain et al. 2006). Как отмечают Вест и коллеги, хорошо известно, что в целом эти школы показывают лучшие успехи на экзаменах. Однако не совсем ясно, что тут является причиной, а что — следствием, поскольку другие факторы, например качество преподавания (которое в данных школах

тоже, скорее всего, выше), очевидно, влияют на результаты экзаменов. С сегрегацией картина яснее: Стивен Горард обнаружил, что способность школ контролировать прием учеников являлась ключевым фактором роста сегрегации в районе, где расположены эти школы (Gorard et al. 2003).

Религиозные школы часто выделяют отдельной строкой в силу их высоких образовательных стандартов и, соответственно, хороших результатов на экзаменах. Но и здесь, по всей видимости, ключевую роль играет отбор. Исследователи Гиббонс и Силва (Gibbons and Silva 2006) из Лондонской школы экономики обнаружили, что начальные религиозные школы практически не влияют на успехи учеников:

Очевидно, в религиозных школах (а также в школах с автономным приемом и специальным регламентом) существует положительный отбор на основе наблюдаемых качеств, которые благоприятны для образования, — даже когда мы сравниваем учеников из одного и того же многоквартирного дома.

Они указывают на то, что «любое влияние на успеваемость религиозных английских школ, вероятно, следует связать с автономным регламентом и правилами приема, а не с собственно религиозным содержанием образования» (Gibbons and Silva 2006, p. 28, 29).

Такая проблема обнаружилась и в Новой Зеландии, где поляризация и сегрегация, по всей видимости, возникли в результате введения школьного выбора. Перегруженные школы имели возможность вводить «критерии набора», содержание которых почти не регулировалось, поскольку у школ было лишь юридическое обязательство соблюдать

Акт о правах человека и Акт о расовых взаимоотношениях (при этом почти ничто не препятствовало махинациям за пределами данных законов). Так что если в школу хотело поступить больше учеников, чем в ней было мест, она могла выбирать детей, которые будут ее посещать. Популярные школы имели возможность расширяться. Однако необходимое для этого финансирование было ограниченным, причем многие школы шли на расширение неохотно, поскольку они стремились сохранить свое исключительное положение и возможность отбирать учащихся.

Еще один стимул к «снятию сливок» возникает в том случае, когда родители могут служить дополнительным источником финансирования — формально или неформально. Показателен опять же пример Новой Зеландии. В большинстве школ ожидается, что родители будут платить «добровольные взносы», отчасти компенсируя издержки функционирования школы. Такие местные доходы могут стать для школ важным источником финансирования среднего образования (в городских школах). Очевидно, родители с меньшим доходом заплатят меньше «добровольных взносов», поэтому школы, принявшие детей из преимущественно бедных семей, получают значительно меньше средств из этого источника финансирования, чем те, которые приняли детей из обеспеченных семей. Хотя дискриминация детей, чьи родители не могут или не хотят выплачивать «добровольные взносы», незаконна, тем не менее при возможности школы выбирать учащихся этот момент, скорее всего, будет учитываться директором школы, принимающим решение о том, принимать или не принимать учащихся из бедной семьи.

Противоположный пример — Швеция, где каждая независимая школа должна согласовать мак-

симальное число принимаемых учеников с Национальным агентством по образованию. Если заявления о приеме в какой-нибудь год превосходят это число, должны быть установлены критерии набора, включающие либо списки ожидания (обслуживание в порядке простой очереди), либо случайную лотерею. В большинстве независимых школ используются критерии набора на основе списков ожидания. И хотя данный метод отбора применяют чаще остальных, он не лишен изъянов: он с высокой вероятностью выгоден наиболее образованным группам населения (поскольку высока вероятность того, что они лучше информированы). Также в случае наиболее востребованных шведских школ это привело к тому, что у всех учащихся в них дни рождения приходятся на первую половину года (поскольку детей заносят в школьные списки в момент рождения).

В то же время в Швеции обнаружилась еще одна опасность отбора. Муниципалитет Стокгольма в 2000 году ввел отбор по способностям в старших классах средней школы. Это привело к росту сегрегации по способностям (что не удивительно), а также по иммиграционному и социально-экономическому статусу (Söderström and Uusitalo 2005).

Другим фактором, побуждающим школы дискриминировать (где это возможно) низшие социально-экономические группы, являются разнообразные натуральные выплаты, получаемые, например, благодаря неоплачиваемому труду родителей принятых в школу детей, причем родители могут быть как профессионалами, так и простыми рабочими или иметь низкую квалификацию. Децентрализация административных функций на местном уровне неизбежна для модели выбора и конкуренции, но она может привести к тому, что такие натуральные выплаты становятся достаточно важны для

школ, а следствием нехватки квалифицированных родителей-волонтеров станет то, что неблагополучные школы затратят на эти специализированные работы больше средств, чем успешные.

Шведский пример показывает, что можно разработать такую систему выбора, которая не будет побуждать к «снятию сливок». В действительности в образовательной сфере есть по крайней мере три основных способа предотвращения подобных явлений.

Первый — существенно ограничить или вообще устранить возможность принятия решений о приеме учеников самими школами. Школы можно принудить к приему учеников из самых разных социальных сред посредством системы квотирования или распределения детей на несколько групп по способностям, из которых затем составляются смешанные классы. Популярные школы можно принудить использовать списки ожидания, из которых потенциальные кандидаты выбираются в результате лотереи (данный метод в настоящее время испытывают несколько английских муниципалитетов).

Устранение или ограничение контроля школ над приемом учеников, а также принуждение их к приему учеников того или иного типа — это, по существу, программа административного управления со всеми свойственными ей преимуществами: она прозрачна, относительно проста, ее довольно легко внедрить. С другой стороны, для нее характерны и все те минусы, которые мы нашли в модели административного управления. Она не дает школам никаких положительных стимулов к приему большего числа сложных учеников; действительно, она, скорее, будет вызывать раздражение персонала, которое, возможно, отразится на самих детях. Еще большая проблема в том, что она никак не стимулирует действия, направленные на то, чтобы дети остались

в школе, да и вообще не способствует тому, чтобы для них было сделано что-то полезное после их принятия, — если только эта система не состыкована с другими административными мерами, например ограничением исключения учеников из школы.

Вторая возможность — обеспечить абсолютно свободное поступление и лишить школу права отказываться от тех или иных кандидатур<sup>4</sup>. В таком случае, если у школы хорошая репутация и почти все родители хотят отправить в нее своих детей, она окажется переполнена. И пусть. За счет дополнительных ресурсов можно нанять дополнительных учителей для обучения, что понизит соотношение учителей и учеников. Но классы все равно будут переполнены, тогда, возможно, придется преподавать в коридорах, а качество персонала, скорее всего, упадет, поскольку учителей станут нанимать в последний момент, когда будет ясно, сколько детей в этом году будет ходить в данную школу. В плохой школе будет теперь меньше учеников, а через какое-то время уменьшится и соотношение учителей и учеников, так что в ней появится много места и она может стать более привлекательной для родителей. Может установиться равновесие, способное удовлетворить требованиям и выбора, и справедливости. Куда именно отправятся дети — полностью зависит от выбора. А принцип справедливости будет удовлетворен также благодаря выбору — некоторые родители предпочитают качественный персонал хорошей школы, а некоторые — свободные пространства плохой школы.

Многие, однако, сочтут подход в стиле *laissez-faire* непривлекательным, в том числе и по причи-

---

4. За предложение этой возможности я благодарен Джеффри Бреннану.

не быстро обнаруживающихся последствий для хорошей школы и ее учеников. Но если не опираться на этот метод и не использовать административное ограничение полномочий школ, остается третий вариант — использовать силу положительных стимулов, чтобы склонить школы к приему детей из более бедных семей. Такие дети должны приносить с собой «выплаты за неудобства», то есть дополнительные деньги, выделяемые на каждого ребенка из неблагополучной среды. Данный вопрос требует большего внимания, поэтому его подробное обсуждение мы отложим до пятой главы.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Системы выбора и конкуренции могут достичь целей образовательной политики. Однако, чтобы удовлетворить условиям эффективности, они должны быть правильно сконструированы. Должны действовать механизмы, гарантирующие простоту входа на рынок новых поставщиков, возможность выхода, а также независимость принимаемых решений от политического влияния. Родителям должна предоставляться нужная им информация и помощь при выборе, особенно малообеспеченным родителям. Должна работать компенсация транспортных расходов, опять же особенно значимая для малообеспеченных семей. Также должны быть устранены возможности и стимулы к «снятию сливок».

## Глава 4

# Здравоохранение

**И** нынешнее британское правительство, и главная оппозиционная партия стремятся расширить выбор, совершаемый пациентами, в сфере финансируемого государством здравоохранения. Другие страны также движутся в этом направлении, включая Норвегию, Швецию, Данию и Нидерланды. Многие страны континентальной Европы, особенно Германия и Франция, в которых система здравоохранения традиционно финансируется посредством социального страхования, давно предлагают пациентам выбор того или иного рода, в том числе выбор поставщиков услуг. А в США пациенты столь же традиционно располагают значительной свободой при выборе своего врача или больницы даже в пределах финансируемых государством систем Medicare (обслуживающей пожилых) и Medicaid (работающей для бедных).

Однако этот политический курс остается весьма спорным. В Германии и Франции попытки исправить имеющиеся недостатки привели к ограничению возможности выбора поставщика услуг пациентами. В США наблюдался рост так называемых списков рекомендованных специалистов и лечебных учреждений, через которые страховщики пытались направить выбор пациентов в сторону определенных поставщиков (с которыми у страховых компаний были соответствующие договоры, предполагающие скидку). В Великобритании, где сама



идея наделения пациентов определенными полномочиями является недавним нововведением, выбор пациентов остается спорной территорией.

У спора много сторон. Защитники такого политического курса утверждают, что вместе с конкуренцией расширение выбора пациентов повысит не только качество здравоохранения, но также эффективность медицинских услуг и скорость реагирования. Предоставляя менее обеспеченным людям инструмент, позволяющий сбалансировать ту силу голоса, которой обладают средние классы, выбор сделает систему более справедливой. Его критики утверждают, что пациенты слишком плохо информированы, чтобы совершить разумный выбор, так что открытие системы для конкуренции просто создаст окно возможностей для недобросовестных поставщиков, которые будут эксплуатировать слабости пациентов, залечивая их, а все вместе это приведет к неприемлемому уровню административных издержек.

В предыдущих главах утверждалось, что в целом модель выбора и конкуренции, применяемая для предоставления общественных услуг, в самом деле оказывается эффективным инструментом повышения качества, эффективности, степени реагирования и справедливости этих услуг, особенно если сравнить ее с альтернативами. Однако критики модели кое в чем правы, поскольку модель дает желаемые результаты только в правильных условиях. Как и по поводу аргументов, относящихся к образованию, здесь также можно сказать, что главное — разработка тех политических инструментов, которые обеспечивают выполнение данных условий<sup>1</sup>.

---

1. Развернутое обсуждение вопросов, затрагиваемых в этой главе, см. также в: Stevens 2004 и Farrington-Douglas and Allen 2005.

Поэтому в этой главе обсуждаются некоторые проблемы, связанные с разработкой соответствующей политики, которые возникают при применении модели в контексте здравоохранения. Начинается она с краткого обзора общих аргументов, приведенных в предыдущих главах и относящихся к целям и средствам общественных услуг, а затем эти аргументы применяются к вопросам здравоохранения. Затем в ней дается обзор эмпирических данных, относящихся к влиянию выбора и конкуренции в различных странах, которые внедряли эту модель в сфере медицинских услуг. Наконец, опираясь на эти данные и другие работы, мы выделим некоторые условия успешного внедрения этой модели. В каждом из случаев мы попытаемся определить, как должна быть выстроена соответствующая политика или реформа, чтобы эти условия по возможности выполнялись. В конце главы мы вкратце подведем итоги.

## ЦЕЛИ И СРЕДСТВА

В общем виде цели общественных услуг обсуждались в первой и второй главах. К ним относятся качество, эффективность, реагирование и справедливость. В предыдущей главе показано, как они соотносятся с образованием; многие из использованных в ней аргументов приложимы и к здравоохранению. Основные проблемы интерпретации этих целей возникают в случае качества и справедливости. Качество может означать качество затрат, процессов, отдачи и результатов. Затраты в данном случае отсылают к качеству профессионалов и медицинского оборудования; процессы — ко времени ожидания и уважительному и внимательному отношению к пациентам; отдача — к самому лечению; а результаты означают улучшение здоровья, об-

условленное проведенным лечением. В отличие от образования, где большинство споров связаны с отдачей или результатами (и чаще всего они измеряются оценками, получаемыми на общенациональных тестах), дискуссии в сфере здравоохранения нередко связаны именно с процессом, например временем ожидания, особенно в таких странах, как Великобритания, где эта сторона качества исторически всегда была серьезной проблемой.

Справедливость в контексте здравоохранения можно определять самым разным образом, в том числе через равенство доступа, равное лечение при равной потребности и равенство результатов. На практике степень неравенства обычно измеряется тем, насколько по-разному различные социальные группы со сходными потребностями используют услуги здравоохранения, то есть тем, насколько равное лечение предоставляется при равных потребностях, — и именно этой интерпретации мы будем придерживаться.

Что можно сказать о средствах? В предыдущих главах в общей форме были изложены доводы, объясняющие, почему применение модели выбора и конкуренции для предоставления общественных услуг, если требуется достичь данных целей, оказывается в общем случае более эффективным методом, чем применение других моделей, в том числе доверия, административного управления и голоса. Та же аргументация в применении к здравоохранению выглядит следующим образом.

В мире финансируемого государством здравоохранения, где нет права выбора, у пациентов, не удовлетворенных качеством получаемого ими лечения, реагированием медиков на их нужды или же отношением профессионалов, с которыми они сталкиваются, не так много вариантов действия. Если существует сектор частной медицины, рабо-

тающий параллельно государственному, они могут обратиться к нему, по крайней мере это могут сделать наиболее состоятельные пациенты. Тем, кто не может себе это позволить, остается лишь жаловаться — либо напрямую профессионалам и менеджерам, которыми они недовольны, либо их руководству. В обоих случаях получение ответа зависит от доброй воли или рыцарских качеств того конкретного человека, которому они жалуются. Данный механизм не только достаточно затратен, но и не совсем надежен в плане улучшения качества. Эгоистичных, плутовских профессионалов и менеджеров он вряд ли будет стимулировать (по крайней мере напрямую) к улучшению качества услуг; и даже настроенные по-рыцарски, альтруистические профессионалы не всегда хорошо реагируют на осаждающих их пациентов.

Кроме того, даже если жалобы действуют, они выгодны уверенному в себе и грамотному среднему классу, так что возникает перекося услуг в его пользу за счет менее обеспеченных слоев населения. У среднего класса двойное превосходство над менее обеспеченными. Представители среднего класса занимают места, позволяющие им с большим успехом убеждать работников, занятых оказанием общественных услуг, в том, что они должны реагировать на их нужды; если же их силы убеждения оказываются недостаточными, чтобы получить нужную услугу, они могут обратиться к частному сектору.

Напротив, в мире, где нормой являются выбор и конкуренция, пациенты, не удовлетворенные качеством услуг, получаемых от поставщика — больницы или поликлиники, имеют возможность уйти к другому поставщику, который предоставит им лучшую услугу. Если деньги распределяются в соответствии с результатами выбора, тогда больница или поликлиника, предоставляющая лучшие услуги, по-

лучит дополнительные ресурсы, а та, что предлагает услуги низкого качества, их потеряет. Независимо от того, кем является неудовлетворительный поставщик — плутом или рыцарем, он хочет и дальше заниматься тем, чем он занимается: плут — потому что это в его интересах, рыцарь — потому что он стремится продолжать предоставлять качественные услуги нуждающимся пациентам. Но, чтобы сохранить свое предприятие, им надо будет повысить качество и реагировать на запросы пациентов. Кроме того, справедливость укрепляется тем фактом, что менее обеспеченные могут теперь в случае необходимости уйти к другому поставщику, то есть больше они не зависят от собственной способности убедить профессионалов в том, что те должны предоставить им нужную услугу.

Конечно, приложение подобных аргументов ко всем формам здравоохранения сталкивается с определенными ограничениями. Пациенты, пострадавшие при несчастном случае или серьезно больные, вряд ли смогут выбрать поставщика услуг, поэтому им приходится полагаться на других (дежурных врачей или команду скорой помощи), которые делают выбор за них. Некоторые формы медицинского вмешательства однократны (аппендикс можно удалить только один раз); в подобных случаях приобретенные сведения о качестве лечения вряд ли окажутся полезными, когда надо будет решать, куда отправиться за каким-то другим лечением. Некоторые люди, например престарелые или сильно ослабленные, страдающие хроническими заболеваниями, возможно, предпочтут не принимать никаких решений вовсе, их ответ: «Доктор, решайте сами».

Однако не стоит преувеличивать число болезней или несчастных случаев, при которых выбор невозможен или нежелателен. Количество так называемых критических пациентов, то есть находя-

щихся в бессознательном состоянии или серьезно больных, в приемных отделениях скорой помощи относительно невелико<sup>2</sup>. То или иное лечение, полученное в определенной больнице, может стать показателем качества других форм лечения и медицинских услуг в том же самом заведении. И, как мы видели во второй главе, недавно проведенное Британское исследование социальных установок показало, что большинство людей хотят иметь возможность выбирать медицинские учреждения, причем, что интересно, больше поклонников выбора именно среди менее обеспеченных слоев населения, чем среди среднего класса.

Хватит пока теории. Работает ли все это на практике? Может ли модель выбора и конкуренции действительно давать предсказанные результаты? Или же в реальном мире она сталкивается со слишком большим числом практических затруднений, чтобы продемонстрировать собственную эффективность? К каким результатам пришли различные страны, которые экспериментировали с моделью выбора и конкуренции?

## ВЛИЯНИЕ ВЫБОРА И КОНКУРЕНЦИИ

Как мы уже говорили, различные формы выбора пациентов и конкуренции среди больниц существуют в довольно большом количестве стран, включая Норвегию, Швецию, Данию, Нидерланды, Францию, Германию и США. Однако в большинстве из них исследований, в которых изучалось бы

---

2. Оно может составлять всего лишь 1% всех больных (5% в скорой помощи). Цифры взяты из следующего источника: [www.chrisgrayling.net/hospital/20040520\\_working-paper6.htm](http://www.chrisgrayling.net/hospital/20040520_working-paper6.htm).

их влияние, было проведено немного. Исключением являются США, что, конечно, неудивительно, поскольку американский рынок здравоохранения является, по крайней мере по своей форме, наиболее конкурентным рынком во всем мире.

Однако следует проявить осторожность, чтобы избежать упрощенного сравнения системы здравоохранения в США и систем других стран, поскольку американская система отличается некоторыми чертами, которые больше нигде не встречаются. К ним — и это главное — относится отсутствие всеобщего доступа, причем эта характеристика в основном определяется другими необычными качествами, такими как значительная опора на финансирование со стороны работодателя и частная страховая система. Кроме того, применимость данных по США осложняется тем, что структура американского рынка с течением времени менялась. В 1980-х годах затраты клиентов покрывались щедрыми страховками, а затраты больниц полностью возмещались. Это привело к тому, что некоторые авторы называли медицинской гонкой вооружений, в которой больницы конкурировали друг с другом, например, по объему используемых ресурсов, по качеству медицинского оборудования. В 1990-х годах система Medicare ввела фиксированные «ожидаемые платежи», то есть фиксированную цену каждого курса лечения, а также «обзоры использования», в которых врачи должны были доказывать плательщикам то, что предлагаемое ими лечение является верным. Затем возникли и частные страховщики. Все это сопровождалось развитием Организаций медицинского обеспечения (ОМО, Health Maintenance Organizations), в которые записываются будущие пациенты — они платят фиксированный годовой взнос и получают все необходимое им лечение без дополнительных оплат.

Несмотря на все, из американского опыта можно сделать кое-какие выводы. Кэрол Проппер с коллегами из Центра рыночной и публичной организации Бристольского университета недавно провели достаточно полное исследование американских и других данных, касающихся влияния конкуренции между поставщиками услуг, особенно больницами<sup>3</sup>. Они нашли подтверждения тому, что в США конкуренция с фиксированными ценами одновременно снизила затраты и повысила качество (обычно определяемое через отдачу медицинских учреждений, то есть, например, через уровень смертности больных с сердечным приступом, поступившим в отделения скорой помощи), особенно на рынках, где получили широкое распространение ОМО. Были получены и иные, более специфические результаты: например, выяснилось, что конкуренция способствует более правильному лечению, причем больные пациенты в менее конкурентных рынках получают менее интенсивное лечение, что приводит к худшим результатам в плане здоровья, чем в более конкурентных рынках.

Также имеются американские данные, которые показывают, что, когда пациенты сознательно отказываются идти в местное медицинское учреждение и выбирают его по своему усмотрению, результаты оказываются лучше. Например, Ламонт и коллеги (Lamont et al. 2003, p. 1375), исследуя раковых больных в Чикаго, пришли к тому выводу, что

пациенты, которые хотели и были способны (1) изучить результаты терапии и (2) найти ресурсы, необходимые для того, чтобы затем пройти соот-

---

3. См.: Burgess et al. 2005, а также: Propper et al. 2006. Полезный обзор данных по США см. в: Gaynor 2006, а по Великобритании — в: Fotaki et al. 2006.



ветствующие курсы лечения, по всей видимости, с большей вероятностью достигали успеха, чем те, кто останавливался на ближайшем медицинском учреждении, даже если их болезни и полученное лечение тождественны. Кроме того, различие оказалось довольно существенным, так что расстояние в десять миль, которое приходилось преодолеть, чтобы попасть в выбранную больницу, оказалось эквивалентным понижению рисков, сопоставимому по величине с их увеличением от годового потребления сигарет [из расчета по двадцать сигарет в день].

Одна из интерпретаций этих результатов заключается в том, что само осуществление выбора благотворно сказывается на здоровье: чувство контроля, обеспечиваемое выбором, оказывает мощное воздействие на способность индивидов реагировать на лечение и скорость выздоровления.

Но с США связаны и важные примеры возникновения проблем<sup>4</sup>. Статистическая информация, предоставляемая пациентам, часто оказывалась слишком сложной, чтобы они или даже институты-покупатели на рынке здравоохранения могли эффективно воспользоваться ею. Чаще всего она использовалась самими поставщиками медицинских услуг, причем иногда это могло нанести вред пациентам. В соответствии с тем, что мы показали в первой главе при рассмотрении целевых показателей, поставщики сосредоточились на улучшении того, что можно измерить, хотя все эти

---

4. Полезную критику американской системы здравоохранения, выводы которой, однако, во многих аспектах отличаются от тех, к которым приходим мы, см. в работах Майкла Портера, экономиста из Гарвардской школы бизнеса: Porter and Teisberg 2006.

