

## Социальная основа экономического роста в России

**О.С. Сухарев,**

д-р экон. наук, проф., ведущий научный сотрудник Института экономики РАН, г. Москва  
(e-mail: o\_sukharev@list.ru)

Аннотация. В статье рассматриваются итоги социального развития российской экономики за период с начала 1990-ых до 2010 года, выявляются закономерности функционирования социальных секторов национального хозяйства. Рассматривается метод анализа социальной структуры и социальной эффективности, проводится анализ социальных инвестиций на примере здравоохранения.

Abstract. In article results of social development of the Russian economy from the beginning of 1990 till 2010 are considered, laws of functioning of social sectors of a national economy come to light. The method of the analysis of social structure and social efficiency is considered, the analysis of social investments on public health services example is carried out.

Ключевые слова: экономический рост, социальное развитие, социальная эффективность, социальная структура, здравоохранение.

Keywords: economic growth, social development, social efficiency, social structure, public health services.

### 1. Экономический рост и его социальные последствия

Экономический рост далеко не всегда приносит облегчение жизни населению, вызывает удовлетворённость, обеспечивает облегчение социального бремени. В экономической истории известны случаи, когда экономический рост сопровождался увеличением неравенства. Подобная ситуация описывается так называемой кривой С.Кузнеца. Однако возможны ситуации, когда условия существования данной кривой нарушены, и закономерность Кузнеца не выполняется на тех или иных интервалах социально-экономического развития. В частности, представленные А.Сеном данные по развивающимся странам говорят о том, что равномерность распределения создаваемого в экономике дохода в сильной степени влияет на социальные результаты развития. Экономика может демонстрировать высокий темп роста национального дохода и такую же высокую его величину на душу населения, но за счёт того, что этот доход распределяется крайне неравномерно, располагать более худшей системой социального обеспечения, здравоохранения, пенсионной системой, системой образования и, как следствие, иметь более низкие индикаторы, определяющие продолжительность жизни, уровень образования и медицинского обеспечения. Иными словами, благополучие жизни в таком случае будет значительно ниже, нежели при более равномерном распределении дохода.

Для России в условиях спада производства и экономики 1990-ых гг. наблюдался эффект роста неравенства, в период начального роста и восстановления 1999-2001 уровень неравенства несколько снизился, но в дальнейшем в процессе экономического роста 2002-2008 и вплоть до 2009 г. неуклонно возрастал и по коэффициенту Джини и по фондовому коэффициенту. Эти данные говорят о прямом отклонения от зависимо-

сти С.Кузнеца и точном совпадении эффекта А.Сена, когда распределение создаваемого дохода сильно влияет на социальные индикаторы экономического развития.

Говоря о факторах экономического роста, на мой взгляд, важно отметить четыре важнейшие экономические системы, состояние которых определяют и качество экономического роста, содержание структурных изменений и темп роста. Это производственно-техническая система, представленная реальными секторами и технологическим уровнем экономики, финансовая система, институциональная система, включающая законы, правила и модели поведения, нормы, социальная система – структура общества, определяющая уровень, качество и образ жизни населения страны, направления и возможности развития человеческого капитала (рис. 1), формирующая предпочтения потребителей, определяющая спрос, состояние здоровья и квалификацию. Эти параметры определяют возможности экономического роста.

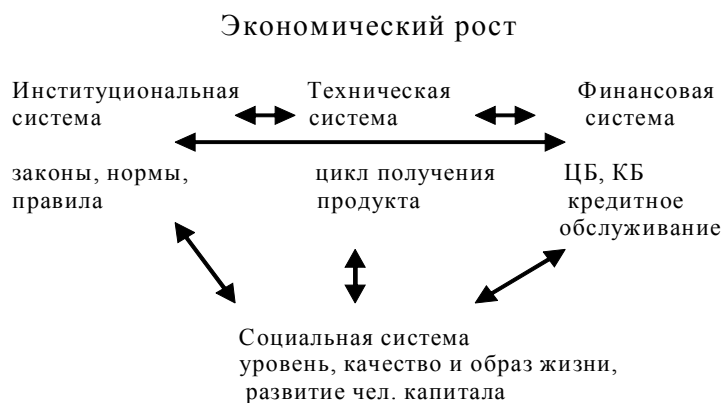


Рис. 1. Подсистемы экономики, обеспечивающие экономический рост.

При сокращении численности населения и росте величины расслоения, показатель ИРЧП

несколько возрос за годы роста 2000-2008 гг. (рис. 2).

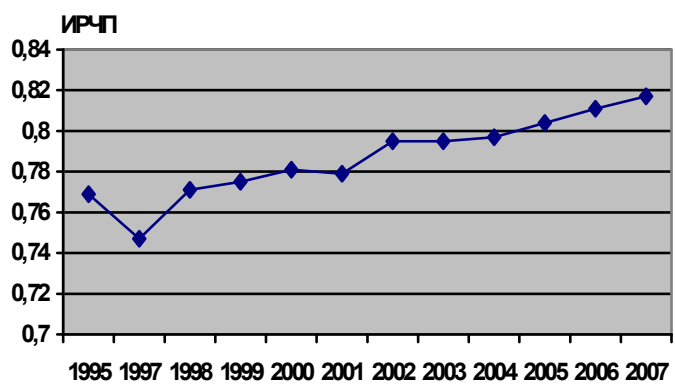
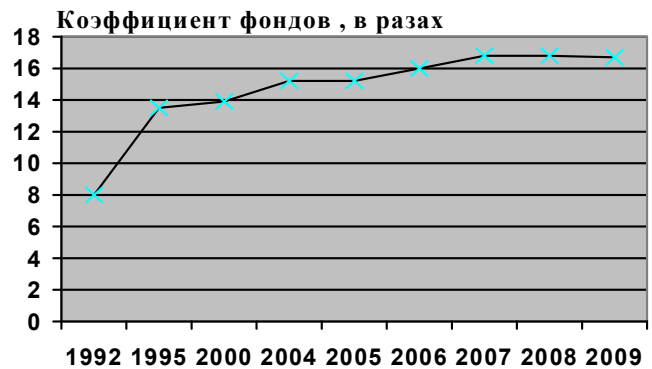


Рис. 2. Численность населения, неравенство и развитие человеческого потенциала.

Таким образом, наблюдался интересный эффект, когда сокращение численности населения при быстром росте неравенства сопровождалось повышением индекса развития человеческого потенциала.

Число трудоспособных агентов почти не изменилось, составив более 80 млн. человек, а соотношение числа пенсионеров детей изменилось. Если до 2001 года число детей превосходило число пенсионеров, то после 2001 года картина поменялась на обратную – и число пенсионеров устойчиво превышает число детей. Уровень безработицы, возраставший с 1992 до 2000 гг., затем понизился с 2000 до 2007 гг. с 7 до 4 млн. человек. Однако с 2007 года наблюдался рост безработицы обратно до 7 млн. чел до начала 2010 года. Коэффициент смертности населения на протяжении 1992-2009 гг. всегда был выше коэффициента рождаемости, а в 2009 году соотношение составило 14 против 12 на 1000 человек населения страны. Уровень общей бедности населения понизился с 2000 по 2008 гг., хотя он и остаётся весьма высоким (рис. 3). Сохраняется отрицательный прирост населения, хотя позитивным моментом является то, что этот показатель улучшился, то есть отрицательный прирост сократился (рис. 4).



Рис. 3. Уровень бедности в России 1995-2008 гг.



Рис. 4. Величина естественного прироста населения РФ.

Важно отметить, что с 1992 года по 2009 включительно среднегодовая численность занятых в экономике России сократилась с 71,9 млн. чел. до 66,9 млн. чел. Миграционный прирост населения возрос, составив в 2009 году 247 тыс. чел. Однако, этот миграционный прирост не покрывает естественный отрицательный прирост населения в 249 тыс. человек в 2009 году.

Структура физического конечного потребления домашних хозяйств за последние 15 лет практически не изменилась. Среднемесячная начисленная заработная плата в 2009 году составила 593 доллара, исходя из среднегодового официального курса доллара США в ценах соответствующего года. Расходы на покупку непродовольственных товаров составляют порядка 37% в структуре расходов домохозяйств и около 30% приходится на покупку продовольственных товаров. Учитывая, что подавляющая доля непродовольственных товаров – импортного производства, а продовольствия до 40-50% по самым скромным оценкам также поступает по импорту – можно говорить о возникновении зависимости расходов от импортной продуктовой массы.

Сложившееся качество и образ жизни населения формируют условия для инноваций – определяют потребность в инновациях, возможности их тиражирования, использования. В экономической науке известен тезис Р.Пребиша, согласно которому научно-техническое развитие в развитых странах приводит к росту реальной заработной платы и уровня жизни населения и исключает снижение цен на создаваемую продукцию. Относительно развивающихся стран наблюдается обратная динамика: реальная заработная плата не повышается, уровень жизни остаётся невысоким и не имеет устойчивой тенденции к росту, а цены на товары, особенно экспортные, имеют тенденцию к понижению относительно дорожающих импортных товаров, от которых зависят жизненный стандарт потребления данной развивающейся страны. Иными словами, формируется режим присвоения результатов научно-технического развития более богатыми и развитыми странами у менее богатых и менее развитых. Причиной становится неравенство условий торговли, а также, и что самое главное – различия в социальной структуре и исходных факторах социально-экономического и научно-технического развития. В связи с чем, стимулировать инновации при имеющемся уровне национального дохода и его распределении возможно исключительно посредством повышения стоимости рабочей силы с постепенным ростом квалифицированного труда. При этом необходимо компенсировать риски широтой рынка, то есть созданием товарной массы на внутренних рынках, причём товарной массы отечественного производства. Безусловно, общий уровень национального дохода и инструменты его перераспределения определяют

эффективность функционирования экономической системы и зададут стилистику социальных отношений, сформируют социальную структуру, которая и определит качество, образ жизни с вытекающим формированием мотиваций для действующих агентов.

Конечно, понадобятся институты, обеспечивающие восприятие инноваций всеми элементами системы, перелив ресурсов из различных секторов хозяйства с тем, чтобы развивать не транзакционные и сырьевые секторы, но и производственно-технические системы. Эффект вытеснения инновациями труда для России не будет актуальным в ближайшей перспективе, поскольку именно потеря кадров, причём высококвалифицированных, разрушение инженерных школ и производства, потеря технологий в 1990-ые гг. создали условия, когда инновации возможны только при привлечении соответствующих кадров и без них будут проблематичны. Вовсяком случае на систематической основе и в необходимом для развития экономики масштабе.