измеримые показатели не обязательно способствовали выздоровлению. Система фиксированных цен могла привести к «снятию сливок», поскольку больницы пытались привлечь пациентов, затраты на лечение которых должны быть ниже предлагаемой им фиксированной цены, и, соответственно, «отбраковывать» пациентов, затраты на лечение которых были выше данной цены. В тех областях, где цены не были фиксированы, больницы, по всей видимости, урезали цены и понижали качество, полагаясь на то, что потребители и покупатели медицинских услуг не могут верно оценить качество и, следовательно, заметить его падение (Gaynor 2006).

Важные уроки следует извлечь и из британского эксперимента с «внутренним рынком» Национальной службы здравоохранения, внедренным правительством консерваторов в 1991 году и просуществовавшим до 1997 года, когда консерваторы потерпели поражение на выборах. Главная черта этого рынка (сохраняющаяся и в нынешней системе, по крайней мере в Англии) заключалась в разделении старой государственной бюрократии на «покупателей» и «поставщиков». Поставщики (в основном больницы) стали полунезависимыми «трастами», способными свободно определять цены на свои услуги и конкурировать за клиентов-покупателей. Покупатели были двух родов. Во-первых, это врачи общей практики, выступавшие в роли «держателей средств» на лечение, то есть семейные врачи, которые не только предоставляли своим пациентам, приписанным к их практике, первичную врачебную помощь, но также располагали бюджетом для покупки разного рода вторичной помощи (в основном специального хирургического лечения). Во-вторых, существовали органы здравоохранения — территориальные организации,

которые покупали все услуги вторичной врачебной помощи для жителей данной области, за исключением тех услуг, что уже закуплены врачами, выступавшими в роли «держателей средств».

При поддержке фонда Kings Fund Николас Мэйс, Джо Маллиган и я провели всестороннее исследование данных, относящихся к действенности внутреннего рынка, оценив его по качеству, эффективности, степени реагирования, подотчетности и справедливости (Le Grand et al. 1998). Результаты данного исследования вместе с результатами, полученными в более поздней работе, позволяют прийти к следующим выводам.

В течение 1991–1997 годов активность НСЗ росла быстрее, чем ресурсы (причем с несколько большей скоростью, чем до реформ). Это указывает на то, что в целом, несмотря на получивший широкое освещение рост транзакционных издержек, произошло повышение эффективности НСЗ, которое связывалось непосредственно с данными реформами. Кроме того, в результате частичного сокращения внутреннего рынка, спровоцированного новым правительством, пришедшим к власти в 1997 году, эффективность упала (Le Grand 2002).

Хотя многие аналитики предсказывали, что эффект «снятия сливок» приведет к проблемам со справедливым распределением услуг, на практике этого замечено не было. Главная проблема со справедливостью возникла из разницы двух покупателей, из которых одни — врачи общей практики — с большим успехом обеспечивали своих пациентов лучшими услугами. В частности, врачи общей практики, выступавшие в роли «держателей средств», смогли снизить время ожидания, уменьшить число направлений в больницы, а также удерживать на низком уровне стоимость рецептов. Также они продемонстрировали большие успехи, чем

органы здравоохранения, в плане увеличения бюджета, а также смогли добиться улучшений в качестве реагирования поставщиков услуг на запросы потребителей.

Свидетельства увеличения выбора для пациентов отсутствовали, поэтому, хотя в данный период такие показатели качества, как списки ожидания и опросы удовлетворенности пациентов, указывали на изменения, сложно связать их непосредственно с этими реформами. Однако в одном исследовании обнаружился рост смертности от сердечных приступов в больницах, испытывавших большее давление со стороны конкуренции (Propper et al. 2004). Причиной мог быть тот факт, что, в отличие от вышеприведенных примеров из США и современного квазирынка в Великобритании, цены не были фиксированы. В этой ситуации, в соответствии с предсказаниями экономической теории, конкуренция должна вести к понижению и цен, и качества, в отличие от ситуации с фиксированными ценами. В последней, как предсказывает теория, конкуренция должна вести к улучшению качества, поскольку это единственный параметр, по которому возможна конкуренция.

В целом, несмотря на некоторые изменения в культуре, измеримые изменения остались достаточно малы, то есть не настолько велики, как предсказывали защитники реформ или как боялись их критики. Это, вероятно, связано с тем, что конкуренция в пределах данного рынка была ограниченной, что, в свою очередь, объясняется, видимо, невыполнением некоторых существенных условий функционирования рынка. Точнее, стимулы игроков рынка оказались слишком слабы, а ограничения, навязанные центральным правительством, — слишком сильны. Данный вывод подтверждается тем, что в сфере, где произошли наибольшие изме-

нения (то есть среди врачей общей практики, выступавших в роли «держателей средств»), стимулы были наиболее сильными, а ограничения — наиболее слабыми.

Наконец, есть данные по экспериментам с выбором, проведенным в Англии, о популярности которых мы уже говорили в предыдущих главах (Coulter et al. 2005; Dawson et al. 2004). Надо напомнить, что в этих случаях выбор больниц предлагался пациентам, ожидание которых длилось более полугода. Также предоставлялось возмещение транспортных расходов, причем каждый пациент получал консультанта, помогавшего ему с выбором, — к данному моменту мы вернемся позднее.

Число людей, воспользовавшихся выбором, оказалось достаточно велико, что вряд ли может удивить: эти пациенты к тому времени уже успели прождать по полгода. Примечательно, что различий в отклике на предложение со стороны различных социально-экономических групп не было, за одним исключением: безработные соглашались на выбор реже, чем работающие. Данные пилотные проекты также показали значительное влияние на сроки ожидания в тех областях, где они проводились.

Какие же уроки можно извлечь из всех этих политических и организационных программ? Внимательного читателя не удивит то, что необходимые условия в этом случае оказываются теми же, что и при применении модели выбора и конкуренции в сфере образования, по крайней мере в общем виде. Основные выводы можно свести к конкуренции (она должна быть реальной), выбору (он должен быть информированным) и «снятию сливок» (его следует избегать).

## КОНКУРЕНЦИЯ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕАЛЬНОЙ

Как мы уже видели в предыдущих главах, чтобы модель выбора и конкуренции работала, то есть чтобы она создавала стимулы повышать качество, эффективность и степень реагирования, должны быть конкуренты — реальные и/или потенциальные. То есть должны быть альтернативные поставщики, из которых можно выбрать; должны быть достаточно простые способы прихода на рынок новых поставщиков и, соответственно, выхода с него поставщиков, неспособных обеспечить оказание качественных услуг; также должны быть способы предупреждения антиконкурентного поведения со стороны существующих поставщиков, например сговора друг с другом вопреки интересам потребителей или же попытки создания локальных (или даже национальных) монополий. Короче говоря, конкуренция должна быть реальной.

### ДОСТУПНОСТЬ АЛЬТЕРНАТИВ

Чтобы выбор работал, а конкуренция была настоящей, должны существовать альтернативные поставщики, из которых можно выбрать. Часто говорят, что во многих общественных услугах это условие не выполняется: в частности, говорят, что предложение выбора остается иллюзией, особенно в здравоохранении и образовании. В Британии Лондон обычно приводят в качестве исключения, однако большинству населения за пределами Лондона не может быть предложен реальный выбор школ или больниц просто потому, что в пределах досягаемости нет достаточного числа школ или больниц, — примерно так выглядит это рассуждение.

Однако факты не подтверждают такие утверждения, по крайней мере в случае английских больниц (о школах см. предыдущую главу). Исследование, проведенное фондом Kings Fund и Бристольским университетом, показало, что в распоряжении 92% населения на расстоянии не более одного часа езды на автомобиле находятся по меньшей мере два учреждения Национальной службы здравоохранения для больных в остром состоянии. Кроме того, у 98% населения есть доступ к 100 или большему числу доступных больничных мест НСЗ, а у 76% — к 500 (Damiani et al. 2005). Единственные области, приблизившиеся к монополистическому обеспечению, — достаточно малонаселенные территории Корнуэлла, Северного Девоншира, Линкольншира и Камбрии. (В скобках можно заметить, что, как показывают данные цифры, в английской НСЗ, по крайней мере на момент проведения исследования, мощности были недоиспользованы. Это был период длинных очередей, и выводы, которые можно сделать из него относительно комбинации использовавшихся тогда в сфере общественных услуг моделей доверия и административного управления, достаточно недвусмысленны<sup>5</sup>.)

Аргумент об иллюзорности выбора упускает из виду хорошо подтвержденную данными цифрами урбанизацию британского населения: почти 90% населения проживают в городских районах, причем половина населения — в 66 городских зонах с населением не менее 100 тысяч человек (Denham and White 1998). Потенциальная монополия является проблемой в сельской местности, но число людей, для которых данная проблема значима,

---

5. Обсуждение развития британского политического курса по направлению к НСЗ в первые годы лейбористского правительства см. в: Stevens 2004; Le Grand 2002.

невелико, и их положение нельзя использовать в качестве аргумента против проведения соответствующей политики в остальной стране, если для этого имеются веские причины. Деревенский хвост не должен махать городской собакой.

В действительности существуют способы введения конкуренции даже там, где есть географические монополии. К ним может относиться франчайзинг, когда местная монопольная служба передается единственному поставщику по контракту после проведения конкурентного тендера. Контракт заключается на определенный период, так что по его завершении (скажем, через пять лет) тендер должен быть проведен снова. В таком случае будет работать не конкуренция *на* рынке, а конкуренция *за* рынок. Франчайзинг влечет определенные проблемы, например связанные с привлечением долгосрочных инвестиций, если инвестору гарантирован лишь пятилетний контракт, или лишением того, кто в настоящий момент обладает монополией, преимущества в ожидаемом повторном тендере. Однако эти проблемы преодолимы.

Тем не менее имеются данные, показывающие, что некоторые пациенты, особенно из бедных сред, сталкиваются с проблемами транспортировки в те или иные медицинские учреждения. Исследование данных, проведенное мной и коллегами из Министерства здравоохранения и Лондонской школы экономики, показало, что, как ни странно, бедным не нужно преодолевать большие расстояния, чем богатым, чтобы получить доступ к качественным медицинским учреждениям сегодняшней Великобритании. Но даже если реальные расстояния не были фактором, мешающим беднякам использовать НСЗ, значение имели *затраты* на преодоление этих расстояний и в целом доступ к транспорту. Точнее, меньший процент владения автомобилями



и соответствующая зависимость от общественного транспорта в группах с низким доходом — значимый фактор, определяющий более низкое использование медицинских услуг и большее число пропущенных приемов у врача (Dixon et al. 2003)<sup>6</sup>.

Итак, чтобы повысить справедливость распределения услуг и сделать конкуренцию реальной, в любой программе, нацеленной на стимулирование выбора, должен присутствовать весьма существенный элемент — помощь в транспортировке и возмещение транспортных расходов. Это позволит повысить качество планирования инфраструктуры общественного транспорта и расписаний, упрощающих круглосуточный доступ к различным медицинским услугам. Также возможна ситуация, где транспортные проблемы решаются НСЗ от имени пациентов. В идеале финансовая помощь должна покрывать все издержки, включая связанные с отсутствием на работе, а также затраты, связанные с тем, что при транспортировке могут потребоваться сопровождающий или сиделка<sup>7</sup>.

Хотя такие предложения, возможно, покажутся достаточно затратными для государства, на деле они не обязательно требуют дополнительных расходов, по крайней мере в Англии. Ранее мы уже видели, что в урбанизированных областях Великобритании не нужно преодолевать значительные расстояния, чтобы получить доступ к достаточ-

---

6. Эти же данные изложены в более краткой версии: Dixon, A., J. Le Grand, J. Henderson, R. Murray and E. Poliakoff, «Is the British National Health Service equitable? The evidence on socio-economic differences in utilisation», *Journal of Health Services Research and Policy*. 2007. Vol. 12. No. 2. P. 104–109.

7. Более конкретные предложения, соотносимые с контекстом британской НСЗ, см. в: Farrington-Douglas and Allen (2005).

но широкому списку медицинских услуг. На самом деле уже существует схема покрытия транспортных расходов, нацеленная на пациентов с низким достатком или тех, кто вынужден часто перемещаться на большие расстояния<sup>8</sup>. Она включает пациентов, которым нужна транспортировка для специальной операции или лечения хронических болезней и после выписки из больницы, куда они были доставлены после аварии и вызова скорой помощи. По данным, за 1999–2009 годы<sup>9</sup> было совершено 12,5 миллиона поездок пациентов в случаях, когда не требовалась скорая помощь, по которым было подано заявлений на возмещение затрат на общую сумму 150 миллионов фунтов стерлингов (то есть примерно 12 фунтов на каждую поездку). Даже если принять более амбициозную схему, предлагаемую здесь, которая предполагает по крайней мере троекратное увеличение затрат, последние не будут столь уж огромными, особенно если сравнить их с общим бюджетом английской НСЗ, составляющим 70 миллиардов фунтов стерлингов.

## ВХОД

Один из моментов, отмеченных в исследованиях факторов повышения производительности в областях, отличных от здравоохранения, касается важности стимулирования прихода на рынок новых поставщиков. Джонатан Каскел и коллеги изучали производительность всех промышленных предприятий Великобритании в период 1980–1992 годов и обнаружили интересную закономерность. В дан-

---

8. В настоящее время эти группы имеют права на бесплатный транспорт (но не скорую помощь) для больных и, если это необходимо, для сопровождающих их лиц.

9. Министерство здравоохранения, личный разговор.

ный период наблюдался рост производительности, однако по меньшей мере половина этого роста была связана с выходом на рынок новых высокопроизводительных поставщиков и уходом старых низкопроизводительных. Остальная часть роста объяснялась конкурентным давлением на уже имевшиеся фирмы и изменением структуры собственности внутри самих фирм. Получалось, что новая кровь — основной фактор эффективности и роста производительности (Disney et al. 2003).

Конечно, данные выводы относятся к обрабатывающей промышленности, а не к здравоохранению, но нет никаких причин, по которым нечто подобное не должно сработать и в случае здравоохранения. В этой связи интересно отметить некоторые из ранних результатов специализированных лечебных центров из независимого сектора, с которыми Министерство здравоохранения заключило контракты на оказание услуг пациентам Национальной службы здравоохранения. Хотя прямые сравнения провести достаточно сложно (в основном по причине нехватки данных, описывающих положение дел в НСЗ), имеющиеся данные указывают на то, что независимые лечебные центры гораздо более продуктивны, они демонстрируют меньшие сроки содержания больных в стационаре, а также большее число инновационных практик, чем их аналоги из НСЗ (Department of Health 2006).

Чтобы избежать появления проблем с качеством и эффективностью, новые поставщики должны проверяться перед тем, как их пустят на рынок. Однако тут следует следить за тем, чтобы подобные процедуры проверки не были «захвачены» уже имеющимися поставщиками и не использовались как барьер, сдерживающий потенциальных конкурентов. Поэтому проверку должно осуществлять особое агентство, независимое как от существу-

ющих поставщиков, так и от правительства, поскольку последнее, вне всяких сомнений, подвергается лоббированию со стороны этих поставщиков.

Новые поставщики сталкиваются и с другими барьерами, не дающими им прийти на рынок. Один из таких очевидных барьеров в сфере здравоохранения — первоначальные капитальные издержки на открытие нового медицинского центра; они могут быть значительны, особенно если используется высокотехнологичное оборудование. Менее очевидный барьер — привычки потребителей. Если люди привыкли, что их отправляют в местную больницу (и если такая привычка есть у врачей общей практики), будет, вероятно, сложно убедить их использовать нового или другого поставщика. В подобных случаях новым поставщикам, возможно, понадобится некоторая поддержка: например, им может быть гарантирована более высокая цена за предоставляемые ими услуги или определенный объем заказов. Однако такая поддержка должна иметь строгие временные ограничения<sup>10</sup>.

## ВЫХОД

Следующий ключевой вопрос — это выход, то есть, если говорить в общем, процедура работы с больницами и другими медицинскими учреждениями, неспособными предоставлять качественные услуги. Важно, чтобы в модели выбора и конкуренции был некоторый механизм воздействия на удовлетво-

---

10. Ранее упомянутые независимые центры лечения на ранних этапах пользовались поддержкой и того, и другого рода — цена на их услуги была примерно на 11% выше стандартной цены в НСЗ, также им гарантировалось определенное число контрактов. Но эта поддержка на более поздних этапах была отменена.

нительно работающие институты, который создает для них определенные издержки, поскольку, если неудовлетворительная работа не создает издержек, исчезают многие из стимулов, которые столь важны для получения желаемых результатов.

В одной из глав мы уже рассмотрели проблемы, образовавшиеся в НСЗ Уэльса, когда она пыталась использовать модель доверия в результате отсутствия наказания за неудовлетворительную работу (в действительности последняя даже вознаграждалась). По всей видимости, этим же объясняется провал внутреннего рынка НСЗ в 1990-х, когда он не смог запустить значительные изменения в поведении. На ранних этапах развития рынка крупная лондонская клиника при одном из медицинских учебных заведений оказалась в непростой ситуации, поскольку начала терять своих клиентов, уехавших в больницы за пределами Лондона. Стали раздаваться политические протесты, в результате чего данной клинике была оказана помощь, а внутренний рынок в Лондоне приостановил свою работу. В итоге не только был устранен стимул улучшать работу больницы, но — что самое важное — этот эпизод послужил наизиданием другим больницам, менеджерам и консультантам по всей стране, показав, что за финансовым провалом не последует наказание, напротив, за него могут даже наградить, что, разумеется, привело к существенному ослаблению стимулов в системе в целом.

Разумеется, работа с неэффективными или непроизводительными поставщиками создает постоянные проблемы для всех систем предоставления общественных услуг, включая модели, основанные на голосе, доверии, административном управлении, а также на выборе. Неудовлетворительная работа создает значительные издержки для каждой системы и не в последнюю очередь для тех, кто работает

в рассматриваемом учреждении. Однако в других моделях есть и еще одна дополнительная трудность. Неспособность обеспечить качественное оказание услуги сложнее установить, поскольку при отсутствии возможности выбора люди все равно будут приходить в это учреждение, сколь бы ни были они недовольны получаемыми услугами; в таком случае не будет заметного понижения спроса (хотя может наблюдаться увеличение числа жалоб, если соответствующие механизмы голоса работают надлежащим образом). А финансовая несостоятельность часто остается незамеченной, в частности, потому, что процедуры учета в данных моделях менее строги, чем при выборе и конкуренции, но, главное, потому, что в подобных ситуациях такие организации просто получают бюджетные средства, которые спасают поставщиков, оказавшихся в сложной финансовой ситуации (этому, в свою очередь, способствует отсутствие строгих процедур учета).

Напротив, неудовлетворительная работа в системе выбора и конкуренции становится очевидной. Если медицинское учреждение не дотягивает по качеству и потребители это видят, его просто не будут выбирать. Соответственно, его доходы упадут, так что неспособность оказывать качественные услуги проявится в финансовой несостоятельности. Несостоятельность будет вполне очевидна; кроме того, она затронет напрямую не такое уж большое число людей. Следовательно, не нужно будет иметь какой-то дополнительный механизм для проверки качества. А если возникнет необходимость в ликвидации данного учреждения, это отразится на сравнительно небольшом числе пациентов.

Однако сама очевидность провала в модели выбора и конкуренции создает или, скорее, обостряет еще одну проблему, а именно опасность политического вмешательства, стремящегося предотвратить

провал или банкротство. Министрам и другим политикам довольно трудно устоять перед соблазном такого вмешательства в любой общественной системе, за которую они считают себя ответственными. В 2001 году член парламента от правящей партии лейбористов потерял свое место представителя от Киддерминистера, уступив его врачу Ричарду Тэйлору, который выступил против него, защищая местную больницу, чей статус мог быть понижен вследствие административного решения местного управления здравоохранения.

Подобное вмешательство особенно серьезно в случае моделей выбора и конкуренции, как показывает опыт внутреннего рынка Лондона. Дело в том, что, защищая больницы и другие медицинские учреждения от последствий потери клиентов, различные формы вмешательства устраняют стимулы к совершенствованию не только в этой больнице, но и во всей системе.

Как же избежать пагубного политического вмешательства? Ответ состоит в том, что должны быть процедуры работы с несостоятельными поставщиками услуг, задаваемые строгими правилами, которые не дают особых возможностей для лавирования и, соответственно, для политического вмешательства. Одно из таких правил — вмешательство должно происходить автоматически, если, как заметил Кейт Палмер, эксперт по банкротствам, поставщик имеет дефицит, превышающий 3% совокупного дохода за два года (Palmer 2005, p. 21)<sup>11</sup>.

Возможно, важно не только наличие правил, определяющих процесс вмешательства, но и требование, согласно которому и решение, и вмешатель-

---

11. Полезное сравнительное исследование регулирования в разных странах см. в: Lewis et al. 2006.

ство находятся в компетенции агентства, независимого от правительства. Им может быть отраслевой регулятор, как, например, в случае приватизированных учреждений в Великобритании, где регуляторы обладают законными полномочиями защищать права потребителей, если учреждение сталкивается с финансовыми затруднениями или угрозой банкротства. В подобных случаях регулятор не обязан ждать, пока фирма не станет неплатежеспособной, чтобы начать действовать, и его полномочия позволяют ему принять или отвергнуть план финансовой реструктуризации (Palmer 2005, p. 17).

В действительности в одной части НСЗ такой регулятор уже существует, и он наделен подобными полномочиями. Это Monitor — регулятор, отвечающий за организационные трасты (Foundation Trusts). Организационные трасты — в основном больницы в системе британской НСЗ, финансируемые государством и находящиеся в государственной собственности, но действующие независимо от Министерства здравоохранения. Monitor сначала оценивает способность больницы стать организационным трастом, а затем отвечает за то, продолжают ли отобранные больницы отвечать первоначальным критериям, особенно в плане финансового благополучия, а также типа и качества предлагаемых ими услуг.

Хорошей иллюстрацией того, как деятельность независимого агентства позволяет избежать негативных последствий государственного вмешательства, служит опыт Monitor и организационного траста Клиники Брэдфорда. Вскоре после того, как Клиника Брэдфорда стала организационным трастом, обнаружилось, что ей грозит достаточно весомый дефицит, составляющий по первоначальным оценкам около 6 % общего оборота или даже больше. Monitor узнал об этой проблеме несколькими меся-



цами позже в ходе плановой проверки. Были приглашены консультанты, которые составили отчет, весьма критически оценивающий управление траста и его системы, особенно финансовые. Траст был недоволен отчетом консультантов, однако Monitor согласился с их выводами и использовал свои полномочия, чтобы вмешаться в ситуацию и назначить нового председателя, который изменил состав совета директоров, пригласив нового исполнительного директора и финансового директора. Был введен план по финансовому оздоровлению, предполагавший серьезную экономию за счет ряда мер, включая улучшение системы закупок, увеличение загрузки операционных, уменьшение времени пребывания в больнице госпитализированных пациентов, а также сокращение штата на 6%. План оказался успешным и привел к радикальным изменениям в лучшую сторону в работе траста, а также к почти полному устранению дефицита в течение года.