Согласно доктрине С. Струмилиной рост национального дохода есть функция простого и сложного труда. Под простым понимается труд, где нужны первичные знания о каких-либо процессах, сложным – тот труд, где требуется высокий уровень образования и соответствующие инвестиции в человека. Важно оговорить условия, при которых инвестиции в человека будут давать необходимую социальную отдачу. Эти условия определяются точками приложения человеческого капитала в экономике. Таким образом, инвестировать в человека возможно без наличия этих точек, но в таком случае эти инвестиции будут иметь либо долгосрочно ориентированный характер по отдаче, либо будут выступать аналогом безвозвратных вложений. Они в таком случае способствуют улучшению социальной структуры, будут способствовать формированию необходимой мотивации, но их общая результативность может оказаться низкой, так как любые инвестиции являются частью созданного дохода и если этот доход расходуется по каналам, имеющих долгосрочную отдачу с неясными перспективами точек приложения этого человеческого капитала, либо даже отрицательную отдачу в силу, например, оттока такого капитала за рубеж, то возникает обоснованное сомнение относительно целесообразности массированного инвестирования в человека. Следовательно, для организации экономического роста необходимого качества требуются не просто инвестиции в человека, а такие инвестиции и такого объёма – фронтально по всем объектам социальной инфраструктуры общества и социальным подсистемам (образование, наука, культура, медицина), синхронизированные с инвестициями в факторную основу развития производства и хозяйственной инфраструктуры, которые бы планомерно позволяли наращивать до-

лю интеллектуального капитала в добавленной стоимости создаваемых благ, либо новые знания, выступающие в качестве объектов торговли.

Кстати, сам человеческий капитал, может воспроизводиться стране и экспортироваться, но тогда нужны специальные инструменты торговли им, чтобы не просто готовить такие кадры для себя, но и готовить на экспорт и продавать, но не бесплатно, как это сейчас наблюдается в России, а по высокой стоимости, направляя выручку на решение проблем образования и социальной защиты внутри страны.

## 2. Метод анализа социальной структуры и социальной эффективности

Социальную эффективность можно представить через эффективность конкретных социальных секторов: образования, здравоохранения, а также секторов инфраструктурного назначения – информационного, социальной защиты и трудовых отношений. Кстати, уровень бюрократизма и «теневой» экономики будет также влиять на общее значение социальной эффективности. Здесь представим метод оценки эффективности системы здравоохранения. Системе образования будет посвящён отдельный параграф. Для того, чтобы оценить эффективность такой системы как здравоохранение, необходимо задать вопрос: зачем эта система нужна, то есть какую функцию она выполняет? Изменение эффективности системы это изменение этой функции – с позиций качественного и количественного её исполнения. Другими словами, динамика эффективности – это расширение, либо сужение дисфункциональности системы.

Эффективность здравоохранения оценивается в рамках модели «затраты – процессы – результаты». Причём результатом является спасение человеческих жизней, продление этой жизни при обеспеченной её активности, снижение уровня инвалидности и заболеваемости агентов социальной системы. Такой результат достигается как превентивными действиями, так и сугубо лечебным способом.

Однако, указанный результат зависит от исходного здоровья нации, экологической ситуации, спроса на медицинские услуги, предложения медицинских технологий, механизмов социального страхования, и даже образования, и др. С точки зрения агента здоровье есть благо, ценность которого с возрастом возрастает, а общая стоимость снижается, и в точке смерти агента здоровье как благо равно нулю (см. рис. 5). Затраты в обеспечение здоровья являются инвестициями в создание будущего дохода, поскольку с утратой здоровья снижается производительность труда, возрастают потери рабочего времени, связанные с нетрудоспособностью, либо «вялой» работой, что понижает и извлекаемый агентом доход.

Убывание здоровья с возрастом компенсируется частично ростом расходов на здраво-

охранные мероприятия. Покажем кривые изменения запаса здоровья двух агентов, которые родились с разным исходным запасом здоровья (например, это расхождение может быть генетически predetermined, либо было обусловлено режимом вынашивания и протекания родов).

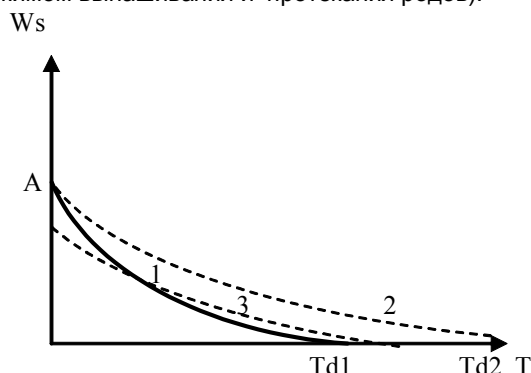


Рис. 5. Динамика функции запаса здоровья агента.

Как видно из рисунка 5, функция запаса здоровья для агентов 1-2 берёт начало в одной точке A, в случае 3 исходный запаса здоровья агентов отличается. Если запас одинаков, то агенты всё равно могут прожить период неодинаковой продолжительности – Td1 и Td2 соответственно. Ситуация с графиком 3 показывает, что имея более низкий запас здоровья по отношению к агенту 1, агент 3 проживёт несколько дольше, но меньше агента 2. Такой характер динамики функции запаса здоровья говорит о том, что агенты походят разные пути социализации, приобретают различный доход, который позволяет им по-разному ликвидировать усиливающиеся в ходе износа организма его дисфункции, что, в конечном счёте, сказывается на продолжительности жизни. Здесь не рассматривается функция запаса здоровья, которое может стать равным нулю в силу аварии. Например, агент 1 учился на отлично, что требовало значительных усилий, комнатной работы, нагрузки на глаза и нервную систему. Агент 3 учился на воздухе, быстро приобрёл работу, которая связано с полезным для организма трудом. Пересечение кривых 1 и 3 даёт точку, в которой их потенциалы здоровья сравнялись, и далее происходит разное растрачивание запасов здоровья. Так, первый агент защищает докторскую диссертацию в молодом возрасте. Если в экономике нет стимулов для такой траектории развития, то расплатится он за такое желание своим здоровьем. К тому же, связывая свою работу с наукой, агент 1 приобретает невысокий доход, а агент 3 осуществляет функцию контроля строительства объектов в лесной зоне, что способствует укреплению здоровья и гарантирует, по крайней мере, в российской экономической системе, более высокий доход. Часть дохода агенты инвестируют в здоровье, причём с каждым годом всё больше и больше, но вот в общем слу-

случае доля инвестирования дохода в такое благо как здоровье обычно не одинакова и определяется предпочтениями агентов осуществлять подобные расходы.

В любом случае при движении вправо по оси времени, ценность блага здоровье для каждого агента будет возрастать, как и функция расходов – инвестиций, если изначально рассматриваются психологически здоровые агенты. В противном случае функция ценности и запаса здоровья могут иметь совершенно иной вид. Число же заболеваний (дисфункций), а также смертность с возрастом агентов будет увеличиваться, причём этому росту, какой он мог бы быть, будут противостоять указанные инвестиции (расходы).

Помнится Дж. Хикс отмечал, что неоднородность капитала является важнейшим его свойством<sup>1</sup>. Именно это свойство не может раскрыть и объяснить экономическая наука. Что касается человеческого капитала, то оценить эффективность его ещё сложнее, поскольку он в высшей степени неоднороден. Одним из факторов, одной из причин это неоднородности выступает неодинаковая функция запаса здоровья, которая предопределяет возможности агента далее на траектории его движения (жизненного цикла) – по фазам развития и старения. К ней можно добавить функцию исходных и приобретённых способностей и знаний, а также функцию потребностей и мотивации, чтобы полностью ввести модель человека посредством этих функций в экономический анализ. Теперь уместно отметить следующее: очевидно по социальным группам (страттам) эти функции будут очень похожи, поскольку они зависят от величины среднедушевого дохода, то есть от жизненного стандарта. Используя децильное или квинтильное распределение агентов по уровню душевого дохода и, показав вид эмпирически установленных перечисленных функций для каждой децили (квинтили), найдя разницу между соседними группами по каждой группе агентов для данного возраста по этим функциям, можно ориентировочно количественно установить величину неоднородности человеческого капитала для экономической системы. Безусловно, она будет отличаться от обычной неоднородности по величине дохода – величине неравенства. Как видим, неоднородность определяется многими факторами, включая и душевой доход, который по существу есть, конечно, производная неоднородности. Именно величина этого душевого дохода определяет возможности агента в области здравоохранения, обучения, правовой защиты и др. Экономическая демократия, если быть строгим, становится в прямом смысле экономической –

– она привязана к функции дохода. И права агентов, и их возможности, потребности определяются денежным доходом. С этих позиций в существующем на сегодняшний момент мире существует денежная демократия, то есть демократия, которая детерминирована величиной душевого дохода.

Если быть строгим, то вид кривой запаса здоровья должен быть несколько иным, чем представлено на предыдущем рисунке (рисунок 2). Функция запаса здоровья будет иметь возрастающий участок, что связано с накоплением запаса здоровья и формированием потенциала здоровья в детском возрасте (см. рис. 6) на участке  $[0; T^*]$ . Период от начала  $T^*$  – это юношеский возраст агента. Вплоть до касания оси абсцисс от момента  $T^*$  функция запаса здоровья ведёт себя так же, как показано на рисунке выше. Следовательно, при расчётах можно рассматривать функцию  $W_s$  перманентно убывающую, на которой могут наблюдаться выстулы, связанные с растратой запаса здоровья, либо с восстановлением запаса здоровья в зависимости от конкретной ситуации, состояния здравоохранения и соответствующей государственной политики в этой сфере в стране.

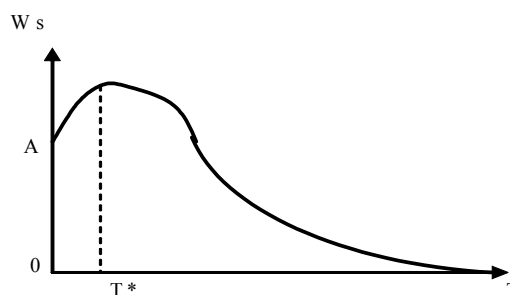


Рис. 6. Вид функции запаса здоровья агента.

Главным критерием для оценки эффективности медицинских мероприятий выступает уровень затрат (причём, социальных и частных), связанный с реализацией этих мероприятий, с учётом и возможных последствий. Это можно представить так:  $S = Pm + S_e - S_{pe}$ , где  $S$  – стоимость медицинского мероприятия,  $Pm$  – цена предлагаемого медицинского мероприятия, равная его себестоимости,  $S_e$  – стоимость побочных эффектов,  $S_{pe}$  – стоимость предотвращённых неблагоприятных медицинских последствий.

Часто используются также два критерия оценки эффективности: годы жизни с поправкой на инвалидность; годы жизни с поправкой на качество жизни. Экономически важным является оценка стоимости человеческой жизни, которая будет равна разнице затрат на обеспечение жизни и выгод, которые эта жизнь приносит к общему числу спасённых лет жизни. Можно оценивать и выгоды, которые могли быть получены,

<sup>1</sup> Хикс Дж. Движущая сила экономического роста. Нобелевская лекция // Нобелевские лауреаты по экономике: взгляд из России. – СПб: Гуманистика, 2003. – С. 124-140.

если бы человек жил, разумеется, дисконтированные, и затем вычесть расходы, связанные с поддержанием параметров жизнеспособности агента в допустимых для жизни пределах. Но, при этом, критерий становится отрицательным для пенсионеров, а для ребёнка трудно подсчитать выгоды или расходы, потому как не ясно ещё, какую социальную нишу занял бы он в будущем, какую профессию получил и каким доходом располагал. Здесь также важна проблема наследования и учёта дохода, приносимого подобным активом. Кроме этих способов, можно оценить человеческую жизнь по критерию готовности к затратам, уменьшающим вероятность смерти.