Главное в истории с Клиникой Брэдфорда заключается в том, что там не было политического вмешательства. И это несмотря на то, что местные члены парламента призывали министров (и правительство в целом) вмешаться. Однако правительство и премьер-министр смогли остаться в стороне, поскольку все действия были осуществлены Monitor. В результате прошли вполне успешные изменения, для которых не потребовалось принятие мер экстренной помощи со стороны правительства, причем все стимулы были сохранены.

#### АНТИКОНКУРЕНТНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

На каждом рынке есть опасность того, что акторы данного рынка будут вести себя таким образом, чтобы помешать конкуренции. К примерам можно отнести соглашения по повышению цен, разделу

рынка, соблюдению границ территории каждого из игроков, а также попытки поглотить конкурентов с целью создания монополии.

Можно было бы подумать, что такое плутовское поведение для квазирынка здравоохранения будет нехарактерным. На большинстве подобных рынков многие основные поставщики являются некоммерческими, общественными или государственными организациями, так что можно ожидать того, что они не будут вести себя эгоистически, а проявят скорее рыцарские качества, а не плутовские. Как показывает исследование Бристольского университета, о котором шла речь выше, этот взгляд проник во многие судебные решения, касающиеся антиконкурентного поведения на американском рынке здравоохранения. В одном решении суда утверждалось, что «совет университетской больницы просто-напросто выше любого сговора» (Burgess et al. 2005, p. 27).

Однако, как отмечается в исследовании Бристольского университета, данные по поведению некоммерческих организаций в США не подтверждают такой взгляд. Эти организации используют рыночную власть точно так же, как и коммерческие организации, и, например, слияния больниц ведут к повышению цен. Даже рыцарские действия врачей, которые предлагают помощь тем, кто не может за нее заплатить (так называемая некомпенсируемая врачебная помощь), присутствуют в одинаковой степени как в коммерческих, так и в некоммерческих организациях<sup>12</sup>.

---

12. Разграничение между коммерческими и некоммерческими организациями, хотя и широко используемое, может ввести в заблуждение. Организации обоих типов получают прибыль (или пытаются ее получить), однако некоммерческие организации не распределяют прибыль

Поэтому вполне вероятно, что даже на квазирынках здравоохранения с большой долей некоммерческих или государственных организаций необходимо будет проводить политику, регулирующую антиконкурентное поведение. И снова, чтобы предупредить произвольное и зачастую бесполезное политическое вмешательство, по всей видимости, понадобится специальная кодифицированная система, реализуемая независимым регулятором. Разумно, если это будет тот же регулятор, что решает вопрос о входе поставщиков на рынок и их выходе, поскольку соответствующие решения являются аспектами конкуренции и на деле составляют часть того процесса, который делает конкуренцию реальной.

### ВЫБОР ДОЛЖЕН БЫТЬ ИНФОРМИРОВАННЫМ

В предыдущих главах подчеркивалась значимость информации для работы модели выбора и конкуренции. Точнее, для того чтобы выбор работал в качестве эффективного стимулятора качества, необходимо, чтобы он опирался на суждение потребителя о качестве и оперативности услуги, а поставщики реагировали на выбор, сделанный на основе подобных суждений.

В здравоохранении это, очевидно, ключевой вопрос, поскольку значительная часть соответствующей информации носит специальный характер, и большинству пациентов трудно в ней разобраться. У нас нет веских свидетельств того, что пациенты, обладающие информацией, скажем,

---

между акционерами или иными собственниками, а реинвестируют ее в собственную деятельность.

о результатах отдельных хирургов, действительно используют ее для вынесения информированного суждения (Burgess et al. 2005, p. 3; Hibbard 2003; Marshall et al. 2000).

Однако не все потеряно. Пусть это и не связано с выбором пациентов, но все же имеются данные, говорящие о том, что поставщики используют публикуемую информацию для повышения своих показателей, даже если, как уже отмечено, иногда они увлекаются сомнительными махинациями и подправляют те или иные цифры. Такое может случиться из-за профессиональной гордости (феномен огласки и позора, рассмотренный в предыдущей главе) или же потому, что они верят, что, хотя пациенты и не пользуются данной информацией напрямую, она может повлиять на выбор пациентов, сказываясь на их репутации.

Кроме того, имеются способы, позволяющие делать информацию более доступной и полезной для пациентов. Некоторые из данных способов были описаны в работе Джудит Хиббард из Университета штата Орегон (Hibbard and Peters 2003)<sup>13</sup>. К ним относятся упрощение информирования за счет использования компьютерных инструментов и визуальных символов (таких как рейтинги медицинских учреждений в виде соответствующего количества «звезд»); помощь людям в понимании того, какие последствия может иметь тот или иной выбор (с использованием различных историй и примеров); подчеркивание значения информации за счет ее правильной подачи. Пример последнего метода: выяснилось, что людям легче понимать частоту («у двух человек из ста после этой процедуры были

---

13. О том, как можно удовлетворить потребности в информации особо неимущих групп, см.: Farrington-Douglas and Allen 2005.

осложнения»), чем вероятности («существует двухпроцентная вероятность возникновения осложнений после этой процедуры»).

Одной из британских новаций, показавшей немалые успехи в преодолении проблемы информирования пациента и в стимуляции выбора потребителей, стал «консультант по врачебной помощи» (КВП, Patient Care Adviser, PCA), должность которого была введена в пилотных проектах по исследованию выбора, упомянутых ранее. КВП были специально обученные люди, иногда с клиническим опытом, которые давали консультации по выбору поставщика; также они могли дать совет и по другим вопросам, в том числе и по клиническим (если консультант имел соответствующий опыт), а также поддерживали пациентов и оказывали им психологическую помощь.

Данную идею можно развить. В функционал этой должности можно включить мониторинг планов лечения, предложение выбора поставщика, обсуждение вариантов терапии, определение особых потребностей, связанных с транспортировкой, ограниченными возможностями (мобильностью) и языком (коммуникацией), обеспечение информацией и новостями о ходе лечения (включая оценки состояния, самой терапии и реабилитационного периода), согласование встреч с поставщиками, заказ транспорта, помощь пациентам в движении по медицинской системе, поддержка/обучение пациентов приемам самопомощи, управления собой и изменения поведения. Другим преимуществом этой схемы является то, что, в зависимости от личности КВП, она позволяет использовать уже имеющиеся у них навыки, если это, например, сиделки, фармацевты (консультирующие по выбору препаратов) или даже бывшие пациенты (например, в случае психических заболеваний).

Возможный аргумент против КВП состоит в том, что данная схема может оказаться довольно ресурсоемкой. Это особенно вероятно в том случае, если создается новая профессиональная позиция, притягивающая к себе армию бюрократов. С другой стороны, это не так уж вероятно, если схема опирается на уже имеющиеся у людей навыки. Ресурсы можно даже сэкономить. Она в итоге может обеспечить лучшее использование мощностей больницы, повысить активность и информированность пациентов, берущих на себя ответственность за собственное здоровье и лечение, понизить число неявок к врачу, а также повысить степень координации и улучшить планирование врачебной помощи. Она могла бы высвободить время врачей общей практики и врачей-специалистов. Кроме того, затраты можно уменьшить, если схема будет направлена преимущественно на бедные области, где чаще возникают проблемы, связанные со справедливым распределением услуг.

Однако следует принять некоторые меры предосторожности, чтобы КВП не стали еще одной профессиональной рогаткой, разделяющей пациента и услуги, и чтобы схема не привела к большей зависимости пациентов. В этой связи полезно отметить, что в большинстве медицинских услуг существуют позиции, которые уже выполняют некоторые из функций КВП, например специалисты по уходу за раковыми больными или диабетиками, а также защитники интересов пациентов. В других общественных услугах, например в службах занятости, уже появились консультанты — и опять же результаты весьма впечатляющи. Следовательно, приоритет — выяснить, что уже происходит как в сфере здравоохранения, так и в других областях, чтобы приобрести нужный опыт и действовать, отталкиваясь от него.

## «СНЯТИЕ СЛИВОК»: КАК ИЗБЕЖАТЬ?<sup>14</sup>

В системах здравоохранения с большим количеством страховщиков эффект «снятия сливок» может возникнуть на стороне страховой компании, поскольку страховщики пытаются отобрать людей с низкими рисками по здоровью и отказать — с высокими (либо взимать с них дополнительную плату). В системах с социальным страхованием и множеством фондов, если фонды могут выбирать, кого принимать в качестве членов, они будут отбирать членов с рисками ниже среднего. В системах, подобных той, что существует в Великобритании, где число покупателей ограничено, проблема ограничена стороной поставщиков, поскольку поликлиники или больницы могут попытаться отобрать пациентов, которых проще или дешевле лечить. Результатом будет дискриминация тех групп, которые имеют более высокую заболеваемость, например старых или бедных.

Здесь мы прежде всего занимаемся приложением модели выбора и конкуренции к модели выбора поставщика. И сузить аргументацию можно за счет сосредоточения на одном частном случае — британской НСЗ.

В НСЗ, несомненно, присутствуют как стимулы «снимать сливки», так и соответствующие возможности. Поскольку врачи общей практики большую часть ресурсов в настоящее время получают из расчета на одного человека, у них есть сильные стиму-

---

14. Этот раздел и оставшиеся части данной главы основаны на работе: Dixon and Le Grand 2006. Я благодарен Анне Диксон за предоставленную мне возможность использовать здесь материал указанного исследования.

лы к «снятию сливок», то есть отбору пациентов с невысокими рисками, которые потребуют меньше ресурсов. Соответствующая возможность представляется им в разных случаях: например, они могут отказать пациенту в записи или вычеркнуть его из списка. У нас нет веских свидетельств того, что это действительно происходит на практике, хотя слухов ходит много.

В случае больниц ситуация более сложная. Чем ниже медицинские риски, связанные с пациентами, поступающими в больницу на лечение, тем меньше ресурсов они требуют, тем больше вероятность более быстрого выздоровления и скорейшего выхода из больницы. Поэтому предпочтение, отдаваемое пациентам с низкими рисками, облегчает финансовую ситуацию больницы и в то же время позволяет ей с большим успехом добиваться заданных правительством показателей, определяющих, например, длину списка ожидания.

Эти стимулы в настоящее время еще больше усиливаются в результате внедрения в НСЗ системы фиксированных цен, то есть так называемой системы «оплата по результатам», которая строго определяет цену, или тариф, каждой процедуры. Как мы уже видели на примере США, фиксированные цены создают стимулы для «снятия сливок», поскольку больницы пытаются привлечь пациентов, затраты на лечение которых по их ожиданиям будут ниже предлагаемой им фиксированной цены, и «отбраковывать» пациентов, затраты на которых должны оказаться выше данной цены.

Итак, есть сильные стимулы к «снятию сливок». Тот факт, что в большинстве больниц длинные списки ожидания, включающие пациентов и с низкими, и с высокими рисками, дает много возможностей для действия этих стимулов. Но есть и факторы, сглаживающие эффекты «снятия сливок»,



как в случае врачей общей практики, так и в случае больниц. Во-первых, есть вопрос знания: могут ли те, кто ответственен за запись на прием к врачу общей практики или за направление амбулаторного больного в больницу, действительно различать пациентов с низкими и высокими рисками? Во-вторых, есть профессиональная этика или рыцарские мотивы. Врачи не любят прогонять нуждающихся пациентов; действительно, в обязанности врача, определенные Генеральным медицинским советом, входит обязанность «в первую очередь заботиться о пациенте», причем «ваши личные убеждения не должны влиять на ту помощь, которую вы оказываете пациентам» (General Medical Council 2006). В-третьих, существуют профессиональные интересы: более сложные пациенты могут являть собой больший интеллектуальный вызов (хотя, разумеется, для врачей, стремящихся к спокойной жизни, это тоже может быть положительным стимулом к «снятию сливок»).

Следует отметить, что эти стимулы, препятствующие «снятию сливок», по крайней мере в больницах, тесно связаны с врачами-консультантами, тогда как прямые стимулы к «снятию сливок» (финансы, требование сократить списки очередности) влияют в первую очередь на руководителей больниц. Многие исследования показывают, что именно консультанты принимают главные решения в больницах НСЗ (Crilly and Le Grand 2004), так что, вероятно, в настоящее время стимулы, препятствующие «снятию сливок», подавляют им противоположные.

Ситуация осложняется и возросшим использованием покупателями из НСЗ частных поставщиков, таких как лечебные центры и службы психического здоровья. Ведь можно предположить, что в коммерческом контексте стимулы к «снятию сливок» сильнее, то есть среди частных поставщиков

преобладают плуты, а не рыцари, и они будут безжалостно эксплуатировать любую возможность увеличения собственной прибыли, включая и возможности для «снятия сливок». Это вполне очевидная угроза, хотя она частично нейтрализуется за счет того, что некоторые из таких частных организаций в действительности являются некоммерческими и потому, вероятно, имеют более сложную (и более рыцарскую) структуру мотивов, не ограничивающуюся простой максимизацией прибыли.

Мы видели, что в сегодняшней НСЗ имеются стимулы и возможности для отбора по риску или для «снятия сливок», хотя нам и не удалось найти непосредственных подтверждений их распространенности. Так улучшит или ухудшит положение дел внедрение выбора пациентами плановых операций или других форм медицинской помощи, не требующей экстренного вмешательства?

Если выбор пациентов сочетается с оплатой по результатам, использующей систему фиксированных цен или тарифов, причем никаких корректирующих мер не предусмотрено, выбор, скорее всего, только ухудшит ситуацию, по крайней мере в плане стимулов. При фиксированном тарифе у больниц сильный стимул принимать пациентов, затраты на лечение которых будут ниже тарифа, и столь же сильный стимул не принимать пациентов, лечение которых потребует более высоких затрат. Кроме того, тот факт, что оплата за каждого пациента будет столь прозрачной и, соответственно, вознаграждение за «снятие сливок» окажется вполне очевидным, скорее всего, только усилит данный эффект. Опять же он может быть частично или полностью сведен на нет профессиональной этикой и профессиональными интересами, то есть способностью контролировать прием пациентов, которой располагают эти профессионалы.

Что касается возможностей для «снятия сливок», положение будет зависеть от влияния выбора пациентов на списки ожидания. Больница без таких списков все равно может «снимать сливки», если те, кто отвечает за прием пациентов, решат, что данный пациент будет стоить больше тарифа, по которому больница получает оплату, и если у них есть право отказать в лечении. Но в таком случае больница, скорее всего, будет работать, не используя в полной мере свои мощности. Подобный явный отказ в лечении при наличии технической возможности, по всей видимости, будет замечен врачами общей практики, которые могут определить больницы, отсеивающие больных, а затем выступить против них посредством принимаемых ими решений о закупках. Поэтому, если расширение выбора и увеличение мощностей ведет к устранению списков ожидания или хотя бы к их общему существенному сокращению, возможности для «снятия сливок» могут уменьшиться. С другой стороны, если в каких-то популярных больницах образуются длинные списки ожидания вследствие выбора пациентов, их возможности для «снятия сливок» могут увеличиться.

Больницы могут «снимать сливки» и не столь явным образом. Например, больница может располагаться в богатом районе, где население в среднем демонстрирует меньшую заболеваемость. Больница может отказаться от отделения скорой помощи, тем самым исключив все экстренные операции и все формы экстренной (и соответственно, более дорогостоящей) помощи, закрыв таким образом доступ к услугам, спрос на которые преобладает именно в неимущих группах. Больница может предлагать свои услуги на рынке населению с более низкими рисками, например более богатым пациентам. Или же больница может изменить систе-

му квотирования больных разных типов, перейдя к достаточно ограниченным услугам интенсивной терапии (хотя это будет систематической дискриминацией групп с низким социально-экономическим статусом лишь в той мере, в какой они отличаются большим числом сопутствующих патологий).

В целом представляется вполне вероятным, что выбор пациентов, усиливающий эффекты «снятия сливок», негативным образом скажется на справедливом распределении медицинских услуг. Так что же делать?

Одна из возможностей — ввести ту или иную разновидность страхования от чрезмерных убытков, при которой больницы, столкнувшиеся с пациентом, затраты на лечение которого существенно превышают обычные цифры, получают дополнительные ресурсы, как только их издержки действительно превышают определенный порог. Их можно оправдать в качестве непредвиденных затрат (а не результата низкокачественного лечения). Преимущество такого метода в том, что он устраняет мотив дискриминировать пациентов, требующих больших затрат. Однако он приносит с собой другую проблему — у больниц теперь исчезают стимулы для того, чтобы экономить на лечении, как только установленный порог превышен.

Подобная схема использовалась для предотвращения «снятия сливок» врачами общей практики, выступающими в роли «держателей средств» (что было отмечено в качестве потенциально серьезной проблемы в момент ее внедрения) (Scheffler 1989). В данном случае она, похоже, работала, поскольку в период действия этой схемы практически не было замечено случаев «снятия сливок» (Goodwin 1998).

Вторая возможность — вывести решения о приеме пациентов за пределы больниц. Управления первичной медицинской помощи или поликлиники

ки будут в таком случае «распоряжаться» списками ожидания и направлений, а больницы и другие лечебные центры будут обязаны принимать любого, кого к ним направляют врачи общей практики или управления первичной медицинской помощи. В действительности эта схема уже предусматривается введением электронной регистрации в больнице и выбора в момент получения направления.

Третья альтернатива — поставить систему тарифов в зависимость от рисков так, чтобы для пациентов с высокими рисками были установлены более высокие тарифы. Нечто подобное уже происходит в рамках национальной тарифной системы «оплата по результатам». Если тарифы точно выверены по рискам, стимул «снятия сливок» будет полностью устранен. Однако, как уже много раз было доказано, такое соотнесение тарифов с рисками — сложная задача; точное соотнесение едва ли возможно. А пока оно остается несовершенным, останутся и стимулы к «снятию сливок». Соотнесенные с рисками платежи создают также стимулы завышать серьезность болезни пациента, чтобы перевести его в более прибыльную категорию.

Одной из форм выравнивания по риску, которая может оказаться более простой и более способной сгладить любые формы социально-экономического неравенства, возникающие в результате «снятия сливок», является выравнивание тарифов по степени неблагополучия. В таком случае установленный тариф обратно пропорционален индексу депривации района, так что лечение пациентов из неблагополучных районов будет проходить по более высокому тарифу, чем из более зажиточных. Эта форма выравнивания по риску может быть вполне действенной, поскольку обычно считается, что при прочих равных условиях бедные люди восстанавливаются от различных видов терапии намного

го медленнее, чем более обеспеченные пациенты с теми же заболеваниями.

В целом мы не знаем, окажется ли отбор по риску или «снятие сливок» проблемой, связанной с расширением выбора пациентов. Когда подобная программа будет введена, потребуется аудит услуг на предмет их равного распределения, который позволит определить развитие предлагаемого пакета предложений, а также оценить, действительно ли отбор по риску порождает негативные эффекты в плане равного распределения медицинских услуг. Если такая проблема возникнет, нужно будет разработать политику, которая поможет с нею справиться.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Системы выбора и конкуренции могут достичь целей политики в области здравоохранения. Однако они должны быть хорошо продуманными, иначе условия эффективности не будут выполнены. Должны существовать механизмы, гарантирующие простоту вхождения на рынок новых поставщиков, их возможный выход, а также то, что соответствующие решения независимы от любого политического вмешательства. Такие механизмы должны гарантировать, что пациентам предоставляется нужная им информация, помощь при совершении выбора, особенно малообеспеченным из них, а также компенсация транспортных расходов, которая, опять же, должна выделяться в основном малоимущим больным. Также следует устранить возможности и стимулы к «снятию сливок», например, за счет выведения решений о приеме больных за пределы компетенции поставщиков услуг или за счет правильного выравнивания системы фиксированных цен по рискам.

## Глава 5

### Новые идеи

До сих пор мы занимались в основном изучением программ выбора и конкуренции, которые либо уже были внедрены, либо внедряются в настоящее время. Данная глава носит более отвлеченный характер. В ней рассматриваются возможности выхода за пределы этих программ и распространения их базовых положений на другие области. Однако здесь будут рассматриваться не столько общие положения, которые мы уже анализировали, сколько конкретные иллюстрации, показывающие, как подобное распространение действительно можно произвести. Поэтому глава сфокусирована на трех отдельных идеях, каждая из которых развивает определенный аспект нашего рассуждения. Одна из них относится к распространению идеи выбора поставщика в здравоохранении на другие аспекты, а именно на выбор лечения, благодаря созданию бюджетов пациентов. Другая развивает одно из предложений — выплату за неудобства, способную усилить положительные стимулы для повышения качества образования малоимущих учеников. Наконец, третья связана с поставщиком нового типа, практикой социальной помощи, которая могла бы предложить выбор в тех общественных услугах, в которых он, по крайней мере в Британии, в значительной степени ограничен — в социальной помощи детям, стоящим на учете.

## БЮДЖЕТЫ ПАЦИЕНТОВ

Пока мы ограничивали обсуждение вопросов здравоохранения выбором поставщика услуг. Здесь же мы хотим перейти к разговору о расширенной форме выбора — о выделении пациентам бюджета, располагая которым они могут выбрать лечение и поставщика этого лечения<sup>1</sup>. Подобная идея, которую называли прямыми платежами, уже применялась в сфере социальной помощи людям с ограниченными возможностями в Великобритании и других странах, поэтому мы вкратце опишем способы ее применения (см. также: Glasby and Littlechild 2002). Затем мы изучим то, как эта идея может применяться в здравоохранении, и оценим некоторые из ее достоинств и недостатков.

### ПРЯМЫЕ ПЛАТЕЖИ В СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

В Великобритании так называемые прямые платежи — это выплаты денег людям с ограниченными возможностями и другим группам, осуществляемые местными властями для того, чтобы те могли купить услуги, которые они считают необходимыми<sup>2</sup>. Первоначально схема ограничивалась потре-

---

1. Другую разработку этой идеи см. в: Spiers 2003, ch. 12; Glasby 2007; Leece and Bornat 2006.

2. «Прямые платежи» — неудачный термин, причем по многим причинам: он плохо описывает реально работающую практику (платежи не всегда прямые и не всегда это платежи), к тому же может возникнуть путаница с другими правительственными программами (например, выплатой пенсий по старости через банковские счета, а не через почтовые отделения). Однако мы будем



бителями услуг в возрасте от 18 до 65 лет, но впоследствии возрастные рамки были расширены в обе стороны (от 17 до 70 лет); в число потребителей входили опекуны и родители детей с ограниченными возможностями. Подобные услуги включают в себя помощь инвалидам, личную помощь, краткосрочную рекреацию, уход на дому. Это альтернатива традиционной британской системе оказания социальной помощи, в которой местные власти действовали в качестве непосредственных поставщиков соответствующих услуг.

В существующей организационной схеме для получения прямых платежей необходим банковский счет. Местные власти определяют, на что можно потратить деньги, а на что — нельзя; потребитель обязан записывать то, как расходуются деньги. Некоторые из них пользуются услугами бухгалтеров или соответствующих агентств; большинство органов власти располагают специальным персоналом, оказывающим помощь в получении прямых платежей. Также у каждого органа власти должны быть процедуры подробного финансового мониторинга, используемого для аудита, то есть для выполнения обязательства расходовать государственные фонды для достижения строго определенных целей.

Общенациональная оценка схемы прямых платежей пока еще не была проведена. Однако имеется ряд оценок отдельных схем, и все они свидетельствуют в их пользу. Одно из исследований ее работы в Шотландии приводит к следующему выводу:

Имеются данные, полностью подтверждающие то, что прямые платежи могут укрепить выбор и увеличить уровень контроля получателей над

---

применять этот термин, поскольку он обычно используется для описания данной схемы.

собственной жизнью. Это становится особенно заметным при сравнении с отсутствием выбора и контроля, с которым сталкиваются получатели в сфере некоторых услуг, предоставляемых местными органами власти... Следует подчеркнуть, что сами получатели отметили незначительное количество недостатков прямых платежей (Witcher et al. 2000, paragraph 7.6).

Получатели относятся к схеме весьма положительно. Вот, к примеру, типичный для людей с ограниченными возможностями комментарий:

Все как нельзя лучше. Я стал свободнее и самостоятельнее, теперь я играю более активную роль в семейной жизни. Выбор, свобода и самостоятельность — вот что данная схема означает для меня. Все это оказалось просто удивительно, жизнь полностью изменилась (Witcher et al. 2000, paragraph 6.106).

В обзоре работ по прямым платежам говорится:

Заметная черта результатов различных исследований и оценок состоит в том, что они показали, как повысилось качество жизни человека с ограниченными возможностями, принимающего участие в данной схеме. Чувство контроля было центральным моментом всех результатов, и оно снова иллюстрирует тот опыт самостоятельных решений, который был связан со схемами прямых платежей... Выбор и гибкость — другие темы, которые постоянно упоминались в отчетах. Еще один важный момент, также отразившийся в отчете, — экономическая эффективность схемы в сравнении с прямым предоставлением услуг в рамках определенного ведомства (Hasler 2003, p. 1).

Пожилые люди, получающие прямые платежи, сообщали, что они стали чувствовать себя лучше, что у них появился мотив жить лучше, чем раньше, и им это действительно удалось. На их социальное, эмоциональное и физическое здоровье схема оказала явно положительное воздействие. Кроме того, прямые платежи использовались для того, чтобы удовлетворить нестандартные потребности отдельных людей, например, в том случае, когда представители этнических меньшинств нанимали личных ассистентов, говорящих на том же языке, что и они (Joseph Rowntree Foundation 2004).

Как отмечается у Хэслера (Hasler 2003), еще одно преимущество схемы прямых платежей состоит в том, что она позволяет за те же деньги получать намного больше. Опыт показал, что услуги, предоставляемые напрямую, дороже, чем покупаемые по схеме прямых платежей: последние обходятся на 20–40 % дешевле аналогичных услуг, предоставляемых внутриведомственно.

Местные органы власти, менеджеры по медицинскому обслуживанию и социальные работники часто сопротивляются внедрению этой схемы, объясняя свое недовольство тем, что она требует намного больше работы с бумагами, а также нехваткой времени и неспособностью клиентов принимать требующиеся решения. Практика применения данной схемы, однако, позволяет выработать в этих группах более положительный настрой.

Стратегический совет премьер-министра предложил соединить различные источники финансирования в «индивидуальные бюджеты», чтобы

помочь людям с ограниченными возможностями достичь независимости в собственной жизни за счет постепенного перехода к индивидуальным бюджетам, которые будут находиться в их рас-

поряжении, то есть за счет объединения услуг, на получение которых они имеют право, и предоставления им выбора из широкого спектра пособий, получаемых ими в форме денежных средств и/или прямых услуг (PMSU 2005, p. 7).

Все эти предложения были поддержаны в «Зеленой книге социальной помощи», в которой утверждалось, что

все группы могут извлечь выгоду из возможности большего контроля над необходимыми им услугами, а также над способом их получения, который должен действительно показать пользу выбора и контроля, обеспечиваемого прямыми платежами, но не создавать дополнительных проблем. Следовательно... мы предлагаем протестировать индивидуальные бюджеты взрослых людей с инвалидностью или же с подтвержденной потребностью в социальной поддержке (Department of Health 2005c, p. 11).

На момент написания этой книги проверка осуществимости программы индивидуальных бюджетов проводилась Министерством здравоохранения совместно с другими правительственными ведомствами на тринадцати экспериментальных территориях по всей стране.

#### ПРЯМЫЕ ПЛАТЕЖИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В настоящее время в Великобритании прямые платежи не могут использоваться для легального приобретения медицинской помощи, однако многие говорили о возможности расширения схемы социальной помощи на некоторые области здравоохранения. Дженифер Ранкин из Института иссле-

дования государственной политики предложила распределять среди клиентов служб психического здоровья прямые платежи в особой форме, которую она назвала «персональным реабилитационным бюджетом» (Rankin 2005). Психическое здоровье также рассматривалось в качестве возможной области экспериментов с прямыми платежами в ходе консультаций с потребителями, организациями пациентов, трастами НСЗ и Стратегическими управлениями здравоохранения (Strategic Health Authorities), которые были проведены британским Министерством здравоохранения на этапе подготовки доклада о выборе пациентов (Department of Health 2003). Согласно одному из комментариев, «прямые платежи – способ расширить выбор на область психического здоровья». В качестве возможностей для распространения схемы прямых платежей во время этих консультаций рассматривались также и другие области: «систему прямых платежей можно было бы распространить на другие формы помощи и лечения, например, в виде ваучеров для молодых матерей»<sup>3</sup>.

Конфедерация НСЗ в своем ответе на консультации по выбору заметила: «Использование прямых платежей может принести значительную пользу при самых разных заболеваниях, вернув пациентам необходимую им самостоятельность». Хотя при этом она оговорила, что данный подход влечет за собой и некоторые проблемы (NHS Confederation 2003, p. 19).

Кэролин Глендининг и ее коллеги из Национального центра по исследованию и развитию первичной помощи Университета Манчестера провели

---

3. Обе цитаты взяты из записей консультаций Министерства здравоохранения по проблеме выбора.

интервью с пятнадцатью инвалидами, получающими прямые платежи в рамках социальной помощи (Glendinning et al. 2000). Большинство из них заявили, что они в действительности используют полученные деньги для приобретения определенных медицинских услуг, включая физиотерапию, курсы по контролю над недержанием, а также услуги из области хироподии. При этом они хотели получить возможность покупать гораздо большее число медицинских услуг.

В декабре 2004 года Джон Глэсби из Центра по управлению медицинскими услугами Университета Бирмингема провел небольшой частный семинар для ключевых заинтересованных агентов, на котором данные вопросы исследовались более подробно. В докладе, содержащем сводку прошедших дискуссий, был представлен следующий вывод:

Во-первых, мы пришли к определенному согласию относительно того, что прямые платежи в самом ближайшем будущем можно распространить на небольшие и сравнительно маловажные области здравоохранения: в частности, направить их тем людям со сложными потребностями, которые уже получают прямые платежи в рамках социальной помощи. К другим областям, которые требуют анализа, относятся продолжительная медицинская поддержка и уход, а также медицинское оборудование, паллиативы и уход за неизлечимыми больными (Glasby and Hasler 2004, p. 14).

Благотворительная организация *Macmillan Cancer Relief* планирует провести несколько экспериментов с системой прямых платежей: раковые больные будут покупать те услуги, которые наиболее важны для них и в которых они нуждаются. Хотя первоначально эта схема ограничивалась вполне обычны-

ми формами социальной помощи (услуги садовода, сиделки, уборщицы, помощь при покупках и т. д.), она может расшириться, позволив пациентам покупать то, что *Macmillan* называет «полной помощью», соединяющей все виды услуг, в которых нуждаются больные раком. В настоящее время та же организация рассматривает вариант предоставления электронной карты со «штрих-кодом помощи», которая может использоваться для покупки услуг. Потребителей будут поддерживать специальные сотрудники благотворительной организации, занимающиеся закупками.

Хотя, как уже отмечалось, по закону в Великобритании прямые платежи по социальной помощи в настоящее время нельзя использовать для покупки медицинских услуг, а фонды НСЗ не используются для прямых платежей, на практике такие вещи все же происходят, хотя и окольным путем. Один из случаев — ставшая широко известной (и попавшая в поле зрения специального омбудсмана) история Пойнтонна, пациента с болезнью Альцгеймера, когда траст первичной медицинской помощи оплатил услуги временной сиделки, воспользовавшись пакетом прямых платежей, организованным местным управлением социальных услуг.

#### ПРЯМЫЕ ПЛАТЕЖИ В ДРУГИХ СТРАНАХ

Положительный опыт прямых платежей по социальной помощи в Британии подтверждается и на международном уровне. Программа Medicaid Cash and Counseling в США предлагает лицам, имеющим право на получение различных пособий, ежемесячную сумму денег для приобретения товаров и услуг, связанных с нетрудоспособностью (включая возможность найма родственников в качестве работников). Программа также предоставляет возможности кон-

культивирования, в частности, финансового, а также позволяет потребителям назначать своих представителей (например, членов семьи), которые могут принимать решения от их имени. Оценка работы программы в американских штатах Арканзас, Флорида и Нью-Джерси показала, что она уменьшила число неудовлетворенных потребностей, увеличила удовлетворенность потребителей оказываемыми услугами и при этом не повысила вероятность нежелательных ухудшений здоровья по сравнению с контрольной группой (Foster et al. 2003).

Продление на три года эксперимента в Арканзасе, в котором наряду с экспериментальными группами участвовали и контрольные, показало, что экспериментальная группа требует больших затрат по программе Medicaid, чем контрольная. Однако это было связано с тем, что многие члены контрольной группы не получали оплачиваемой помощи или же получали лишь две трети услуг, на получение которых они имели право претендовать. Кроме того, к концу второго года более высокие затраты на персональную помощь были сбалансированы падением расходов на реабилитационные дома для инвалидов и другие услуги Medicaid (Dale et al. 2003).

Во многих скандинавских странах для социальной помощи также используются прямые платежи. В муниципалитетах Швеции и Дании есть системы денежных платежей для престарелых и людей с ограниченными возможностями — они используются для приобретения персональной помощи; в определенной степени такие платежи применяются и для психически нездоровых пациентов. Данные методы оказались весьма популярны среди адресатов подобных программ, а их успех вызвал предложения распространить схему и на другие области медицинского обеспечения (Abildgaard and Vad 2003).



В США было несколько попыток распространить эту идею на здравоохранение. В Мичигане и Орегоне проходят эксперименты с использованием бюджетов пациентов, страдающих психическими расстройствами. В Мичигане программа «Служба психического здоровья» предлагает взрослым людям с трудностями в развитии или психическими расстройствами возможность контролировать необходимые им психиатрические услуги, в том числе и при помощи бюджета. Применяемая в Орегоне схема предоставляет индивидуумам с проблемами в развитии контроль над значительным числом услуг, осуществляемый благодаря индивидуальному бюджету. К таким услугам относятся физическая терапия, реабилитационные услуги, транспорт, трудоустройство, семейные тренинги, личная и домашняя помощь. Обычно не индивидуум непосредственно занимается покупками, а его представитель, действующий в соответствии с предпочтениями первого.

В 2003 году президент Буш подписал закон о введении системы медицинских сберегательных счетов (МСС, Health Savings Accounts), которая в некоторых чертах сходна со схемой прямых платежей. Медицинский сберегательный счет — счет, на который физические лица и их работодатели могут переводить средства, не облагаемые налогом, которые накапливаются для будущих медицинских расходов. Для участия в данной программе у индивидуума должен быть страховой полис с высоким уровнем собственного удержания, покрывающий значительные или неожиданные медицинские расходы. Средства могут храниться на счете много лет — правило «используй или потеряешь» тут не действует. Когда человек умирает, собственником счета становится супруг, который может использовать его как собственный медицинский сберегательный

счет. Если человек не состоит в браке или же после смерти супруга счет теряет свой статус медицинского сберегательного счета, он становится частью состояния этого человека, которое передается наследникам или иным выгодополучателям как любой иной актив.

Медицинский сберегательный счет отличается от того, что мы называем бюджетами пациентов, поскольку деньги на такие счета поступают не от государства (если исключить налоговые льготы), и они не привязаны к какому-то конкретному диагнозу или оценке потребностей. Однако они играют примерно ту же роль, позволяя потребителям в большей мере контролировать получаемую ими помощь, а также создавая стимулы использовать ресурсы так, чтобы удовлетворить потребности и желания потребителей<sup>4</sup>. В настоящее время Флорида, Южная Каролина и Западная Вирджиния планируют ввести МСС в качестве элемента программы Medicaid, нацеленной на помощь малообеспеченным людям; на эти счета будут перечисляться в том числе и государственные деньги, и они позволят пользователям Medicaid покупать в некоторых случаях медицинские страховки, а в других — непосредственно услуги (Milligan et al. 2006).

#### КАК МОГЛИ БЫ РАБОТАТЬ БЮДЖЕТЫ ПАЦИЕНТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ?

Как мы уже видели, прямые платежи в сфере социальной помощи в Великобритании и других странах улучшили услуги, снизили издержки и вернули потребителям самостоятельность в том, что касается

---

4. Критику медицинских сберегательных счетов см. в: Enthoven 2006; более положительную оценку см. в: Turner 2005.

принятия решений. Также, как мы заметили, многие уже предлагали распространить идею прямых платежей на здравоохранение, то есть ввести то, что мы называем «бюджетами пациентов». Но как реально могла бы работать такая схема, если бы она была разработана в Британии или где-то еще, и смогла бы она принести такую же пользу?

Как она может работать? Будущий пациент посещает своего врача общей практики с определенными симптомами или по поводу какой-то проблемы, которая требует помощи (например, беременности). Врач общей практики ставит диагноз. С каждым диагнозом связывается определенный бюджет, которого должно хватить для оплаты соответствующего лечения. В зависимости от диагноза подсчет бюджета может быть достаточно простым — например, курс физиотерапии в случае растяжения мышц. К рекомендованному лечению может относиться неэкстренная операция, в каковом случае бюджет соответствует актуальному тарифу, или цене, за рассматриваемую процедуру. В случае хронических заболеваний бюджет может приравниваться к расходам на пакет предсказуемых оздоровительных мер, необходимых в течение года при данном заболевании. В случае нескольких заболеваний бюджет равен сумме расходов по соответствующим пакетам.

Врачи общей практики или другие профессиональные врачи могут давать советы пациентам относительно того, как «потратить» их бюджет. В действительности во многих случаях врачи общей практики, несомненно, будут играть важную роль в качестве консультантов пациентов, так что принимаемое решение на самом деле будет совместным — в литературе о теории принятия решений подобные решения называют также общими. Возможно, пациенту придется принимать решения

только относительно того, какое лечение он желает получить и какого поставщика ему выбрать из списка возможных форм лечения и поставщиков, заданного рамками бюджета. Также больные при желании могут передоверить ответственность врачам общей практики, сказав: «Решайте сами, доктор».

Примерно так же, как и в случае прямых платежей по социальной помощи, пациентам может предоставляться бюджет в виде определенной суммы денег. Затем им надо будет за него отчитываться, как делают получатели прямых платежей по социальной помощи. Но, за исключением варианта долгосрочного лечения (который обсуждается далее), такая отчетность представляется излишне сложной. При тех или иных разовых заболеваниях достаточно будет просто предложить пациентам список вариантов лечения и поставщиков, из которого они могут выбирать исходя из своего бюджета. В таких случаях пациенту даже не нужно знать, что этот список определяется соответствующим бюджетом. В него могут включаться только те формы лечения, которые в случаях, когда они были доступны, уже удовлетворили утвержденным требованиям рентабельности; также он включал бы только тех поставщиков, которые сертифицированы соответствующими органами власти.

Какую пользу можно было бы извлечь из такого предложения? Оно могло бы совместить все выгоды от выбора поставщика и распределения денег, которые мы обсуждали в предыдущей главе, в соответствии с этим выбором. Поставщики, если бы данная схема была реализована, стали бы конкурентами друг другу — и не только те, что предлагают, как в существующей системе, плановые операции, но и поставщики всех услуг — от физиотерапии до помощи при хронических заболеваниях. Это создало бы сильные стимулы к эффективному оказа-

нию услуг, отвечающих нуждам и желаниям пациентов. Другая выгода состоит в том, что внедрение бюджетов пациентов в определенных областях увеличило бы рабочие мощности, создав рынки для таких услуг, как физиотерапия, которые зачастую искусственно сдерживаются, поскольку они не относятся к социальной помощи и считаются низкоприоритетными в здравоохранении.

Однако бюджеты пациентов не просто повысят степень реагирования поставщика услуг, увеличат эффективность и мощности. Все данные по прямым платежам в социальной помощи и других областях указывают на то, что большая самостоятельность людей и больший контроль над собственной ситуацией улучшают психологическое состояние и способствуют физическому и душевному здоровью. А бюджеты пациентов дают им именно больший контроль.

Бюджеты пациентов стимулируют не только выбор поставщика, но и выбор лечения. Взять, например, службы психического здоровья, которыми пользуются люди с небольшими и умеренными депрессиями. В настоящее время пациентам с подобными проблемами обычно предлагают медикаментозную терапию. Однако опросы показывают, что многие из них предпочли бы не принимать таблетки, а пройти ту или иную форму психологической помощи, например когнитивно-поведенческую терапию — этот метод, заметим в скобках, продемонстрировал не меньшую экономичность, чем медикаментозная терапия (Centre for Economic Performance 2006). В системе прямых платежей пациенты могли бы выбирать ту форму лечения, которая им нравится.

Другой пример — паллиативная терапия неизлечимых больных. Большинство людей, у которых диагностируется финальная стадия неизлечимой

болезни, предпочли бы умереть дома. Но только один из пяти таких больных действительно умирает дома. А большинство — в больнице, то есть в самом неприятном для них месте (Taylor 2004). В результате на них продолжают затрачиваться скудные больничные средства: в больнице «Найн Велс» (Данди) 70% онкологических мест занято пациентами, получающими паллиативное лечение (данные из личной беседы). Если позволить большему числу людей умирать дома, это помогло бы НСЗ сберечь значительные средства: по грубым оценкам, затраты НСЗ на паллиативную терапию пациента, находящегося дома, в два раза меньше той же терапии в больнице (Taylor 2004). Как заметил Том Хьюз-Халлет, глава организации Marie Curie Cancer Care, «пора каждому дать право выбирать, где именно умереть» (Hughes-Hallet 2005, p. 30).

Другой пример — пособия по материнству и услуги молодым матерям. Прямые платежи могли бы особенно пригодиться в данной сфере. Каждой матери мог бы выделяться бюджет, пользуясь которым она выбирала бы, где рожать — дома или в больнице. Раньше у женщин в Британии было юридически закрепленное право на помощь при домашних родах. А теперь, похоже, этого права больше нет (у них есть право на домашние роды, но только при поддержке НСЗ, если было принято решение, что домашние роды «рекомендованы с клинической точки зрения»). В действительности в Англии только 2,2% родов проходят дома (в Шотландии — только 1%). Достоверных данных о том, где британские женщины предпочитают рожать — дома или в роддоме, почти нет, но большинство экспертов согласны, что спрос на роды дома был бы намного выше 2%, если бы помощь в таких родах была легкодоступной. Более того, домашние роды стоят меньше больничных. В США средняя стоимость нормальных неослож-

ненных родов дома на 68 % меньше, чем в больнице (Anderson and Anderson 1999); в Великобритании исследователи пришли к близким выводам (National Birthday Trust 1997). Опять же предоставление права выбора за счет прямых платежей вернет пациентам самостоятельность и понизит расходы.

Хронические заболевания могут стать еще более интересной возможностью. Пациенты с хроническими заболеваниями иногда становятся настоящими экспертами в собственной болезни, превосходя порой даже профессиональных медиков. Это было признано в составленной британским Министерством здравоохранения «Экспертной программе для пациентов» (ЭПП, Expert Patient Programme), которая помогает пациентам — за счет специальных курсов и других форм образования — управлять течением собственной болезни<sup>5</sup>. Предварительная оценка программы показывает, что она была достаточно успешной (Department of Health 2005b). В течение 4–6 месяцев после посещения курсов ЭПП наблюдалось статистически значимое уменьшение спроса участников программы на некоторые из наиболее популярных медицинских услуг; консультации у врачей общей практики уменьшились на 7 %; прием амбулаторных больных — на 10 %, а прием в отделениях скорой помощи — на 16 %. Также наблюдалось падение спроса и на другие услуги, в том числе уменьшилось число людей, поступивших в больницы, меньше стали обращаться за реабилитационными услугами и дополнительной терапией, хотя эти изменения статистически не значимы. Другие результаты указывают на повы-

---

5. Подробнее об этой и других инициативах, направленных на повышение уровня образованности пациентов и уровня их контроля над собственными заболеваниями, см. в: Caton 2006.

шение уверенности участников программы, рост использования фармацевтической терапии и медицинской информации, лучшую подготовку пациентов к консультациям с врачами-специалистами.

Как это может работать? Поскольку необходимо будет провести полную оценку всех ожидаемых потребностей хронически больных, затраты на год терапии и соответствующие ресурсы будут определять бюджет. Бюджет может передаваться пациентам в виде определенной денежной суммы, как в случае прямых платежей по социальной помощи; пациент сможет использовать его для покупки тех услуг, которые он выберет. Для этого, возможно, потребуются организовать собственный курс лечения, или же, если пациент так решит, задача по данной организации может быть передана специальному менеджеру по медицинскому обслуживанию (сиделке, сестре-хозяйке или врачу общей практики). Пациенты (или менеджеры по медицинскому обслуживанию) должны будут отчитываться, как они тратят деньги.

Следует отметить, что такой бюджет будет покрывать только предсказуемые медицинские услуги, а не срочные. Поэтому, если, например, пациенту с хроническим заболеванием придется лечь в больницу из-за непредвиденного осложнения, стоимость подобной госпитализации не будет вычитаться из бюджета, который выделен пациенту на эту болезнь.