Решение проблем развития социальных секторов, особенно в условиях экономических систем отдельных регионов, мне представляется посредством так называемого социального инвестирования в широком понимании этого процесса. Социальное инвестирование – это вложе-

ния, причём не только финансового, но и организационного капитала в создание новых кадров, объектов государственного сектора и инфраструктуры. Назначение социальных инвестиций – это воспроизводство общественных благ, создание положительного экстерналичного эффекта. Причём, чем больше величина этого эффекта, тем выше результативность данных инвестиций.

Одним из важных условий осуществления социальных инвестиций является подготовка объектов, предназначенных для такого инвестирования и исходная структура социальных агентов.

За счёт правильной постановки целей, а также формирования социальной структуры агентов, возможно реализовать задачи социального инвестирования. Покажем элементарную модель, разделив систему по следующим группам агентов: работающие агенты, дети, пенсионеры, включая больных, инвалидов (см. рис 7).

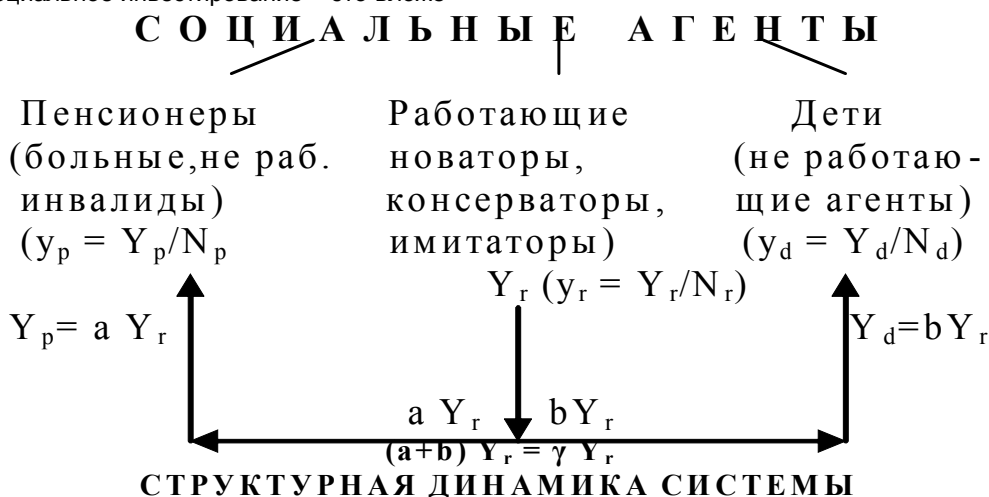


Рис. 7. Структурная динамика системы социальных агентов.

Введём следующие обозначения для рисунка 6:

-  $Y_r$  – доход, создаваемый работающими агентами, число которых  $N_r$ , а среднедушевой доход –  $y_r$ ;

-  $Y_p$  – доход, получаемый пенсионерами, число которых  $N_p$ , а среднедушевой доход –  $y_p$ ;

-  $Y_d$  – доход, который расходуется на детей, число которых  $N_d$ , а среднедушевой доход –  $y_d$ .

Причём, не весь доход, созданный работающими тратится на пенсионеров и детей, часть его расходуется на самих работающих, демонстрирующих различные модели хозяйственного поведения (новатор, консерватор, имитатор), а часть, видимо, сберегается. По крайней мере в рамках общей модели можно разложить создаваемый доход на указанные составляющие. Тогда  $a+b = \gamma$  или доля  $\gamma Y_r$  идёт на под-

держание жизнедеятельности социальных агентов, а остальная часть дохода  $(1 - \gamma)$  составляет потребительские расходы и сбережение.

Далее не трудно показать, что душевой доход пенсионеров и детей будут пропорциональны среднедушевому доходу работающих. Коэффициентом пропорциональности будет произведение доли дохода работающих агентов, поступающего для конкретной социальной группы, на отношение численности работающих агентов соответственно к пенсионерам и детям. Математически это примет форму:

$$y_p = a \frac{N_r}{N_p} y_r,$$

$$y_d = b \frac{N_r}{N_d} y_r = (\gamma - a) \frac{N_r}{N_d} y_r$$

Уровень социального благополучия социальной системы можно измерять, в частности, величиной расходов на одного агента социально незащищённых групп населения:  $U_{sb} = y_p + y_d$ . Откуда можно получить:

$$U_{sb} = \frac{aN_d + bN_p}{N_p N_d} y_r N_r = \frac{aN_d + bN_p}{N_p N_d} Y_r$$

Представив  $Y_r = (C+S)/(1-\gamma)$ , где С и S – потребление и сбережение соответственно, получим:

$$U_{sb} = \frac{aN_d + bN_p}{N_p N_d} \frac{(C+S)}{1-\gamma} = \left[ \frac{a}{1-\gamma} \frac{1}{N_p} + \frac{b}{1-\gamma} \frac{1}{N_d} \right] (C+S)$$

Введя долю числа детей и пенсионеров от числа работающих соответственно  $x_d = N_d/N_r$   $x_p = N_p/N_r$ , получим:

$$U_{sb} = \left[ \frac{a}{x_p} + \frac{b}{x_d} \right] y_r = \left[ \frac{a}{x_p} + \frac{\gamma - a}{x_d} \right] y_r$$

Таким образом, уровень социального благополучия можно рассчитать и прогнозировать, получив корреляционно-регрессионные уравнения по каждому параметру, входящему в формулу для  $U_{sb}$ , в зависимости от времени, на основе статистических данных по величине душевого дохода на одного работающего, динамике доли детей и пенсионеров в числе работающих и изменению доли расходов на социальный сектор и доли расходов на одну из социальных групп.

Приняв величину  $Y_r = 900$  млрд. долларов, а число работающих, детей и пенсионеров на 2008 года соответственно 89,7, 22,5 и 29,7 миллионов человек, получим следующие графики изменения дохода на одного пенсионера, ребёнка и уровня социального благополучия (см. рис. 8).