Платеж может осуществляться через некую «кредитную карту» — вроде той, что была разработана вышеупомянутой организацией *Macmillan Cancer Relief*: на карту кладется фиксированная сумма, которая затем используется для соответствующих покупок. Данный метод был бы удобен для потребителей, а также упростил бы учет и аудит средств.

Другое преимущество заключается в том, что в случае людей, подпадающих под действие одно-



временно программ социальной помощи и помощи хроническим больным, эту схему можно было бы объединить со схемой прямых платежей по социальной помощи. То есть потребовалось бы оценить все нужды пациентов, так что они перестали бы страдать от зачастую довольно искусственного разделения социальной и медицинской помощи. Как и в случае хронических заболеваний, этот шаг был бы полезен и в других областях, где граница между социальной и медицинской помощью представляется условной, например в помощи роженицам и молодым матерям.

Итак, прямые платежи не только создали бы стимулы для повышения качества услуг, предоставляемых поставщиками, но также упрочили бы позиции пациентов, наделив их самостоятельностью в выборе большого числа поставщиков и форм лечения. Однако данная идея вызывает несколько возражений, которые нам надо теперь рассмотреть.

#### ВОЗРАЖЕНИЯ

Одно возможное затруднение обойти довольно легко. Обычный довод против предоставления пациентам права выбирать лечение состоит в том, что они всегда будут выбирать самое дорогое. В действительности это не всегда так, особенно когда речь идет об оперативном вмешательстве, хотя, вероятно, в случае лекарственной терапии данное утверждение выполняется чаще. Так или иначе идея прямых платежей — сопровождаемых списком возможных вариантов, оплачиваемых из фиксированного бюджета, — позволяет задать бюджетные ограничения, снимающие эту опасность.

Более сильное возражение относится к способностям и установкам пациентов. Можно заявить, что у пациентов нет ни знаний, ни опыта, что-

бы сделать «правильный» выбор. Не будут ли они предъявлять необоснованные и иррациональные требования? Кроме того, даже если у них есть нужные знания и информация, находятся ли больные люди в том положении, чтобы принимать решения подобного рода? И, что еще более важно, *захотят* ли они принимать такие решения? Приступ болезни заставляет многих людей чувствовать слабость и нерешительность; не предпочтут ли они доверить все решения профессиональным врачам, которые, в конце концов, знают, что делают?

В наиболее полном обзоре всей литературы по принятию решений пациентами выявлены смешанные результаты исследований предпочтений пациентов по данному вопросу, поскольку некоторые указывают на то, что многие пациенты хотели активно участвовать в принятии относящихся к ним решений, тогда как другие (в основном пожилые и малообразованные) предпочитали не делать этого. Но в целом автор обзора приходит к такому выводу:

Когда пациентам предоставляется возможность сделать информированный выбор, обычно они этому рады. Необоснованные или иррациональные требования не так уже распространены, вопреки опасениям врачей. Пациенты часто предпочитают более дешевое или консервативное лечение, чем то, которое склонны рекомендовать доктора. Совместные решения могут быть лучшим способом гарантировать более верное использование медицинских ресурсов и возможностей (Coulter 2002, p. 47).

Кроме того, как уже отмечалось выше, схема не должна носить принудительный характер. Если пациент предпочтет передать решения врачу, у него, конечно, будет полное право поступить так.

Другая потенциальная проблема касается ограничений бюджета. Они заставят пациентов понять, сколько именно средств они могут потратить на свое лечение, а сколько — не могут. Что это — недостаток схемы или, наоборот, ее преимущество, вопрос спорный. Можно сказать, что явное определение объемов затрат просто-напросто приведет к недовольству пациентов и заставит их с большей вероятностью требовать тех услуг, которые система не позволяет им купить. С другой стороны, сама прозрачность данной схемы может считаться желательной чертой. Ведь она устраняет иллюзию, встречающуюся в менее открытых системах, — иллюзию того, что никаких ограничений вообще нет, — и относится к пациентам как к разумным гражданам, которые принимают во внимание все соображения, касающиеся относительной доступности лечения для них самих и для других людей.

Данные по взглядам пациентов на ограничения поддерживают обе точки зрения. Они указывают на то, что пациенты предпочитают, чтобы ограничения были явными, но связано это отчасти с тем, что в таком случае им легче обойти их, например самостоятельно заплатив за дополнительные услуги или высказав протест против этих ограничений (Coast 2001; Schwappach and Koesck 2004).

А как обстоит дело с позициями поставщиков — врачей, медсестер и всех тех, кто работает в системе здравоохранения? Как мы видели, в Великобритании прямые платежи в социальной помощи вызвали сопротивление среди поставщиков различных услуг, начиная с местных органов власти и заканчивая социальными работниками. Оценка экспертной программы для пациентов выявила довольно прохладное отношение к ней среди врачей, и эту реакцию исследователи, выразившиеся весьма тактично, связали в том числе и с «желани-

ем врачей первичного звена медицинской помощи играть главную роль в лечении хронических больных» (Kennedy et al. 2005, Executive Summary, p. 6). Если у врачей первичного звена действительно есть такое желание, бюджеты пациентов представляют для них, по-видимому, еще большую угрозу, чем экспертная программа для пациентов, поскольку первые дают пациентам еще больше власти.

Подозреваю, что в какой-то мере такое сопротивление неизбежно, особенно среди врачей общей практики. Но оно не обязательно будет повсеместным и не обязательно продлится долго. Возможно, все большее число профессиональных врачей будут находить и привлекательные стороны в идее разделять с пациентами ответственность за решение.

Другая потенциальная проблема связана с транзакционными издержками, а также с доступностью требуемых услуг. Чтобы гарантировать доступность соответствующих услуг на «рынке», могут потребоваться определенные пусковые затраты (например, в случае когнитивно-поведенческой психотерапии, для которой должны быть подготовлены соответствующие специалисты). Но для того, чтобы потребности пациентов действительно были удовлетворены, так или иначе им должны предоставляться соответствующие услуги. Поэтому стоимость всех этих услуг должна будет подсчитываться, чтобы их можно было оплатить из соответствующего бюджета. Однако любая система эффективного распределения ресурсов требует точного определения стоимости лечения, и в большинстве систем здравоохранения разрабатываются механизмы, позволяющие решать данную задачу.

Последняя, но важная проблема — доплата и вопросы равенства. Если позволить пациентам пополнять бюджеты из собственных средств, выгоду смогут извлечь только состоятельные пациенты,

а принцип предоставления врачебной помощи на основе одних лишь потребностей будет нарушен. В действительности вопрос о доплате не возникает тогда, когда предусматривается закрытый список вариантов; большинство пациентов в таком случае не будут знать, что есть бюджет, который можно увеличить, так что практика доплаты просто не будет разрешена (наподобие ситуации с плановыми операциями, которую мы наблюдаем сейчас в США). Наиболее заметна данная проблема в случае бюджетов на долгосрочное лечение, особенно если они объединяются с прямыми выплатами по социальной помощи (соответствующие бюджеты в Британии могут пополняться собственными средствами получателей). Однако, если в области здравоохранения доплаты нежелательны, можно запретить оплачивать из пополненных бюджетов медицинские услуги, а процедуры учета в таком случае должны будут гарантировать выполнение этого ограничения.

Рассмотрение проблемы равенства поднимает вопрос, который мог бы привлечь несколько иную часть политического спектра. Нельзя ли предоставлять более значительные бюджеты людям из менее состоятельных слоев населения? Такой шаг был бы оправдан, если бы мы согласились с прямолинейными аргументами в пользу перераспределения. Также его можно защищать на основе логики клинической потребности: из-за плохого питания, плохих жилищных и экологических условий люди из бедных районов с данным заболеванием нуждаются в большем объеме лечения, чем состоятельные люди с тем же заболеванием, если требуется достигнуть сравнимого улучшения здоровья.

Должны ли бедняки получать больше врачебной помощи, чем более состоятельные люди, при одних и тех же заболеваниях — вопрос, который вы-

ходит за пределы анализа бюджетов пациентов. Но в данном контексте этот момент следует отметить как иллюстрацию более общей мысли, что предложения, подобные рассмотренным нами, могут использоваться для достижения целей как левоцентристской, так и правой политики, так что их не стоит автоматически приписывать к той или иной части политического спектра.

#### БЮДЖЕТЫ ПАЦИЕНТОВ: ПРАВИЛЬНЫЙ ПУТЬ?

Бюджеты пациентов в области здравоохранения могут дать пациентам возможность принимать самостоятельные решения, а поставщикам медицинских услуг — стимулы улучшать медицинское обслуживание, делая его более оперативным. Они могут расширить сферу выбора лечения и выбора поставщика. Также они могли бы уменьшить расходы и повысить качество услуг. И, что еще важнее, они могут улучшить здоровье и самочувствие пациентов. Возможно, не для всех видов врачебной помощи они подойдут: например, они, очевидно, непригодны в тех случаях, когда у пациента какое-то острое заболевание и он не может принимать решения такого рода. Но при других заболеваниях, если они предсказуемые и/или хронические, бюджеты пациентов могут стать важным шагом вперед.

#### ПРЕМИЯ ЗА НЕУДОБСТВА

Обсуждая образование в третьей главе, мы отметили, что «снятие сливок» (намеренный отбор школами детей, нацеленный на повышение рейтинга школы или других показателей качества) оказывается важной проблемой, возникающей при приме-

нении модели выбора и конкуренции в этой области. Мы обсуждали, как с ней можно справиться, указав разные методы, — так, можно запретить школам контролировать прием учеников или заставить их принимать любого ученика. Однако каждый из данных методов предполагает ограничение свободы действий школ, что приводит — как и любые подобные ограничения — к определенной деморализации, а также создает опасность уклонения от исполнения соответствующих предписаний.

Возможно, для того, чтобы справиться с эффектом «снятия сливок», лучше применять положительное стимулирование, а не ограничения. Несколько лет назад я предложил схему, нацеленную как раз на решение этой задачи, — тогда я довольно неуклюже назвал ее «положительно дискриминирующим ваучером» (ПДВ) (Le Grand 1989). Джеймс О’Шонесси и Шарлотт Лесли из аналитического центра *Policy Exchange* одну из версий данной идеи окрестили термином «премия за преимущества» (O’Shaughnessy and Leslie 2005). Хотя это явное усовершенствование ПДВ, такое выражение все же не совсем подходит — более точным был бы термин «премия за неудобства», его-то я и буду использовать в дальнейшем изложении.

В схеме ПДВ, или премии за неудобства, школы, принимающие учеников из более бедных районов, должны получать надбавку за каждого такого принятого ребенка, то есть премию. Это создаст положительный стимул к приему таких детей. Школа, в которой будет много таких детей из бедных семей, будет в среднем иметь больше ресурсов в расчете на ученика, чем школа, где доля бедных детей ниже. Соответственно, в таких школах будут лучше условия и оборудование, они смогут привлечь более квалифицированный персонал. В результате либо образуются отдельные школы, специализи-

рующиеся на обучении детей из бедных семей, лучше оснащенные и с лучшим персоналом, чем в тех школах, которые специализируются на обучении детей из состоятельных слоев общества, либо, если директора школ и персонал не захотят развивать такую специализацию, сформируются школы с учениками, представляющими примерно все части социального спектра. Так или иначе «снятие сливок», которое работало на богатых, будет существенно ослаблено или устранено вовсе.

Следует отметить, что данная идея отличается от внешней похожей схемы, в которой формула финансирования государственных школ в бедных районах уже предполагает, что эти школы автоматически получают дополнительные средства из расчета на каждого ребенка, так что итоговый бюджет оказывается больше стандартного. Дело в том, что такая «премия» обычно привязана к расположению школы, а не к социальному происхождению ребенка. И в таком случае у школ нет особых стимулов принимать детей из бедных семей, поскольку, кого бы они ни приняли, они все равно получают ту же сумму.

Проблема с ПДВ, или премией за неудобства, состоит в том, что понадобится некий метод идентификации бедных семей. Эту задачу можно решить при помощи тестов на нуждаемость, однако они не лишены хорошо известных проблем, в том числе сложности в администрировании и травматическом эффекте. Другой метод — просто выдавать ваучеры на более значительные суммы семьям, живущим в бедных районах. Во многих странах есть различные схемы классификации, позволяющие определить благосостояние отдельных районов, в том числе за счет их разбиения на очень малые единицы, привязанные к почтовым индексам.

Пример того, как это может применяться на практике, может дать базовая для Британии фор-



ма классификации почтовых индексов — «Мозаика» (Mosaic). Она делит 1,3 миллиона почтовых индексов, по которым почтой расписаны все жилые адреса Британии, на шестьдесят один тип жилых микрорайонов. Цель данной классификации — определить типы жилых микрорайонов, отличающихся друг от друга населением, культурой, опытом, стремлениями, доходом, потребительскими характеристиками, степенью нуждаемости в общественных услугах и их использования. В неопубликованном исследовании организации *Dr Foster* отмечается, что классификация «Мозаика» может использоваться в качестве надежного инструмента предсказания образовательных успехов и, соответственно, образовательных потребностей. А это, в свою очередь, можно использовать для оценки объема денежных средств, необходимых для помощи детям из малообеспеченных семей и для определения премии за неудобства.

Предлагались и другие варианты той же самой идеи. Идея *Policy Exchange* — привлекать дополнительные средства для ученика из неуспешной школы, если она передается новому руководству, а ученик переходит в другую школу. В первый год такая премия должна была бы составить 5 тысяч фунтов стерлингов, но через четыре года выплаты должны прекращаться. Если бы некоторые школы оказались переполнены детьми, за которые полагается премия за неудобства, тогда, чтобы избежать «снятия сливок», им достаточно было бы просто провести отбор по лотерее (O'Shaughnessy and Leslie 2005).

Сэмюэль Боулс и Герберт Гинтис предложили другой вариант (Bowles and Gintis 1998). По их мысли, ценность ваучера должна зависеть не только от социально-экономического статуса семьи, но также и от социально-экономического состава

школы. То есть ваучер, поданный учеником из семьи с низкими доходами, в школу, в которой учатся ученики преимущественно из состоятельных семей, должен быть еще дороже, чтобы у школы появился стимул привлекать подобных учеников. Точно так же ваучер, поданный учеником из семьи с высокими доходами, в школу с учениками преимущественно из бедных семей, должен тоже быть дороже, чтобы у школы опять же был стимул привлекать таких учеников.

Мы вместе с Дэвидом Чейтером (Chater and Le Grand 2006) предложили применить ту же идею к более частному случаю — к детям, стоящим на учете (ранее их еще называли трудными детьми). Такие дети во многих отношениях находятся в наиболее неблагоприятном положении, определенном их социальным происхождением, что проявляется в многочисленных признаках дезадаптации, в том числе в крайне низкой успеваемости. Школы зачастую вообще не желают принимать таких детей и/или держать их после того, как они приняты.

Наше предложение состоит в том, что за детей школьного возраста, стоящих на учете, следует выдавать еще более значительную дополнительную премию. Вопрос о выдаче такой премии должен обсуждаться в каждом конкретном случае отдельно, а распоряжаться ею должен хорошо зарекомендовавший себя воспитатель, «корпоративный опекун», действующий от имени ребенка, а также в случае нужды — его попечитель. Такая премия должна стать для школы весомым, действенным стимулом приема детей, стоящих на учете, а также, что важно, удержания их в числе учащихся этой школы. Кроме того, она дала бы воспитателям больший контроль над образованием, получаемым каждым ребенком. Наконец, введение индивидуального контроля над премиальным бюджетом по-

зволило бы создать систему четкого распределения ответственностей корпоративных опекунов за выбор школ, апелляции по отрицательным решениям и поддержание связей с учителями.

## ПРАКТИКА СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ<sup>6</sup>

Как уже отмечалось выше, история социальной помощи детям в Британии — история плохих результатов, особенно если речь идет о детях, стоящих на учете. Однако в целом социальные работники, занимающиеся трудными детьми, приходят на эту работу с определенными моральными убеждениями, с идеализмом и энтузиазмом, они стремятся восстановить справедливость. Сохранение плохих результатов, демонстрируемое статистикой, указывает на то, что неспособность значительно улучшить результаты является не столько следствием индивидуальных неудач отдельных работников, работающих с детьми, сколько более общей нездоровой ситуацией.

Фундаментальная проблема — это отсутствие преемственности. В большинстве районов наблюдается настолько большая текучка кадров, что детям, стоящим на учете, можно сказать, повезло, если у них один и тот же социальный работник в течение нескольких месяцев, не говоря уже о годах, которые на самом деле нужны, чтобы достичь не-

---

6. Эта идея была выдвинута независимо друг от друга мной и Алистэром Петигрю, директором Службы помощи детям в Льюишаме; затем мы работали вместе, развивая это предложение. Данный раздел основан на статье, написанной нами для *The Guardian*, и я благодарен ему за то, что он позволил мне использовать этот материал здесь.

обходимого уровня доверия, привязанности и заинтересованности. Кроме того, в местных бюрократических структурах решения принимаются слишком большим числом людей, многие из которых не знакомы лично с детьми, судьбу которых они решают, полагаясь лишь на описания других людей или письменные отчеты. В таком случае социальные работники вынуждены доносить принятые решения до детей, интересы которых они, возможно, никогда не защищали. В результате в такой ситуации не может быть ни подлинного авторитета, ни чувства ответственности.

У социальных работников должны быть полномочия, позволяющие им принимать решения и воплощать их в жизнь. То есть у них должна быть возможность, действуя от лица опекаемого ребенка, следить за качеством его жизни и образования, регулярными контактами в семье и со сверстниками (если они благотворны), а также за выбором места проживания. Короче говоря, они должны быть заботливыми, ответственными «опекунами».

Как же этого добиться? Один из вариантов — создание практик или партнерств социальной помощи по модели медицинских или юридических практик. В такую практику может входить примерно восемь–десять профессионалов (социальных и коммунальных работников), которые будут как предоставлять услуги, так и контролировать (при наличии договора с местными органами власти) бюджет заказов. Бюджет может состояться из расчета на человека, то есть должна выделяться фиксированная сумма на каждого ребенка, включенного в рабочий список данной практики. Бюджет может расходоваться на обеспечение удовлетворения нужд ребенка, стоящего на учете. К числу этих нужд относятся возможности нормального развития, медицинский контроль и лечение, дополнительная

образовательная поддержка, психологическая терапия, положительные контакты с родителями, братьями и сестрами, а также иными родственниками. Все это может организовываться и предоставляться детям самими сотрудниками практики, в которую записан ребенок, или же за счет покупки услуг наемного специалиста по социальной помощи из того или иного агентства.

Нагрузка каждого сотрудника практики должна быть не слишком большой, чтобы у него хватало времени на развитие доверительных отношений с каждым ребенком, чтобы он смог действительно понять потребности ребенка и позволить последнему полноправно участвовать во всех сторонах процесса оценки.

Практика или партнерство социальной помощи могут быть организованы как некоммерческое социальное предприятие или как профессиональное партнерство (по модели врачей общей практики в британской НСЗ). Социальные работники, являющиеся партнерами в таких организациях, тратили бы собственное время и ресурсы как на местное сообщество, так и на самих детей, стоящих на учете. Так же, как и в медицинских и юридических практиках, у партнеров будет разный опыт и разные навыки. Важно, однако, создать хорошо сплоченную команду, которая может предложить ребенку выбор социального работника, причем этот выбор будет совершаться со знанием того, что выбранный социальный работник будет заниматься им достаточно долгий период, и не только по причине преданности ему самого ребенка, но и потому, что у работника есть ответственность перед практикой, в которой он состоит.

У данного предложения несколько преимуществ. Главное в том, что оно позволит создать преемственность в социальной помощи. У социальных

работников, если они станут «собственниками» своего дела, если будут иметь долю в его активах и получают больше полномочий и большую ответственность, появится сильный стимул продолжать эту деятельность, то есть работать с опекаемыми ими детьми и их семьями. Это совсем не то, что в современной ситуации, когда, особенно в городских районах, социальные работники перемещаются из одного органа местной власти в другой (и вообще уходят из социальной сферы), пытаясь повысить свою зарплату и удовлетворенность работой. Постоянная смена рабочего места негативно сказывается на опекаемых детях, поскольку они в определенной мере должны доверять социальному работнику, которого они считают источником решений, важных для их жизни. Эти дети уже переживали потерю других людей, важных для их жизни. Мы должны попытаться сделать так, чтобы их проблемы в общении с людьми не усугубились невозможностью как-то повлиять на текучку социальных работников.

Кроме того, у партнеров также появится сильный стимул выполнять свою работу как можно более эффективно и с максимальной отдачей, поскольку так они смогут пополнить бюджет, который можно потратить на самих себя, на развитие практики или на найм дополнительного персонала. Самостоятельность, предполагаемая идеей практики, в долгосрочной перспективе сделает работу в социальной сфере более привлекательным вариантом карьеры и обратит вспять разворачивающийся процесс упадка этой профессии.

Благодаря практике социальной помощи все потоки финансирования будут сведены в один бюджет. Члены практики будут отвечать за весь объем помощи, предоставляемой их клиентам. Поскольку число опекаемых детей будет достаточно неболь-

шим, сотрудники будут хорошо знать их и поддерживать долговременные отношения. Они будут независимы от интересов поставщиков специализированных услуг и потому в меньшей степени подвержены их давлению. У них появится стимул предоставлять профилактическую помощь.

В мире практики социальной помощи местные органы власти продолжают играть довольно важную роль. Они будут определять бюджеты практик, а также отслеживать качество предоставляемых услуг. Однако такой мониторинг должен проходить, когда результаты уже налицо, то есть оцениваться будет благополучие детей, стоящих на учете. Это существенно отличается от нынешней системы, в которой бюрократический микроменеджмент, с одной стороны, распыляет ответственность, а с другой — расхолаживает основных работников.

Наша идея была поддержана британским правительством в недавно вышедшем докладе по проблемам детей, стоящих на учете (Department for Education and Skills 2006a). Однако, прежде чем эта идея сможет воплотиться в конкретную программу, необходимо решить несколько важных вопросов. В частности, ключевой вопрос юридической ответственности за опекаемых детей требует определить, как будет распределяться ответственность между местными органами власти и практикой. Но если удастся решить данные проблемы, то у идеи появится значительный потенциал. Став профессионалами с доверенным им бюджетом, социальные работники из практик социальной помощи добьются нужной им самостоятельности и обретут силы. И, что более важно, для детей, стоящих на учете, они смогут создать заботливое окружение, значительно превосходящее по своим качествам систему, действующую в настоящее время. В результате дети станут счастливее и вырастут в более

спокойных и уверенных в себе взрослых людей, а социальные работники смогут реализовать себя на своей работе.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все идеи, обсуждавшиеся в данной главе, находятся на ранней стадии разработки. Однако задача была — не предложить окончательно сформулированные программы, а указать на то, как некоторые из более общих идей книги, относящиеся к выбору и конкуренции, можно развить в особые предложения. Надеюсь, было сказано достаточно, чтобы их потенциал стал очевиден.



## Глава 6

# Политика выбора

**П**олитика выбора и конкуренции в общественных услугах довольно сложна. Возникающие вопросы не умещаются в рамках правой или левой, социал-демократической, социалистической, консервативной или либеральной программы. Напротив, обычно политические партии любого направления начинают спорить внутри себя, если сталкиваются с подобными программами, когда влиятельные группы внутри партий пытаются склонить чашу весов на свою сторону. Даже те группы, которых эти вопросы касаются напрямую, то есть поставщики и потребители, зачастую не могут прийти к ясным аргументам и, как следствие, не могут занять четкой позиции.

В данной главе я рассматриваю разные варианты подобных столкновений и напряжений. Я буду анализировать два типа заинтересованных групп — идеологические группы и функциональные. Идеологические группы — это социал-демократические левые и правые консерваторы<sup>1</sup>. Функциональных

---

1. При выборе подходящих терминов я столкнулся со значительными трудностями. В настоящее время существует множество ярлыков, обозначающих то, что раньше было известно в качестве левой или левоцентристской политики, включающей в себя социал-демократию, новых лейбористов, прогрессивное направление и (если пользоваться американской терминологией) либералов.

групп также можно выделить две — тех, кто работает в общественном секторе, то есть поставщиков, и тех, кто им пользуется, то есть реальных или потенциальных потребителей.

Разумеется, эти группы не являются взаимоисключающими. Большинство работающих в сфере общественных услуг в то же время пользуются ими, например, в качестве родителей, чьи дети посещают общественные или государственные школы, или в качестве пациентов финансируемых государством медицинских учреждений. В общественном секторе можно встретить и социал-демократов, и консерваторов (хотя первых, возможно, все же больше). И конечно, большинство из работающих там сами пользуются общественными услугами (хотя, опять же, социал-демократы, наверное, в большей степени). Даже политическая граница между социал-демократами и консерваторами не так уж устойчива, что я и надеюсь показать в дальнейшем. Тем не менее различить эти группы нужно, поскольку у них разные интересы и стремления, а индивиды, выражающие такие стремления на политической арене, будут вести себя по-разному — в зависимости от того, с какой ролью они себя в данный момент отождествляют.

---

Точно так же и в правой или правоцентристской части спектра наряду с привычными консерваторами есть христианские демократы, неолибералы и неоконсерваторы. Далее я использую термин «социал-демократические левые» для обозначения прогрессистов, новых лейбористов и, конечно, социал-демократов (и даже социалистов) и термин «консерваторы» для обозначения соответствующих групп правых. Хотя такой подход неизбежно предполагает значительное упрощение, подобная классификация представляется вполне оправданной, поскольку у этих групп обнаруживаются общие взгляды на рассматриваемые в этой книге вопросы.

Большинство политических противоречий, касающихся этих вопросов, сводятся к оценке преимуществ и недостатков четырех моделей предоставления общественных услуг, проанализированных в нашей книге, поэтому, видимо, полезно напомнить читателю, какие именно модели имеются в виду. Первая — *модель доверия*, при которой профессионалам и управленцам просто доверяют, поскольку они знают, что лучше всего подходит потребителям, и способны предоставлять высококачественные услуги без вмешательства со стороны правительства или кого бы то ни было еще. Затем идет противоположная модель — одна из версий административного управления, названная нами *моделью показателей*, — в ней центральное руководство ставит цели, которых должны добиться поставщики, а также вознаграждение, получаемое ими, если они добиваются успеха, и наказание, если они терпят провал. Третья — *модель голоса*, в которой потребители выражают свою неудовлетворенность (или, наоборот, удовлетворенность) непосредственно поставщикам при личном общении или же посредством жалоб вышестоящему руководству или выборным представителям. Наконец, существует, конечно, *модель выбора и конкуренции*, в которой потребители, пользуясь налоговыми поступлениями, выбирают услуги, предоставляемые конкурирующими поставщиками.

## СОЦИАЛ-ДЕМОКРАТИЧЕСКИЕ ЛЕВЫЕ

Многие социал-демократы инстинктивно настроены против выбора и конкуренции в общественных услугах. Отчасти это объясняется тем, что выбор и конкуренция связаны с рынками, а рынки,

по их мнению, почти всегда не сулят ничего хорошего<sup>2</sup>. Для убежденного социал-демократа в мире, ориентированном на рынок, царствуют безжалостные капиталисты, которые эксплуатируют незащищенных потребителей, убеждая их покупать совершенно не нужные им вещи вместо чего-то действительно стоящего и важного для жизни. К тому же конкурентный бизнес приводит к понижению заработной плат и условий жизни рабочих, заставляя их при этом тратить свои нищенские заработки на низкокачественные товары, приносящие производителям значительные прибыли. Социал-демократы боятся, что эти следствия работы реального рынка распространятся и на квазирынок общественных услуг, так что больные в больницах и незащищенные дети в школах будут отданы на милость беспощадных частных фирм, многие из которых суть современное воплощение зла, а именно — американские корпорации (Pollock 2005).

В действительности из четырех моделей предоставления общественных услуг большинство социал-демократов инстинктивно выбирают модель доверия. То есть они предпочли бы, чтобы профессионалам и другим людям, занятым в общественных службах, было доверено оказывать услуги без вмешательства со стороны правительства или кого бы то ни было еще. Такое предпочтение отчасти обусловлено тем, что многие социал-демократы сами работают в общественном секторе; и, как мы увидим, именно эту модель, что неудивительно, выбирают профессионалы и другие работники общественно-

---

2. Я говорю «почти всегда», поскольку даже социал-демократам термин «рынок» в определенных контекстах может показаться чем-то положительным. Весьма привлекательным местом жизни может быть для них «город с правом рыночной торговли» (market town).

го сектора. Другая причина не сводится к эгоистическим интересам, а заключается в широко распространенном убеждении в преобладании (и одновременно желательности) рыцарских мотивов или того, что несколько более неопределенно можно назвать этосом общественных услуг (Le Grand 2003).

Если говорить более точно, социал-демократические представления по большей части строятся на посылке, будто те, кто занят в общественном секторе, являются рыцарями или почти что абсолютными альтруистами, чья главная забота — благополучие тех людей, кому они должны служить, почти не обращая внимания на собственные интересы, — в отличие от того, как якобы поступают плуты (Le Grand 2003). В таком мире профессионалам общественного сектора можно доверить их собственную работу; им не надо говорить, что они должны делать, как не стоит и как-то дополнительно стимулировать их, чтобы они предоставляли хорошие услуги. Ведь такие стимулы могут действовать расхолаживающе: если относиться к рыцарям, работающим в общественном секторе, как в плутам, они могут на самом деле ими стать.

Сегодня опытные социал-демократы могут признать, что иногда даже профессиональные рыцари поступают неверно, что рыцари на самом деле бывают плутами, а потребители не всегда довольны теми услугами, которые они получают. Поэтому им нужна другая модель, которой можно было бы дополнить покосившуюся модель доверия. Однако вторая из рассмотренных нами ранее моделей — управления показателями и производительностью — обычно их не привлекает<sup>3</sup>. Им не нравят-

---

3. Хотя у некоторых сохраняется определенная привязанность к центральному планированию, являющемуся элементом административного управления.

ся искажения, вызываемые показателями, также они не любят авторитаризм, скрытый в управлении производительностью, поскольку он, помимо всего прочего, деморализует рыцарей.

Из нашего списка моделей остаются только голос и выбор. И социал-демократы предпочтут скорее голос, чем выбор. Это опять же частично объясняется их верой в рыцарскую натуру поставщиков общественных услуг: все, что нужно сделать, — просто сказать врачам, медсестрам и учителям, что кое-что делается неправильно, и они с радостью исправят свои ошибки. Однако предпочтение, отдаваемое социал-демократами модели голоса, может скрывать и более эгоистичные мотивы. Многие социал-демократы — представители среднего класса, а, как мы выяснили в других главах, средний класс весьма успешен в применении механизмов голоса для получения всего, что ему нужно. Кроме того, у среднего класса уже имеется определенный выбор. Если представитель среднего класса недоволен получаемой общественной услугой, он может сменить место проживания или пойти за теми же услугами в частный сектор.

В действительности в этом как раз и заключается одна из трудностей социал-демократической позиции. Ведь модели, которым социал-демократы отдают предпочтение, особенно модель голоса, могут нарушить фундаментальный социал-демократический принцип — обеспечение общественной справедливости или равенства. Большинство социал-демократов стремятся к тому, чтобы высококачественные общественные услуги предоставлялись справедливо — особенно если речь идет о малообеспеченных слоях населения. Однако данная позиция вступает в конфликт с теми моделями, которым они отдают предпочтение. Ведь, как мы уже показали, убедительные аргументы говорят о том, что голос не способствует равенству, особенно когда суще-

ствуется возможность получения соответствующих услуг в частном секторе. Тогда как выбор и конкуренция в общественном секторе могут, напротив, поддержать и укрепить равенство и справедливость, если, конечно, соответствующий политический курс тщательно продуман.

Короче говоря, враждебность социал-демократов к выбору и конкуренции — просто заблуждение. Модели, которым они отдают предпочтение (доверие и голос), обычно не способны обеспечить высококачественные, реагирующие на нужды потребителей и эффективные услуги; к тому же не способны они и удовлетворить требованиям справедливого распределения этих услуг. Поэтому модель выбора и конкуренции можно примирить с социал-демократическими идеалами, поскольку она позволит добиться успеха по всем этим направлениям, если план ее внедрения составлен верно.

## ПРАВЫЕ КОНСЕРВАТОРЫ

По существу, правые консерваторы с большей вероятностью отдают предпочтение выбору и конкуренции, а не другим моделям предоставления общественных услуг. Действительно, многие механизмы выбора и конкуренции, обсуждавшиеся нами в предыдущих главах, были введены в британское здравоохранение и образование правительством консерваторов во времена Маргарет Тэтчер и Джона Мэйджора<sup>4</sup>.

Привязанность к модели выбора и конкуренции отчасти обусловлена, как я уже писал в дру-

---

4. Подробное описание этих реформ см. в: Le Grand and Bartlett 1993, гл. 1.

гой своей работе, тем, что представления правых о мотивах людей, занятых в общественном секторе, противоположны убеждениям социал-демократов (Le Grand 2003, ch.1). Они считают профессиональных работников общественного сектора не какими-то самоотверженными рыцарями, чья единственная забота — благополучие людей, а, скорее, плутами — эгоистами, для которых важны в первую очередь их собственные интересы. В таком мире, чтобы работать на общественное благо, у них должны быть стимулы, связанные с их эгоистическими интересами. Рынки, управляемые невидимой рукой Адама Смита, — лучший способ создания подобных стимулов и, если говорить в целом, лучший способ направить эгоизм на общественное благо. Поэтому модель предоставления общественных услуг, включающая такие рыночные элементы, как выбор и конкуренция поставщиков, скорее всего, будет превосходить другие модели.

Однако даже их поддержку выбора и конкуренции как модели, действующей на квазирынке общественного сектора, вряд ли можно считать чистосердечной. Поскольку они всегда ставят вопрос — почему это квазирынок, а не просто рынок? Почему не перейти на полностью рыночные отношения? Если задача — сделать потребителей самостоятельными, почему не позволить им использовать свои деньги, когда они принимают решение о том, какое образование и какие медицинские услуги купить? Почему государство посредством принудительного налогообложения должно лишать их этой силы?

Такая позиция также проблематична. Если люди могут пользоваться своими собственными деньгами, тогда более обеспеченные смогут купить для себя и своих семей больше медицинских и образовательных услуг, чем менее обеспеченные. Данный



момент вызывает беспокойство даже среди убежденных сторонников правой философии. Большинство проблем со здоровьем (хотя и не все) возникают из-за факторов, не поддающихся контролю со стороны индивидов. И следует ли в таком случае наказывать бедняков за это, если богачам такое наказание не грозит? Дети не отвечают за успехи или провалы родителей, так должны ли они страдать, если у их родителей нет средств на покупку хорошего образования? Последовательный либертарианец мог бы отвергнуть это возражение, заявив, что приоритет свободы важнее всех других соображений, а принудительное налогообложение нельзя оправдать даже такими благими целями, как лечение тех больных, кто болен не по своей вине, или предоставление всем детям равных возможностей образования. Однако немногие консерваторы столь привержены принципу свободы, поэтому противоречие между требованиями минимального вмешательства государства и предоставления эффективных и справедливых общественных услуг сохраняется.

## ПОСТАВЩИКИ

В апреле 2006 года британский министр здравоохранения Патрисия Хьюитт была вынуждена прервать свою речь на ежегодной конференции Королевского колледжа сестринского дела, поскольку присутствующие в аудитории подняли шум и освистали ее. Речь закончилась перебранкой с председателем, которому пришлось прекратить заседание. На следующий день это происшествие было описано как худший день правительства, в котором состояла госпожа Хьюитт.

Проявление такой враждебности со стороны аудитории могло показаться совершенно необъяс-

нимым, ведь состояние сестринского дела в Британии на данный момент было как никогда замечательным. Количество медсестер и младшего медицинского персонала значительно увеличилось после прихода в 1997 году к власти этого правительства, достигнув в итоге 85 тысяч. Начальная зарплата медсестер увеличилась на 25 % в реальном выражении, а средняя заработная плата выросла примерно на 50 %. Была введена степень консультирующей медсестры; люди, получившие ее, стали зарабатывать вдвое больше средней зарплаты.

Так почему же возникло такое раздражение? Отчасти оно связано с тем, что к тому моменту накопилось много историй о дефиците в больницах и увольнениях. Но даже это не объясняет всей враждебности. Объем дефицита был скорее тривиальным, составляя менее 1 % всех затрат НСЗ, — подобные суммы в большой корпорации считаются совершенно нормальными финансовыми потерями. Если сравнить объем этого дефицита с теми бюджетными средствами, которые не были израсходованы, НСЗ даже осталась в плюсе. Увольнения также были довольно незначительными, если сравнить их с общим числом занятых в НСЗ — 1,3 миллиона человек. Кроме того, большинство увольнений не были увольнениями в собственном смысле слова. Чаще просто принимались решения о том, чтобы заморозить открытые ранее вакансии или не нанимать дополнительный персонал.

В действительности у возникшего озлобления несколько источников. С одной стороны, таким источником выступил сам процесс реформ. Многие чувствовали — пусть это чувство и было обманчивым, — что правительство, проводящее в жизнь реформы, никак с ними не консультируется, а те, с кем консультации все же проводились, считали, что их взгляды и мнения не принимались во вни-

мание. Главной задачей стала сама скорость изменений. В число реформ вошло расширение выбора пациентами плановых операций, новая система оплаты услуг больниц, новые формы поставщиков, в том числе фондовые трасты и независимые лечебно-диагностические центры, серьезная программа, связанная с информационными технологиями, а также плохо распланированная реорганизация институтов. Все это происходило почти одновременно, вызвав значительное недовольство среди многих работников НСЗ.

Но также в озлоблении отражалась общая обеспокоенность направлением реформ. Профессиональные медики всю жизнь считали себя теми, у кого есть право на значительную автономию, причем не только в чисто медицинских вопросах, но и в организационных. Консультирующие специалисты привыкли, что в больницах у них есть своя собственная вотчина, в которой они безраздельно царствуют. Врачи общей практики (по крайней мере в Британии) — это независимые бизнесмены, управляющие своими малыми предприятиями. Даже у медсестер, хотя они не так могущественны, как врачи, есть подвластные им территории, особенно в больничных палатах.

Однако автономия уже давно находится под угрозой — по крайней мере в Англии. Больше власти приобрело руководство больниц (хотя руководителям еще предстоит пройти долгий путь, прежде чем они действительно смогут управлять врачами-консультантами). Навязывание сверху системы постановки целей и оценки результатов заставило и управленцев, и профессиональных врачей ограничить свою деятельность тем, чего хочет правительство, существенно сузив свободу собственных действий в других областях. Даже в клинических вопросах прерогативы врачей были ограничены

правительственными директивами, указывающими, какое лечение можно применять и какие лекарства выписывать.

Сегодня в Великобритании целевые показатели постепенно выходят из моды. Однако профессиональные врачи столкнулись с другой серьезной угрозой своей власти и автономии — квазирынком специализированной медицинской помощи (и, все больше, амбулаторно-поликлинической помощи), выстраиваемым правительством в качестве некоей замены управления производительностью. Расширение выбора пациентов, усилившееся давление со стороны фондовых трастов и подрядчиков из независимого сектора, появление новых поставщиков общих терапевтических услуг — все это означает, что, если организация желает оставаться на плаву, она должна значительно изменить как собственную структуру, так и клинические практики. Дисциплина рынка приходит на смену дисциплине целевых показателей.

Но, с точки зрения профессиональных врачей и всех работников НСЗ в целом, переход от целевых показателей к рынку должен быть улучшением. Как мы уже видели в предыдущих главах, режим административного управления, при котором спущенные сверху целевые показатели соединяются с вертикальной оценкой результатов, ведет к расхолаживанию и деморализации. Он предполагает меньше свободы действий, чем работа в качестве автономного агента в рыночном контексте, то есть при нем гораздо меньше инициативы и гораздо больше указаний.

Оборотная сторона большей свободы заключается, конечно, в меньшей защищенности. Но ее не стоит преувеличивать. Люди теряют свои места и в системах административного управления, причем зачастую с меньшими возможностями найти

новую работу, чем при рыночной системе. Также маловероятно, чтобы в мире, где не хватает врачей и медсестер, профессиональный медик, потерявший работу в результате закрытия его больницы или поликлиники, надолго останется без работы.

В целом профессионалы и управленцы, работающие в общественном секторе, очевидно, предпочли бы модель доверия. Ни одному профессионалу не нравится, когда ему говорят, что делать, — будь то правительство или потребители. Но если модель доверия недоступна, разумно предположить, что профессионалы предпочтут работать в контексте квазирынка, чем под гнетом административного управления. Возможно, когда медсестры НСЗ на собственном опыте убедятся в преимуществах свободного рынка (на момент написания данной книги для многих из них это было еще вопросом будущего), они согласятся с этим.

## ПОТРЕБИТЕЛИ

Во второй главе взгляды потребителей на выбор анализировались достаточно подробно, так что здесь мы мало что можем добавить. Как мы видели, большинство потребителей, видимо, хотят располагать выбором общественных услуг — особенно потребители из менее обеспеченных и менее привилегированных слоев общества, что многих удивляет. Однако те, кто якобы представляет потребителей, не всегда согласны с этим. Например, Британская ассоциация потребителей, похоже, сопротивляется расширению потребительского выбора в общественном секторе. Их доклад о выборе, на который мы ссылались ранее, глубоко враждебно настроен по отношению к данной идее и потому сосредоточен главным образом на проблемах

выбора и конкуренции, выражая скепсис по отношению к тем преимуществам большего выбора, которые отстаиваются его сторонниками (Which? 2005). Такая позиция немного смущает, но ее можно объяснить тем фактом, что большинство потребительских организаций состоят в основном из представителей среднего класса, так что авторы и читатели подобных докладов уже могут получить все, что им нужно от общественного сектора, не испытывая никакой потребности в распространении выбора на менее удачливых соотечественников.

В суматохе политических споров интересы потребителей, особенно неимущих, зачастую выпадают из виду. Это нежелательный эффект с точки зрения как всего общества, так и политической системы. Поскольку общественная услуга предназначена для обслуживания всего общества, только само общество может решить, насколько успешны данные услуги.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на популярность среди потребителей (хотя и не среди тех, кто говорит от их имени), у программ, направленных на внедрение потребительского выбора и конкуренции поставщиков, в политическом мире друзей немного. Левые социал-демократической направленности инстинктивно испытывают к ним отвращение. Правые консервативного или либерального крыла считают, что такие программы остаются частью аппарата большого правительства или «государства-няньки», которое им так ненавистно. Поставщики боятся потери власти, которой им грозит потребительский выбор, а также неопределенности, связанной с конкуренцией.

Однако всем остальным группам такая политика выгодна. Если ее правильно выстроить, она позволит достичь социал-демократических целей, таких как равенство и социальная справедливость, причем сделать это лучше, чем альтернативные механизмы, например голос. Они способны обеспечить эффективные и непатерналистские общественные услуги, избегая свойственных консервативной критике государства всеобщего благосостояния упреков в растрате бюджета и излишнем дирижизме. В системе квазирынка поставщики могут действовать свободно и внедрять инновации, чего не позволяют другие модели, особенно связанные с постановкой целей и оценкой результатов. Благодаря расширению потребительского выбора они могут гарантировать более качественные, более отвечающие потребностям потребителей услуги, чем иные модели.

Основное содержание политического аргумента выявляется лишь в сравнении с альтернативными моделями. Задача правительства, защищающего программу выбора и конкуренции, как и задача его советников, — использовать теорию и эмпирические данные для того, чтобы доказать всем заинтересованным группам не то, что эти программы обеспечат совершенные услуги, а то, что они в общем и целом позволят предоставлять более качественные, более отвечающие нуждам, более эффективные и более справедливые услуги, чем любые альтернативные варианты. Надеюсь, что данная книга внесет свой вклад в доказательство этого.





## Послесловия



# С АМЕРИКАНСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

АЛЕН ЭНТХОВЕН<sup>1</sup>

У американского и британского народов много общего, но это не только общий язык, демократия и принцип главенства закона, но также беспокойство качеством общественных услуг, особенно начальной и средней школ, а также здравоохранения. Проблемы здравоохранения на двух берегах Атлантики различаются. Расходы на американские программы Medicare и Medicaid становятся все менее управляемыми, тогда как расходы британской НСЗ все же удается контролировать. Однако у людей в обеих странах есть все основания беспокоиться из-за качества медицинских услуг, а также их подотчетности и оперативности. Похожие проблемы у нас и в образовании: многие дети заканчивают школу, не приобретя тех навыков, которые необходимы для продуктивной работы в глобальной экономике XXI века.

В ходе опроса общественного мнения в Великобритании людей спрашивали, какими словами они могли бы охарактеризовать современные британские общественные услуги. Чаще всего респонденты использовали эпитеты «бюрократический», «раздражающий», «безликий», «трудолюбивый», «нереагирующий», «неподотчетный». Гораздо реже

---

1. Алэн Энтховен — заслуженный профессор государственного и частного управления в бизнес-школе Стэнфордского университета.

они говорили о «дружественных», «эффективных», «честных» и «открытых» услугах. Я бы не удивился, если бы узнал, что похожие результаты получены и в США. В действительности ежедневные сражения в Америке из-за выбора школы и реализации акта «Не забыть ни об одном ребенке» (No Child Left Behind Act) свидетельствуют о том, что большинство американцев не считают результаты работы школ удовлетворительными.