Как видно из рис. 8, при увеличении доли расходов на пенсионеров, при фиксированной доле социальных расходов для данного душевого дохода работающих, доход на одного ребёнка будет сокращаться, причём имеется величина  $a$ , для которой душевой доход и для пенсионеров, и для детей одинаков. Уровень социального благополучия будет снижаться по мере роста величины  $a$ , исходя из условий данной модели. Иными словами, существует проблема определения структурного соотношения между расходами на пенсионеров и детей, причём группе «дети» отдаётся явный приоритет с точки зрения критерия социального благополучия.

Подобные простейшие модели позволяют подбирать инструментарий воздействия на систему с тем, чтобы сначала выявить, а затем изменить складывающиеся негативные закономерности её структурной динамики. В свою очередь, политическая система обязана закладывать при проектировании законов какую-либо модель, чтобы потом либо менять её на новый вариант, либо усовершенствовать. Правовые

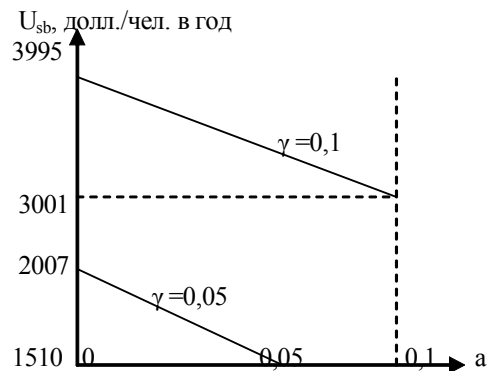
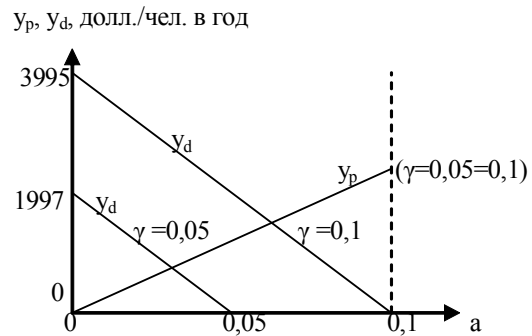


Рис. 8. Динамика структурных параметров системы.

акты и положения необходимо выстраивать исходя из принятой модели развития и целевых пропорций, иначе теряется смысл и назначение проектируемых правовых норм. Обществу нужны приоритеты, а их определение должно состоять, в том числе, и в установлении параметров  $\gamma$ ,  $a$  и  $b$ , а также уровня социального благополучия.

В экономической литературе стало традиционным применение таких индикаторов социального развития как уровень жизни, измеряемый индексом развития человеческого потенциала, качество и образ жизни. Определяющий вклад в развитие данных категорий и методов измерения внёс крупный российский экономист член-корреспондент РАН, бывший директор Минтруда СССР и Института экономики РАН Е.И. Капустин. Придерживаясь его подхода, определим указанные понятия.

Уровень жизни – степень удовлетворения материальных и культурных потребностей населения, задающих благосостояние людей (доходы населения, на душу, неравенство, ИРЧП).

Качество жизни – совокупность природно-климатических, экологических, производственно-технологических, институционально-организационных, политико-правовых и социальных условий (качество труда, безработица), в которых люди осуществляют жизнедеятельность.

Образ жизни – это целевые жизненные установки, включая идеологию (религию), население страны, вытекающие из традиций, включая правовые традиции, истории народа, организации быта, семейных отношений, формирующие модели социального поведения (сильно

определяет качество человеческого потенциала и его эффективность, результаты труда и производительность, отношение к труду, образованию, профессии, другим агентам, правительству и решениям).

Исходя из представленного содержания указанных понятий, видно, что социальное развитие и формирование социальных факторов экономического роста определяется самой жизнью, традициями и укладом быта, труда, технологичностью экономики. Экономическая наука в 20 веке предложила несколько основополагающих подходов, описывающих поведение потребителя и на этой основе объясняющих возможности повышения качества жизни. К таким подходам можно отнести теорию Дж. Дьюзенберри (1948) – теория поведения потребителя, в которой принята «гипотеза относительного дохода», теория Жизненного цикла Модильяни-Эндоу, в которой текущее потребление является функцией потребления в предшествующие периоды, абсолютного и относительного дохода (1963); теория постоянного дохода М.Фридмана (1957) – согласно которой норма потребления стабильна при сохранении богатства с поправкой на возможность наращивания потребления в будущем. Математически это представляется таким образом:

$$C = aWr + cY$$

$$a = 1/(N-T); c = (T - T)/(N-T),$$

где: C – потребление, Wr – реальное богатство, c – предельная склонность к потреблению из трудового дохода; a – предельная склонность к потреблению из богатства; Y – трудовой доход, N – число лет жизни; T – точка жизненного цикла агента, работы, T1 – общее число лет работы.

$C = c_1 Y + c_2 Y_{-1}$ , где: c1 – краткосрочная предельная склонность к потреблению, c2 – долгосрочная; Y<sub>-1</sub> – доход прошлого года.

Тем самым, данные модели связывают уровень потребления, реальное богатство, трудовой доход, число лет жизни и общее число лет трудовой деятельности агентов, предельную склонность к потреблению. Это даёт возможность оценить общее состояние социальной системы, уровень её развития. Однако, распределительные и институциональные эффекты здесь явно не учитываются.