Джулиан Ле Гранд, выдающийся британский экономист, профессор Лондонской школы экономики и по совместительству советник премьер-министра Тони Блэра, проанализировал различные средства общественного контроля, которые могут применяться для совершенствования общественных услуг. Цель — достичь лучшего качества и большей эффективности, повысить степень реагирования на запросы потребителей и подотчетность, укрепить принцип справедливого распределения общественных услуг. К этим средствам относятся следующие:

- Доверие профессионалам (врачам, медсестрам, учителям), которые должны достичь этих целей.
- То, что американцы называли бы «вертикальным административным управлением», а британцы чаще называют «управлением постановкой целей и оценкой результатов».
- То, что Хиршман назвал голосом, то есть попытке изменить неудовлетворительное положение вещей за счет организации встреч, на которых выражается недовольство, и мобилизации общественного мнения.
- Выбор и конкуренция, то есть наделение потребителей или пациентов правом выбирать и создание для поставщиков стимулов, заставляющих их удовлетворять запросы потребителей.

Анализ Ле Гранда раскрывает те соображения, которые побудили премьер-министра Тони Блэра ответить на растущее недовольство общественными услугами тем, что он заставил традиционно ориентированную на «административное управление» партию лейбористов сделать акцент не на управлении постановкой целей и оценкой результатов, а на потребительском выборе и конкуренции. Он убедительно доказывает то, что системы без выбора выгодны более обеспеченным слоям общества. Например: «В целом пациенты и родители из среднего класса более четко выражают свои претензии, более настойчивы и решительны, чем люди из более бедных классов». С другой стороны, школы и клиники будут активно бороться за то, чтобы обслужить и удовлетворить бедняков, если правительство вооружит их необходимой покупательной способностью.

Анализ Ле Гранда должен заинтересовать и американских читателей, поскольку мы в Америке тоже сталкиваемся в области публичной политики с теми проблемами, которые завязаны на рассматриваемые в этой книге вопросы. Например, республиканцы и демократы-центристы выступают за выбор школ, тогда как более «либеральные» (в американском смысле слова) демократы выступают против, поскольку они предпочитают опираться на доверие и голос. Профсоюзы учителей в основном поддерживают демократическую партию, а учителя, разумеется, отдают предпочтение модели доверия. Ле Гранд обсуждает американские эксперименты с выбором школ в Милуоки и во Флориде, а также исследования экспериментов по выбору школ, проведенные экономистом из Гарварда Каролиной Хоксби.

Medicare, управляемая американским федеральным правительством программа медицинского страхования престарелых людей и инвалидов, в ближайшем будущем окажется недоступной по фи-

нансовым соображениям, поэтому реформ не избежать. Medicare основывалась на модели доверия, соединенной с системой оплаты за услуги, которая создает для врачей сильный стимул делать больше, когда меньший объем услуг привел бы примерно к тем же результатам в плане здоровья. Со временем стало ясно, что Medicare платит плохим врачам больше, чем хорошим, поскольку если врачебные ошибки привели к осложнениям или если врачам не удастся поставить правильный диагноз или выписать нужное лекарство, то Medicare платит им, чтобы они исправили созданные ими проблемы. Республиканцы и демократы-центристы, в общем, выступают за решения, которые позволяют повысить уровень выбора и конкуренции. Их идея — позволить родиться альтернативам этой ущербной системе платежей и дать им развиваться до того уровня, когда они смогут заменить «оплату за услугу». Потребители, стремящиеся за свои деньги получить нечто реально ценное, выберут именно эти альтернативы. Однако более традиционные демократы предпочитают решения, полностью полагающиеся на коллективное действие и правительство, определяющее пространство выбора. Например, конгресс, хотя он и находится под контролем республиканцев, распространил и на частный сектор ту опирающуюся на принцип компетентности модель снабжения рецептурными препаратами, которая применялась в Medicare. Лидеры демократической партии отстаивают модель, при которой правительство договаривается с фармацевтическими компаниями для установления цен на лекарства. Их логика может привести к окончательному исчезновению выбора и конкуренции в области медицинских препаратов, которыми Medicare снабжает своих клиентов.

Предложения в стиле «одного плательщика» (то есть в формате тех платежных систем, которые

напоминают канадскую модель или американскую Medicare), которым часто отдавали свои предпочтения американские политики левого толка, основываются, как правило, на логике «оплаты за услугу», создающей стимулы повышения затрат и производящей неустойчивые в финансовом отношении результаты, заставляющие правительство применять все больше мер «административного управления», таких как мониторинг строительства новых объектов, контроль за медицинскими учреждениями и, в конце концов, за «глобальными бюджетами» больниц. Канадский и британский опыт работы с глобальными бюджетами нельзя считать позитивным. В этой модели нет стимулов повышения эффективности и числа пациентов, которым оказывается помощь, так что неизбежным результатом оказывается удлинение списков ожидания и очередей. Поэтому правительство Блэра хочет перейти к большему уровню выбора и конкуренции, чтобы мотивировать реальное повышение эффективности.

У некоторых людей довольно упрощенное представление о том, что такое конкуренция. Поэтому Ле Гранд разъясняет некоторые из условий, которые должны выполняться, чтобы конкуренция породила желаемые стимулы и улучшения. Во-первых, конкуренция должна быть реальной, то есть должны существовать действительные и потенциальные конкуренты. Но этого недостаточно для того, чтобы был выбор. Согласно одному звучному выражению Маргарет Тэтчер, сказанному ею тогда, когда в НСЗ внедрялась модель внутреннего рынка», «деньги идут за пациентами». Школы и больницы привлекающие больше учеников и пациентов, должны, соответственно, получать больше ресурсов, чтобы оказывать им услуги. Должны быть доступны альтернативы, то есть, если говорить о британском контексте, пациентам с низким доходом

и их семьям должен предоставляться транспорт, если они хотят отправиться в какую-то далекую больницу, чтобы получить более качественное или более подходящее им лечение. Выбор должен быть информированным, а для этого нужны показатели качества услуг. Консультант по медицинской помощи, чья позиция была введена в Великобритании в рамках ряда экспериментов, мог бы помочь в этом. Также следует избегать «снятия сливок». Например, в Америке медицинские страховщики конкурируют друг с другом, пытаясь привлечь здоровых клиентов, которым вряд ли понадобится медицинская помощь, и избегая тех, кто в ней нуждается. Школы могут снизить собственную загрузку и отчитаться о лучших результатах, привлекая более талантливых и лучше подготовленных учеников. Ле Гранд описывает несколько способов, позволяющих справиться с данной проблемой, в том числе и корректировку системы тарифов по рискам, когда пациенты или учащиеся с высокими рисками ассоциируются с более высоким тарифом, оплачиваемым государством. Голландцы, применяющие такую систему в своем медицинском страховании, называют ее «выравниванием риска».

Книга написана ясным и доступным языком и адресована обычным читателям, интересующимся данной темой. Переход традиционно ориентированной на «административное управление» лейбористской партии к моделям потребительского выбора и конкуренции — весьма занимательная история. Я надеюсь, что в Америке многие демократы прочитают эту книгу и придут к похожим выводам. Республиканцам, предпочитающим выбор и конкуренцию, книга поможет разъяснять собственные аргументы и отстаивать свои цели.



## С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СКЕПТИКА

Дэвид Липси<sup>1</sup>

**К**ак политик, превратившийся в журналиста, а потом обратно в политика, я опытный и опасный спорщик. Моя первая мысль — броситься в атаку на противника, рогами вперед. Я думал сыграть ту же роль, когда Джулиан Ле Гранд попросил меня прокомментировать его новую книгу о проблеме выбора в общественных услугах, по которой я неоднократно критически высказывался как в частных беседах, так и публично.

Но у меня не получается. Надеюсь, что дело не только в ясности рассуждений Ле Гранда и объеме приводимых им эмпирических свидетельств, которые ослабили меня так же, как бандерильеро изматывают быка. Длинные отповеди этой книге невозможны.

Просто я согласен с Ле Грандом в том, что трех традиционных методов общественных услуг — доверия профессионалам, давления общественного мнения и голоса, административного управления (пусть и при помощи целевых показателей) — недостаточно, независимо от того, как они используются — все вместе или по раздельности. Я согласен с ним в том, что выбор и конкуренция должны играть какую-то роль. И главное, я согласен с тем, что необходима

---

1. Лорд Дэвид Липси — пэр от лейбористской партии и председатель Фонда социального рынка.

какая-то смесь всех этих элементов, поскольку главное — найти их правильное соотношение. Но здесь начинаются наши разногласия, поскольку мы делаем ставку на разное: он (и как ученый, и как советник правительства) — ярый сторонник выбора, тогда как я отношусь к выбору довольно скептически.

Я скептичен к выбору и в частном секторе, и в общественном. Самый слабый из аргументов в защиту увеличения выбора в общественном секторе состоит в том, что, раз у людей есть выбор, когда они делают покупки в Tesco, значит, они должны выбирать и больницы со школами. На самом деле, как показал в своей полемической работе «Парадокс выбора» американский ученый Барри Шварц, выбор для потребителей часто оказывается причиной замешательства и неудовлетворенности. Шварц приводит данные, которые, к примеру, показывают, что, когда людям предлагается несколько сортов ветчины, они в большинстве случаев совершают покупку, а когда их тридцать или больше, они ничего не покупают.

Если бы мне надо было назвать какую-то одну причину всех бед современного Запада, я бы назвал именно эту. Как отметил Энтони Гидденс, наше поколение — первое, которое не смотрит на жизнь как на проявление слепого рока. Однако мы слишком уклонились в противоположную сторону, свято веря в то, что нам доступна полная автономия. В действительности выбор дорог (поскольку он требует изучения соответствующей информации) и часто разочаровывает (мы больше злимся тогда, когда наш выбор себя не оправдывает, чем когда страдаем от ударов судьбы).

Существует два главных аргумента в пользу выбора. Один — либертарианский: выбор хорош сам по себе, поскольку он доставляет людям удовольствие и делает их счастливее. Другой — инструментальный: выбор — это способ повысить эффектив-

ность и стимулировать инновации. Два этих аргумента могут применяться как к общественному, так и к частному сектору. Мне гораздо больше нравится инструментальный аргумент, чем либертарианский, поэтому я одобряю расширение выбора, обосновываемое именно им, а не идеями либертарианцев.

Противники выбора в общественных услугах часто используют плохие аргументы. Например, в своей загадочной книге политический философ Дэвид Маркванд утверждает, видимо, то, что некоторые вещи публичны по своей природе, а потому превосходят остальные в нравственном отношении. С другой стороны, был сформирован сильный союз из многих профсоюзов, который вроде бы выступает за защиту общественных услуг, но на деле отстаивает лишь интересы тех сотрудников, которые их оказывают. Ле Гранд не уделяет таким слабым аргументам слишком много внимания. Однако, хотя он честно спорит с тем аргументом о пороках выбора, которые я развил раньше (Lipsey 2005), он не считает его важным настолько, насколько он действительно того заслуживает.

В общем, я с недоверием отношусь к аналогиям между общественным сектором и работой рыночного сектора. Действительно, рыночный сектор предполагает выбор, однако этот выбор все равно ограничен. Потребители на рынке имеют дело с бюджетными ограничениями, то есть собственными доходами, а также набором цен. Индивиды, получающие услуги в общественном секторе, с такими бюджетными ограничениями не сталкиваются. Они могут свободно требовать большего и даже сопротивляться каким бы то ни было увеличениям налогов, которые могли бы покрыть расходы на данные услуги. Поэтому рыночные аргументы напрямую не приложимы к общественному сектору, так что невидимая рука Адама Смита — это совсем о другом.

Точнее, в экономической теории, поддерживающей модель выбора, есть три изъяна. Они связаны с экстерналиями (выбор может повлечь за собой значительные издержки или выгоды для того, кто не совершает выбор), субъектом действия (модель выбора работает только в том случае, если индивиды выбирают нечто для самих себя), а также с информационными издержками. Ле Гранд, насколько можно понять, не отвергает трудности, но не считает их слишком важными.

Но один из примеров, приведенных в данной книге, доказывает обратное. Ле Гранд говорит, что и средний класс, и рабочие хотят получить выбор в сфере образования. Вопрос в следующем: будут ли они использовать этот выбор в разных целях? Например, люди из среднего класса, возможно, хотят, чтобы их дети добились успеха в жизни, а рабочие — чтобы им было хорошо в школе. Также представители среднего класса, поскольку у них на семью обычно приходится по два автомобиля, обычно готовы к тому, чтобы возить детей в хорошую школу, которая окажется недоступной для семьи рабочих с одной машиной или вовсе без нее.

Ле Гранд соглашается с тем, что у нас «удивительно мало» данных относительно критериев, используемых родителями при совершении выбора. Он приводит результаты одного исследования, проведенного Энн Уэст и ее коллегами из ЛШЭ, которые указывают на то, что родители из разных классов почти не отличаются в своем желании того, чтобы их дети продолжили образование. Однако ситуация такова, что дети из средних классов обычно заканчивают более качественные школы, чем дети рабочих, а потому существует вероятность, что расширение выбора только усилит разницу.

И это позволяет со всей ясностью увидеть два экономических изъяна в модели выбора. Во-пер-

вых, возникает проблема экстерналий. Совершая выбор, родитель-рабочий создает для общества два вида внешних издержек: уменьшение ВВП (поскольку их дети немногого добьются на будущей работе) и уменьшение социальной мобильности (поскольку дети не будут стремиться войти в средний класс). Что касается субъекта действия, здесь тоже есть двусмысленность, поскольку люди решают за своих детей. Родители из среднего класса иногда подвергают своих детей душевной и физической пытке под названием «школа-интернат», надеясь, что из нее они выйдут с такой подготовкой, которая позволит им заработать достаточно, чтобы содержать своих родителей в старости.

Существуют и информационные издержки. Если человек заболел, захочет ли он тратить дни на изучение списков врачей, пытаясь выяснить, какой из них с меньшей вероятностью убьет его на операционном столе? А если информация сложна или просто неверна? Например, любой хирург может подправить свое резюме, отказывая в операции наиболее тяжелым из пациентов. Конечно, пациентам могут помогать консультанты по выбору (на самом деле они всегда существовали, но раньше назывались врачами общей практики). Это может снизить информационные издержки пациента, которые, однако, в таком случае просто перекладываются на общество в целом. Как пишет Шварц, американские исследования показывают, что 65% людей говорят, что они хотели бы выбирать лечение в случае, если они заболеют раком, однако только 12% раковых больных утверждают, что хотят той же свободы.

Наконец — и это самый спорный момент аргументации — существует проблема справедливости. Общественные услуги потому и являются общественными, что мы хотим, чтобы они распределялись

более справедливо, чем доход. Мы не против, если плутократ может есть больше икры, чем мусорщик, но мы надеемся на то, что последний получит (по крайней мере) не меньше врачебной помощи, чем первый. И многие опасаются того, что в случае введения выбора средние классы смогут заполучить львиную долю общественных услуг, подобно тому как это имело место с частными благами.

Конечно, аргумент критиками выбора часто преувеличивается. Они утверждают, что общественные услуги носят эгалитарный характер, но не уделяют достаточно внимания эмпирическим данным, а последние (в сфере здравоохранения и образования) указывают на то, что острые локотки среднего класса неплохо работают и в той якобы справедливой системе, которая у нас есть. Чтобы выработать более уравновешенную позицию, необходимо изучить имеющиеся данные. Понизится или повысится равномерность распределения услуг в результате введения выбора и конкуренции в этот сектор? Если она понизится, можно ли заплатить такую цену за повышение эффективности и за сохранение обширной политической базы сторонников качественных общественных услуг?

В теории существуют механизмы, способные сгладить любые возникающие неравенства. Например, Ле Гранд предлагает набросок схемы работы с детьми, стоящими на учете (ранее они еще назывались трудными детьми), в которой принявшие их школы должны получать больше государственных денег. В принципе, такую схему я могу только приветствовать, хотя у меня и есть кое-какие политические сомнения, ведь положительная дискриминация в использовании государственной казны обычно не находит поддержки у избирателей.

Эти и другие пункты программы «выбора и конкуренции» показывают, что слабым местом на прак-

тике оказывается именно цепочка осторожных экспериментов, избирательного внедрения и тщательных, подробнейших исследований. Я мог бы подумать, что увеличение выбора, скорее, окажет антиэгалитарный эффект на образование, а потому, вспоминая о своих больше теоретических, чем политических, убеждениях, я приветствую эксперимент Брайтона с жеребьевкой при распределении школьных мест, поскольку вижу в нем изобретательный способ справиться с данной проблемой. Я думаю, что прямые платежи будут хорошо работать в лечении хронических больных, что выбор врача общей практики улучшит амбулаторно-поликлиническую помощь, но вряд ли хорошо рекомендует себя в плановой хирургии. Однако это в конечном счете мои субъективные, более или менее информированные, убеждения. Только время и опыт могут нас рассудить.

Пока же сторонникам выбора стоит сохранять интеллектуальную честность, когда они нападают на не очень умные доводы своих противников, и одновременно скромность в заявлениях о том, чего позволяет достичь их программа. Нынешнее правительство может сослужить себе дурную службу, преподнося реформу общественного сектора как своеобразный крестовый поход или как азартный набег на неисследованную территорию, не подкрепленный хорошими картами. Джулиан Ле Гранд работал старшим советником Тони Блэра, и я уверен, что его доклады руководству были написаны в том же рассудительном тоне, который мы слышим в данной книге. И если я прав, он не виноват в том, что мессианские устремления этого правительства грозят крахом всем тем программам, которые позволяют сделать совсем немало, хотя они и не являются панацеей.





## ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ДАЛЬНЕЙШЕГО ЧТЕНИЯ

**Б**ольшая часть работ по темам, затронутым в данной книге, представлена в виде статей, наиболее важные из которых приведены в библиографии. Здесь мы перечислим некоторых из важнейших книг и монографий, которые могут пригодиться читателю, пожелавшему более подробно изучить аргументы, изложенные в нашей книге.

Некоторые общие принципы и исследования, на которых строится основная идея книги, можно найти в моей работе: Le Grand 2003. К важным ее предшественникам я отношу такие работы, как: Schultze 1977 и Pinker 1971, 1979.

Существуют не так много специальных работ по выбору и конкуренции. Среди них выделяется книга Адама Лента и Натали Аренд (Lent and Arend 2004), в которой приводится полезная сводка основных аргументов за и против выбора и конкуренции, а также работа Прабхакара (Prabhakar 2006), где можно найти полезное обсуждение альтернативных форм организации, применимых к предоставлению общественных услуг.

Интересующиеся общим подходом британского правительства к реформе общественных услуг могут прочесть хороший обзор Стратегического совета премьер-министра (PMSU 2006b). Полезная критика этого подхода содержится в докладе Выборного комитета по государственному управ-

лению палаты общин (House of Commons Public Administration Select Committee Report 2005).

По вопросу здравоохранения начать стоит с пионерской работы в области рыночно ориентированных реформ таких государственных систем, как британская НСЗ: Alain Enthoven 1985, 1999, 2002. Как отмечается в тексте книги, данные по влиянию выбора и конкуренции исследуются в следующих двух работах: Proper et al. 2006; Fotaki et al. 2006. Данные, относящиеся к США, можно найти в книгах: Gaynor 2006; Van Beusekon et al. 2004, а европейские (довольно немногочисленные) данные — в работе: Dixon and Thomson 2006. Всесторонний обзор вопросов, связанных с выбором и справедливостью, см. в: Farrington-Douglas and Allen 2005. Наша книга во многих отношениях пересекается с другой, довольно провокативной работой: Spiers 2003. Хорошее обсуждение аргументов и данных относительно приватизации общественного сектора в целом можно найти в работе: Vickers and Yarrow 1988, а по приватизации больниц в: Preker and Harding 2002. Альтернативную точку зрения см. в: Pollock 2005.

Великолепный обзор споров по выбору в образовании дается в: Gorard et al. 2003. Данные, относящиеся к выбору школ, суммируются в работах: Williams and Rossiter 2004; PMSU 2006a; Burgess et al. 2005. Обсуждение проблем, связанных с выбором средних школ, см. в: Wood 2005. Альтернативный взгляд на идеи, изложенные в нашей книге, см. в: Crouch 2003.

## БИБЛИОГРАФИЯ

- Смит, А. 2007. Исследование о природе и причинах богатства народов. М.: Эксмо.
- Хиршман, А. 2009. Выход, голос и верность. М.: Новое издательство.
- Шварц, Б. 2005. Парадокс выбора. М.: Добрая книга.
- Abildgaard, J., and T. Vad. 2003. Can vouchers work for health? The Scandinavian experience. *Progressive Politics* 2:35–40.
- Alvarez-Rosete, A., G. Bevan, N. Mays and J. Dixon. 2005. Effect of diverging policy across the NHS. *British Medical Journal* 331:946–950.
- Anderson, R., and D. Anderson. 1999. The cost-effectiveness of home birth. *Journal of Nurse-Midwifery* 44:30–35.
- Appleby, J., and A. Alvarez-Rosete. 2005. Public response to NHS reform. In *The British Social Attitudes Survey, 22nd Report*. London: Sage.
- Appleby, J., A. Harrison and N. Devlin. 2003. *What Is the Real Cost of More Patient Choice?* London: Kings Fund.
- Audit Commission. 2004. *Choice in Public Services*. London: Audit Commission.
- Auditor General for Wales. 2005. *NHS Waiting Times for Wales. Volume 2: Tackling the Problem*. Cardiff: National Audit Office Wales.
- Bergström, F., and M. Sandstrom. 2002. School vouchers in practice: competition won't hurt you. Working Paper 578 (2002), Research Institute of Industrial Economics (IUI), Stockholm.
- Bevan, G., and C. Hood. 2006. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal* 332: 419–422.
- What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Administration* 84 (3):517–538.

- Bositis, D. 1999. National Opinion Poll-Education 1999. Washington, DC: Joint Center for Political and Economic Studies.
- Bowles, S., and H. Gintis. 1998. Efficient redistribution: new rules for markets, states and communities, In *Recasting Egalitarianism: New Rules for Communities, States and Markets* (ed. E. Olin Wright). London: Verso.
- Bradley, S., and J. Taylor. 2002. The effect of the quasi-market on the efficiency—equity trade-off in the secondary school sector. *Bulletin of Economic Research* 54:295–314.
- Bradley, S., G. Johnes and J. Millington. 2001. The effect of competition on the efficiency of secondary schools in England. *European Journal of Operational Research* 135:545–568.
- Burgess, S., and A. Briggs. 2006. School assignment, school choice and social mobility. Centre for Market and Public Organisation, Discussion Paper DP 06/157. University of Bristol.
- Burgess, S., C. Propper and D. Wilson. 2005. Will More Choice Improve Outcomes in Education and Health Care? The Evidence from Economic Research. University of Bristol: The Centre for Market and Public Organisation.
- Burgess, S., B. McConell, C. Propper and D. Wilson. 2007. The impact of school choice on sorting by ability and socio-economic factors in English secondary education. In *Schools and the Equal Opportunity Problem* (ed. L. Woessman and P. Peterson). Cambridge, MA: MIT Press.
- Caton, H. 2006. The flat-pack patient? Creating health together. *Patient Education and Counseling* 62:288–289.
- Centre for Economic Performance. 2006. The Depression Report. London School of Economics.
- Chamberlain, T., S. Rutt and F. Fletcher-Campbell. 2006. Admissions: Who Goes Where? Messages from Statistics. Slough: National Foundation for Educational Research.
- Chater, D., and J. Le Grand. 2006. Looked After or Overlooked? Good Parenting and School Choice for Looked After Children. London: Social Market Foundation.
- Coast, J. 2001. Who wants to know if their care is rationed? Views of citizens and service informants. *Health Expectations* 4:243–252.
- Coulter, A. 2002. The Autonomous Patient: Ending Paternalism in Medical Care. London: The Nuffield Trust.

- Coulter, A., N. Le Maistre and L. Henderson. 2005. Patients' Experience of Choosing where to Undergo Surgical Treatment – Evaluation of the London Patient Choice Scheme. Oxford: Picker Institute.
- Crilly, T., and J. Le Grand. 2004. The motivation and behaviour of hospital trusts. *Social Science and Medicine* 58:1809–1823.
- Crouch, C. 2003. Commercialisation or Citizenship: Education Policy and the Future of Public Services. London: Fabian Society.
- Cullen, J. B., B. Jacob and S. Levitt. 2000. The impact of school choice on student outcomes: an analysis of the Chicago public schools. NBER Working Paper 7888, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Dale, S., R. Brown, B. Phillips, J. Schore and B. Lepidus Carlson. 2003. The effects of cash and counseling on personal care services and Medicaid costs in Arkansas. *Health Affairs* November: 566–575.
- Damiani, M., J. Dixon and C. Propper. 2005. Mapping choice in the NHS: cross-sectional study of analysis of routinely collected data. *British Medical Journal* 330:284.
- Dawson, D., R. Jacobs, S. Martin and P. Smith. 2004. Evaluation of the London Patient Choice Project: system-wide impacts. Final Report. Report by the Centre for Health Economics, University of York.
- Denham, C., and I. White. 1998. Difference in urban and rural Britain. *Population Trends* 91:23–34.
- Department for Education and Skills. 2001. Statistics of Education: Public Examinations GCSE/GNVQ and GCE/AGNVQ in England 2000. London: Department for Education and Skills ([www.dfes.gov.uk/rsgateway/DB/VOL/v000279/vol02-2001.pdf](http://www.dfes.gov.uk/rsgateway/DB/VOL/v000279/vol02-2001.pdf)).
- Department for Education and Skills. 2005. Higher Standards: Better Schools for All. More Choice for Parents and Pupils (CM 6677). London: TSO.
- 2006a. Care Matters: Transforming Lives of Children and Young People in Care (CM 6932). London: TSO.
- 2006b. GCSE and Equivalent Results and Associated Value Added Measures in England, 2004/2005 (Final). London: Department for Education and Skills ([www.dfes.gov.uk/rsgateway/DB/SFR/s000664](http://www.dfes.gov.uk/rsgateway/DB/SFR/s000664)).

- Department of Health. 2003. Building on the Best: Choice, Responsiveness and Equity in the NHS. London: TSO.
- 2005a. Chief Executive's Report to the NHS: December 2005. London: Department of Health.
- 2005b. Expert Patients Programme: Internal Evaluation. London: Department of Health ([www.expertpatients.nhs.uk/public/cms/uploads/evaluation%20headlines%20140605%20final.pdf](http://www.expertpatients.nhs.uk/public/cms/uploads/evaluation%20headlines%20140605%20final.pdf)).
- 2005c. Independence, Well-Being and Choice: Our Vision for the Future of Adult Social Care in England. The Social Care Green Paper. London: TSO.
- 2006. Better Care for Patients: ISTCs—The Story So Far. London: Department of Health.
- Diamond, P. 2006. Efficiency, Public Virtue and the Delivery of World-Class Public Services. London: Policy Network.
- Disney, R., J. Haskel and Y. Heden. 2003. Restructuring and productivity growth in UK manufacturing. *Economic Journal* 113:666–694.
- Dixon, A., and J. Le Grand. 2006. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *Journal of Health Services Research and Policy* 11:162–166.
- Dixon, A., and S. Thomson. 2006. Choices in health care: the European experience. *Journal of Health Services Research and Policy* 11:167–171.
- Dixon, A., J. Le Grand, J. Henderson, R. Murray and E. Poliakoff. 2003. Is the NHS equitable? LSE Health and Social Care Discussion Paper 11, London School of Economics.
- Dixon, A., J. Le Grand, J. Henderson, R. Murray and E. Poliakoff. 2007. Is the British National Health Service equitable? The evidence on socio-economic differences in utilisation. *Journal of Health Services Research and Policy* 12 (2):104–109
- Enthoven, A. C. 1985. Reflections on the Management of the National Health Service: An American Looks at Incentives to Efficiency in Health Services Management in the UK. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- 1999. In Pursuit of an Improving National Health Service. London: The Nuffield Trust.
- 2002. Introducing Market Forces into Health Care: A Tale of Two Countries. London: The Nuffield Trust.

- 2006. Connecting consumer choice to the healthcare system. *Journal of Health Law* 39:289–305.
- Farrington-Douglas, J., and J. Allen. 2005. *Equitable Choices*. London: Institute for Public Policy Research.
- Fiske, E. B., and H. F. Ladd. 2000. *When Schools Compete: A Cautionary Tale*. Washington, DC: Brookings Institute Press.
- Foster, L., R. Brown, B. Phillips, J. Schore and B. Lepidus Carlson. 2003. Improving the quality of Medicaid personal assistance through consumer direction. *Health Affairs* (web exclusive) W3:162–175 (<http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.162v1.pdf>).
- Fotaki, M., A. Boyd, L. Smith, R. McDonald et al. 2006. *Patient Choice and the Organisation and Delivery of Health Services: Scoping Review*. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery Organisation (NCCSDO). London: SDO.
- Gaynor, M. 2006. What do we know about competition and quality in health care markets. NBER Working Paper 12301. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- General Medical Council. 2006. *Duties of a Doctor*. London: General Medical Council.
- Gibbons, S., and S. Machin. 2005. Paying for primary schools: supply constraints, popularity or congestion. Paper Presented to the Royal Economic Society Annual Conference, University of Nottingham.
- Gibbons, S., and O. Silva. 2006. *Faith Primary Schools: Better Schools or Better Pupils?* London: Centre for Economic Performance, London School of Economics and Political Science.
- Gibbons, S., S. Machin and O. Silva. 2006. *Competition, Choice and Pupil Achievement*. London: Centre for the Economics of Education, London School of Economics and Political Science.
- Glasby, J. 2007. *Understanding Health and Social Care*. Bristol: Policy Press.
- Glasby, J., and F. Hasler. 2004. *A healthy option? Direct payments and the implications for health care*. Discussion Document, National Centre for Independent Living and the University of Birmingham Health Service Management Centre.

- Glasby, J., and R. Littlechild. 2002. *Social Work and Direct Payments*. Bristol: Policy Press.
- Glendinning, C., S. Halliwell, S. Jacobs, K. Rummery and J. Tyrer. 2000. Bridging the gap: using direct payments to purchase integrated care. *Health and Social Care in the Community* 8:192–200.
- Goodwin, N. 1998. GP fund-holding. In *Learning from the NHS Internal Market* (ed. J. Le Grand, N. Mays and J.-A. Mulligan). London: Kings Fund.
- Gorard, S., J. Fitz and C. Taylor. 2003. *Schools, Markets and Choice Policies*. London: Routledge Falmer.
- Greene, J. P., and M. A. Winters. 2004. Competition passes the test. *Education Next* 4:66–71.
- Hannah, G., C. Dey and D. Power. 2006. Trust and distrust in network-style organisation: GPs' experiences and views of a Scottish local healthcare cooperative. *Accounting Forum* 30:377–388.
- Hasler, F. 2003. *Clarifying the Evidence on Direct Payments into Practice*. London: National Centre for Independent Living (NCIL).
- Hauck, K., and A. Street. 2007. Do targets matter? A comparison of English and Welsh national health priorities. *Health Economics* (16):275–290
- Hibbard, J. 2003. Engaging healthcare consumers to improve the quality of care. *Medical Care* 41 (Supplement):I–61–I–70.
- Hibbard, J., and E. Peters. 2003. Supporting informed consumer health decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Review of Public Health* 24:413–433.
- Hirschman, A. 1970. *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- House of Commons Public Administration Select Committee. 2005. *Choice, Voice and Public Services* (HC 49–1). London: TSO.
- Hoxby, C. M. 1994. Do private schools provide competition for public schools? NBER Working Paper 4978, National Bureau of Economic Research, Cambridge MA.
- 2002. How school choice affects the achievement of public school students. In *Choice with Equity* (ed. P. Hill). Stanford, CA: Hoover Press.



- 2003. School choice and school productivity (or, is school choice a rising tide that lifts all boats?). In *The Economic Analysis of School Choice* (ed. C. M. Hoxby). University of Chicago Press.
- 2005. Competition among public schools: a reply to Rothstein (2005). NBER Working Paper 11216, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Hughes-Hallet, T. 2005. At home, with cats, kids and morphine. *The Guardian*, July 7.
- Joseph, C., H. Lowry, J. Rafferty, S. Barber and V. Dseagu. 2006. *Supporting Patient Choice: Learning from Stakeholders*. Manchester: NHS Northwest Strategic Health Authority and the Council for Ethnic Minority Voluntary Sector Organisations.
- Joseph Rowntree Foundation. 2004. *Making Direct Payments Work for Older People*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Kennedy, A., C. Gately, A. Rogers and the EPP Evaluation Team. 2005. *Process Evaluation of the EPP Report II: Examination of the Implementation of the Expert Patients Programme within the Structure and Locality Contexts of the NHS in England (PREPP Study)*. Manchester: National Primary Care Research and Development Centre.
- Klein, R. 2005. The great transformation. *Health Economics, Policy and Law* 1:91–98 (reprinted in the 2006 paperback edition of Le Grand (2003)).
- Lamont, E., D. Hayreh, K. Pickett, J. Dignam et al. 2003. Is patient travel distance associated with survival on phase II clinical trials in oncology? *Journal of the National Cancer Institute* 95:1370–1375.
- Lauder, H., and D. Hughes. 1999. *Trading in Futures: Why Markets in Education Don't Work*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Leece, J., and J. Bornat (eds). 2006. *Developments in Direct Payments*. Bristol: The Policy Press.
- Le Grand, J. 1984. Equity as an economic objective. *Journal of Applied Philosophy* 1:39–51.
- 1989. Markets, equality and welfare. In *Market Socialism* (ed. J. Le Grand and S. Estrin). Oxford University Press.
- 1991. *Equity and Choice: An Essay in Economics and Applied Philosophy*. London: Harper Collins Academic.

- 2002. The Labour Government and the National Health Service. *Oxford Review of Economic Policy* 18:137–153.
- 2003. *Motivation, Agency and Public Policy: Of Knights and Knaves, Pawns and Queens*. Oxford University Press (paperback edition published in 2006).
- Le Grand, J., and W. Bartlett (eds). 1993. *Quasi-Markets and Social Policy*. Houndmills: Macmillan.
- Le Grand, J., N. Mays and J.-A. Mulligan (eds). 1998. *Learning from the Internal Market: A Review of the Evidence*. London: Kings Fund.
- Lent, A., and N. Arend. 2004. *Making Choices: How Can Choice Improve Local Public Services?* London: New Local Government Network.
- Levačić, R. 2004. Competition and the performance of English secondary schools: further evidence. *Education Economics* 12:177–193.
- Levett, R., with I. Christie, M. Jacobs and R. Therivel. 2003. *A Better Choice of Choice*. London: Fabian Society.
- Lewis, R., A. Alvarez-Rosete and N. Mays. 2006. *How to Regulate Health Care in England: An International Perspective*. London: Kings Fund.
- Lipsey, D. 2005. Too much choice. *Prospect* 117 (December).
- Machin, S., and S. McNally. 2004. *The Literacy Hour*. London: Centre for the Economics of Education.
- Marquand, D. 2004. *Decline of the Public: The Hollowing Out of Citizenship*. Cambridge: Polity Press.
- Marshall, M., P. Shekelle, S. Leatherman and R. Brook. 2000. The public release of performance data. What do we expect to gain? A review of the evidence. *Journal of the American Medical Association* 283:1866–1874.
- Martikainen, T., and S. Fredriksson. 2006. *Vaalit ja politiikka* ['Elections and politics']. City of Helsinki, Urban Facts. Research Publications 5/2006. Helsinki.
- Mayer, R., J. Davis and F. Schoorman. 1995. An integrative model of organizational trust. *Academy of Management Review* 20:709–734.
- Milligan, C., C. Woodcock and A. Burton. 2006. *Turning Medicaid Beneficiaries into Purchasers for Health Care: Critical Success Factors for Medicaid Consumer-Directed Purchasing*. Washington, DC: Academy Health.

- MORI. 2005. Survey of 2000 adults in Great Britain 18+. London: IPSOS MORI.
- National Birthday Trust. 1997. Home Births—The Report of the 1994 Confidential Enquiry. Carnforth: Parthenon.
- NHS Confederation. 2003. Fair for All, Personal to You: The NHS Confederation Response to the Choice Consultation. London: NHS Confederation.
- Noden, P., A. West, M. David and A. Edge. 1998. Choices and destinations at transfer to secondary schools in London. *Journal of Education Policy* 13:221–236.
- O'Shaughnessy, J., and C. Leslie. 2005. More Good School Places. London: Policy Exchange.
- Page, B. 2004. The impact on public expectation. In *Patient Power: The Impact of Patient Choice on the Future NHS* (ed. M. Mythen and T. Coffey). London: New Health Network.
- Palmer, K. 2005. How Should We Deal with Hospital Failure: Facing the Challenges of the New NHS Market. London: Kings Fund.
- Pfizer/MORI Health Choice Index. 2005. Public opinion on choice in out of hospital care (December 2005; см.: [www.ipsos-mori.com/polls/2005/pdf/hci051028.pdf](http://www.ipsos-mori.com/polls/2005/pdf/hci051028.pdf)).
- Pinker, R. 1971. *Social Theory and Social Policy*. London: Heinemann.
- 1979. *The Idea of Welfare*. London: Heinemann.
- 2006. From gift relationships to public policy: an odyssey along the policy paths of altruism and egoism. *Social Policy and Administration* 40:10–25 (reprinted in the 2006 paperback edition of Le Grand (2003)).
- Pollock, A. 2005. *NHS plc: The Privatisation of Our Health Care*. London: Verso.
- Porter, M., and E. Teisberg. 2006. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Prabhakar, R. 2006. *Rethinking Public Services*. Houndmills: Palgrave Macmillan.
- Preker, A., and A. Harding. 2002. *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, DC: World Bank Publications.
- Prime Minister's Strategy Unit (PMSU). 2005. *Improving the Life Chances of Disabled People*. London: PMSU.
- Prime Ministers Strategy Unit (PMSU).

- 2006a. School Reform: A Survey of Recent International Experience. London: PMSU.
- 2006b. The Uk government's approach to public service reform. Discussion paper, PMSU.
- Propper, C., S. Burgess and K. Green. 2004. Does competition between hospitals improve the quality of care? Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics* 88:1247–1272.
- Propper, C., D. Wilson and S. Burgess. 2006. Extending choice in English health care: the implications of the economic evidence. *Journal of Social Policy* 35:537–557.
- Raham, H. 2002. Decentralization and Choice in Sweden's School System: Policy Lessons for Canada. Kelowna, BC: Society for the Advancement of Excellence in Education.
- Rankin, J. 2005. A good choice for mental health. *Mental Health in the Mainstream*, Working Paper 3, Institute for Public Policy Research, London.
- Rothstein, J. 2005. Does competition among public schools benefit students and taxpayers? A comment on Hoxby. NBER Working Paper 11, 215, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.
- Scheffler, R. 1989. Adverse selection: the Achilles heel of the NHS reforms. *The Lancet* 1:950–952.
- Schultze, C. 1977. *The Private Use of Public Interest*. Washington, DC: Brookings Institution.
- Schwappach, D., and C. Koeck. 2004. Preferences for disclosure: the case of bedside rationing. *Social Science and Medicine* 59:1891–1897.
- Schwartz, B. 2004. *The Paradox of Choice: Why More is Less*. New York: HarperCollins.
- Smith, A. 1776/1964. *The Wealth of Nations*, Everyman's Library. London: Dent.
- Soderstrom, M., and R. Uusitalo. 2005. School choice and segregation: evidence from an admissions reform. Working Paper 2005:7, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU) ([www.ifau.se/upload/pdf/se/2005/wp05-07.pdf](http://www.ifau.se/upload/pdf/se/2005/wp05-07.pdf), accessed 28 September 2006).
- Spiers, J. 2003. *Patients, Power and Responsibility*. Abingdon: Radcliffe Medical Press.
- Stevens, S. 2004. Reform strategies for the English NHS. *Health Affairs* 23:37–44.

- Sutton Trust. 2005. No More School Run. London: Social Market Foundation, Policy Exchange, Sutton Trust.
- Swedish National Agency of Education. 2003. School choice and its effects in Sweden: a summary. Report 230, Lenanders Grafiska AB, Kalmar.
- Taylor, D. 2004. Valuing Choice: Dying at Home. London: Marie Curie Cancer Care.
- Thomas, S., and R. Oates. 2005. The Parent Factor Report Four: Access to Education. Auckland: The Maxim Institute.
- Titmuss, R. 1997. The Gift Relationship (new edition edited by A. Oakley and J. Ashton). London School of Economics. (First edition published in 1970.)
- Tomkins, C. 2001. Interdependencies, trust and information in relationships, alliances and networks. *Accounting Organisations and Society* 26:161–191.
- Turner, G.-M. 2005. Consumerism in Health Care: Early Evidence Is Positive. Alexandria, VA: The Galen Institute.
- Van Beusekon, I., S. Tonshoff, H. DeVries, C. Spreng and E. B. Keeler. 2004. Possibility or Utopia? Consumer Choice in Health Care: A Literature Review. Santa Monica, CA: RAND.
- Vickers, J., and G. Yarrow. 1988. Privatization: An Economic Analysis. Cambridge, MA: MIT Press.
- Waslander, S., and M. Thrupp. 1995. Choice, competition and segregation: an empirical analysis of a New Zealand secondary education market 1990–1993. *Journal of Education Policy* 10:1–26.
- Weale, A. 1983. Political Theory and Social Policy. London: Macmillan.
- West, A., and A. Hind. 2007. School choice in London, England: characteristics of students in different types of schools. *Peabody Journal of Education* 82 (2/3):498–529.
- West, A., and H. Pennell. 2003. Underachievement in Schools. London: RoutledgeFalmer.
- West, A., A. Hind and H. Pennell. 2004. School admissions and ‘selection’ in comprehensive schools: policy and practice. *Oxford Review of Education* 30:347–369.
- Which? 2005. Choice: can the government’s choice agenda deliver for consumers ([www.which.co.uk/files/application/pdf/0503choice\\_rep-445-55216.pdf](http://www.which.co.uk/files/application/pdf/0503choice_rep-445-55216.pdf)).

- Williams, J., and A. Rossiter (eds). 2004. *Choice: The Evidence*. London: Social Market Foundation.
- Witcher, S., K. Stalker, M. Roadburg and C. Jones. 2000. Direct payments; the impact on choice and control for disabled people. Central Research Unit, Scottish Executive ([www.scotland.gov.uk/cru/documents/dpdp-00.asp](http://www.scotland.gov.uk/cru/documents/dpdp-00.asp)).
- Witte, J. 1997. Achievement effects of the Milwaukee Public School Voucher Program. Paper presented to The American Economics Association Annual Meeting, 3–6 January 1997 (<http://dpls.dacc.wisc.edu/choice/aea97.html>).
- Wood, C. 2005. *Making Choice a Reality in Secondary Education*. London: Social Market Foundation.

# Книги издательства Института Гайдара, выпущенные в 2011 году:

Йозеф Шумпетер. Десять великих экономистов от Маркса до Кейнса;

Как избежать ресурсного проклятия. Под ред. М. Хамфриса, Д. Сакса и Д. Стиглица;

Джефф Малган. Искусство государственной стратегии: Мобилизация власти и знания во имя всеобщего блага;

Джон К. Богл. Битва за душу капитализма;

Джеффри Д. Сакс. Конец бедности. Экономические возможности нашего времени;

Дуглас Норт, Джон Уоллис, Барри Вайнгаст. Насилие и социальные порядки. Концептуальные рамки для интерпретации письменной истории человечества;

Как экономическая наука помогает делать нашу жизнь лучше. Под ред. Джона Сигфрида;

Грегори Кларк. Прощай, нищета! Краткая экономическая история мира;

Марк Касселл. Как правительства проводят приватизацию;

Философия экономики. Под ред. Дэниела Хаусмана;

Лайонел Ровбинс. История экономической мысли: лекции в Лондонской школе экономики

и другие

спрашивайте в книжных магазинах своего города  
и в интернет-магазинах [www.ozon.ru](http://www.ozon.ru), [www.labyrinth.ru](http://www.labyrinth.ru),  
[urait-book.ru](http://urait-book.ru), [www.books.ru](http://www.books.ru), [my-shop.ru](http://my-shop.ru), [www.zone-x.ru](http://www.zone-x.ru),  
[www.biblion.ru](http://www.biblion.ru), [read.ru](http://read.ru), [goodreads.ru](http://goodreads.ru), [www.colibri.ru](http://www.colibri.ru).

По вопросам оптовой закупки обращайтесь по адресу:  
Москва, М. Гнезниковский пер., 9/8 стр. 3а,  
тел.: (495) 629-05-54  
[sales@europublish.ru](mailto:sales@europublish.ru) (Владимир Солдатов)

*Научное издание*

Джулиан Ле Гранд  
**Другая невидимая рука:**  
предоставление общественных услуг  
на основе выбора и конкуренции

*Выпускающий редактор* Елена Попова  
*Художник* Екатерина Трушина  
*Верстка макета* Сергей Зиновьев  
*Корректор* Любовь Агадулина

Издательство  
ИНСТИТУТА ГАЙДАРА  
125993, Москва, Газетный пер., д. 3–5, стр. 1.

Подписано в печать 9.08.2011.  
Формат 84×108/32. Гарнитура ITC New Baskerville.  
Печать офсетная. Заказ № 3550

Отпечатано в типографии  
ГУП ППП «Типография „Наука“»

121099, Москва, Шубинский пер., 6