Качество жизни и социального развития определяется доступностью разнообразных социальных функций, а возникающую бедность в современном мире можно рассматривать не только как недостаточный доход на душу населения, но и как отсутствующие или исчезающие возможности. Богатство социальных отношений определяется ещё и временем, его структурой. Если общество не умеет распорядиться временем, либо имеет такую структуры затрат времени, что приоритет получают незначимые или не столь необходимые виды деятельности или операции, то отсталость такого общества и конкурентное отставание станет неотвратимым. Причина состоит в эффективном расходовании времени. Настолько оптимально используется

время, настолько и более высокое качество жизни обнаруживается в обществе. Конечно, виды инструментальной свободы важны, согласно А. Сену (который построил свою концепцию экономики благосостояния вокруг видов инструментальной свободы), но они не являются достаточными условиями формирования качества и образа жизни, достижения необходимых параметров социального благополучия и устроенности жизни. Важность приобретает организация функционирования социальных секторов, системы правил, норм, ограничений, моделей взаимодействия, координации и управления. Известные конструкции в экономической теории, как болезнь цен У. Баумоля, якобы описывающая функционирование социальных секторов, и сводимая к тому, что в отдельных отраслях издержки производства растут быстрее, чем цены на конечный продукт, не совсем корректно описывает сектор здравоохранения, да и образовательную систему. Согласно данному эффекту платёжеспособный спрос на продукты сдерживается относительно невысокой активностью индивидуальных потребностей в этих благах, а спрос, как будто, отстаёт от возрастающих издержек производства и не позволяет переложить эти издержки на потребителя. Утверждать, что потребность в здоровье как благе невысока по меньшей мере самонадеянно. Мне представляется, что существо проблемы сводится не к соотношению роста издержек и цен (некоему запыдыванию), что по существу одно и то же, а к тому, что издержки, особенно капиталовложения в оборудование и препараты, если брать медицину, настолько велики, что они на начальных этапах ничем не могут быть компенсированы, а риски и отсутствие частного интереса являются дополнительным обоснованием отсутствия необходимого эффекта компенсации. Широта же спроса на здоровье не является фактором компенсации, поскольку действует эффект авансирования – сначала медицинская технология должна быть создана, затем апробирована и только потом растиражирована. Такое отклонение по данному эффекту даже применительно к социальным направлениям развития вызывает потребность оценки социальных инвестиций.

### 3. Возможности инвестиций в социальные секторы экономики (пример здравоохранения)

Согласно теории человеческого капитала, разработанной в 1970-ые годы М. Гроссманом и Т. Шульцем<sup>2</sup>, состояние здоровья человека представляет собой часть человеческого капитала, причём одна доля которой наследуется, другая – приобретается и восстанавливается услугами системы здравоохранения. Эта приобретённая часть изнашивается и в конце жизни

<sup>2</sup> Grossman M. The Demand for Health. National Bureau of Economic Research, Occasional Paper №119. New York: Columbia University Press, 1972. Schultz T. Investment in Human Capital: The Role of Education and of Research. - New York, 1971. Investing in People: The Economics of Population Quality. – Berkeley, 1981.



практически сводится к нулю вместе, кстати сказать, с унаследованной частью капитала здоровья. Темп износа также не является постоянным, он ускоряется к концу жизни человека. Медицина по существу бросает вызов именно этой величине – она призвана снизить темп нарастания износа и продлить человеческую жизнь. Капиталовложение в фонд здоровья человека начинаются с момента его рождения, а если быть точнее, то с момента зачатия и вынашивания его матерью. Конечно, здоровье человека в сильной степени зависит от здоровья матери и условий протекания беременности. Расходы на воспитание ребёнка, обучение – это те же вложения в человеческий капитал, тем более, если понимать под ним совокупность приобретённых знаний, навыков, умений, опыта, создающих возможности для получения дохода в будущем.

Если человек здоров, трудится и создаёт доход, то в этот период происходит расходование капитала «здоровье» и повышается вероятность наступления периода «нездоровья», когда потребуются дополнительные расходы в восстановление прежнего уровня здоровья, либо поддержания его на более низком, но приемлемом уровне, чтобы исключить дальнейшее и, вероятно, лавинообразное сокращение этого капитала. Здесь возникает межвременная проблема распределения капитала. Нужно ли человеку осуществлять изъятия из получаемого дохода в период «здоровья», чтобы создать страховой пояс на период «нездоровья», или же можно надеяться на осуществляемые налоговые отчисления государству, которое обязано обеспечить каждого индивида необходимым уровнем и качеством медицинской помощи? Технологический прогресс в медицине привёл к существенному увеличению продолжительности жизни людей, снижению детской смертности в мире. Увеличение продолжительности жизни, бесспорно, является тем фактором, который удлиняет срок хозяйственной активности населения со всеми вытекающими последствиями для экономического роста и инвестирования. В среднем возрастает и производительность труда, увеличиваются расходы на образование, вложения в детей. Но все эти перечисленные позитивные моменты обладают высокой полезностью только в одном случае, когда время «нездоровья» при этом сокращается. Если жизнь продлена, но люди проводят её в болезнях и вынуждены тратить большую часть личного дохода на то, чтобы поддерживать свой жизненный тонус и не давать ему снизиться, тогда перечисленные успехи не будут столь очевидны.

Если бы все люди, живущие на земле, были здоровы, то их общая производительность труда при прочих равных условиях, была бы явно выше. То же относится и к продолжительности жизни. Создаваемый валовой продукт был бы также выше по величине. Качество жизни было бы неизмеримо выше, а потребности в медицине, вероятно, не существовало. Но тогда трудно было бы объяснить, от чего люди умирают. Тогда, осуществляя инвестиции в повышение здоровья, то есть, приближаясь к некой точ-

ке, в которой здоровы все, эти вложения направлены на то, чтобы обеспечить более высокий ВВП для людей, живущих больший срок. Результативность таких инвестиций определится приростом ВВП, отнесённым к величине вложений за период (в дисконтированном варианте) плюс тот дополнительный ВВП, который будет создан от продления жизни с учётом текущих затрат на обеспечение стариков. Причём, видимо, необходимо эти затраты вычитать, да и принимать в рассмотрение реальный или чистый создаваемый продукт и его прирост. Проблема статистического учёта различных статей в ВВП очень важна, так как рост медицинской отрасли, вызванный ростом заболеваемости, будет учтён со знаком «плюс» в статистике ВВП, а на самом деле это может быть отражением высокой аварийности экономики и/или сопровождаться сокращением продолжительности жизни (либо быть действием иных факторов).

В своей фундаментальной статье «Проблема социальных издержек», опубликованной в октябре 1960 года в «Journal of Law and Economics» Рональд Коуз, на мой взгляд, не даёт правомерного представления (полного) о социальных издержках, не раскрывает в необходимом объёме их связи с задачами и инструментами социальной политики. Видимо, такая задача и не ставилась. Кроме того, его система рассуждений ничего не проясняет в части проблемы недопроизводства социальных функций. Эту проблему уже нельзя объяснить простым «экстернальным эффектом», трактуя ситуацию как не достижение рыночного равновесия по причине изъянов рынка, возникающих в силу желания агентов переложить издержки на третью, не участвующую в конкретной сделке, сторону. Поскольку данная проблема имеет не только микроэкономическую основу, вытекающую из мотивации агентов, но и макроэкономическую – системную, где важную роль начинают играть «социальные разрывы», объясняющие недопроизводство продукта и социальных функций, постольку необходимо обозначить представления о том, что понимается под экономическим разрывом.

Этот теоретический подход исходит из того, что экономика может функционировать в условиях относительно полной занятости ресурсов. Создаваемый национальный доход обычно называют потенциальным, и он отличается от фактического дохода. Эта разница и получила наименование «разрыва в ВВП», а сама величина «разрыва» вошла в закон А.Оукена, гласящий, что если фактический ВВП отстаёт от потенциального на 1%, тогда фактическая безработица будет превышать естественную норму (безработицу при полной занятости) в среднем на 2,5%. Если бы люди были все здоровы, то они производили бы больший валовой продукт.

Здесь важно понять, что недопроизводство ВВП является условием возникновения дополнительной безработицы, то есть напрямую затрагивает уровень социальной проблематики. Важны, конечно, условия недопроизводства ВВП. Можно уверенно констатировать, что ВВП

недопроизводится в силу наличия ряда важных причин, являющихся имманентными социальными составляющими развития. В частности, национальный дивиденд был бы явно больше, если бы существовала система всеобщего высшего образования и большее число людей имело равный доступ к высоким медицинским технологиям, если бы распределение продукта было бы более равномерным. Иными словами, недоучёт элементов «качества жизни», или параметров соответствующего вектора, задающего образ жизни – приводит к относительно более низкой величине валового национального продукта и дохода. Поэтому и становится возможным ввести представление о «социальных разрывах», обеспечивающих недостачу ВВП. Конечно, ликвидация этих разрывов представляет основное содержание социальной политики. При этом нужно учитывать, что существование социальных разрывов может являться тем буфером, который создаёт запас прочности для всей социальной системы. Стратегические цели экономической политики и развития можно формулировать в терминах преодоления, либо снижения глубины «экономического разрыва». Здесь возникает задача ёмкого описания всех возможных разрывов, то есть учёта всех факторов, определяющих величину ВВП, описания идеального состояния этих факторов и условий, которые могут приближать хозяйственную систему к этому состоянию. Именно эти условия с практической точки зрения и будут условиями наибольшей эффективности экономики.

Безусловно, длительные инвестиционные проекты, например в образование, а также медицинские программы имеют окупаемость, измеряемую значительным промежутком времени – именно поэтому и возникает конфликт между частным и общественным секторами. Создание общественных благ происходит медленно, а функционирование и инвестирование частного сектора – относительно быстро. Поэтому государство обязано решать проблему воспроизводства социального капитала в широком значении, учитывая необходимость развития фундаментальной науки, здравоохранения, образования, экологической защиты, систем безопасности и т.д.

Понятие «инвестирование» настолько широко вошло в обиход, что теперь каждый человек считает себя большим знатоком инвестиционного процесса – он знает, как осуществляются инвестиции, согласно каким критериям, в какие объекты и т.д. Многие достижения экономической науки слились с бытовым, бытовым знанием, стали неотъемлемым элементом человеческого сознания в широком смысле слова. Индивид вырабатывает определённую модель поведения, практически не задумываясь над тем, что использует при этом экономические знания, обнаруживает высокий или низкий уровень экономического мышления.

Подобно тому, как люди судят о состоянии собственного здоровья, читают медицинские учебники, пытаются ставить диагнозы самостоятельно и даже указывать врачам на их ошибки –

они судят о состоянии экономики, качестве жизни, выносят об этом свои суждения. Так экономическая наука проникает в обыденную жизнь, а научные результаты становятся неотъемлемым элементом повседневности, и чем выше уровень образованности общества, тем глубже проникновение.

Искажённая информация о достоинствах нерегулируемого рынка, охватившая умы многих политических деятелей в 1990-ые гг., обеспечила неверное понимание целей и задач трансформации, породила кризис и создала внутреннюю защиту в виде отторжения идей экономистов, не согласных с проводимой политикой. Если государство, использующее в качестве принципа управления централизм, неэффективно, то почему достаточно эффективно работает организованная преступность, называемая мафией, в которой обнаруживаются сильные элементы централизации, позволяющие успешно противостоять правительственным органам. Её сила в том, что преступный мир институционализируется, представляя собой государство в государстве, действующее по своим законам, вступающим в мировоззренческий конфликт с официальным законодательством. Видимо, дело не в неэффективности государства, а в том, что происходит ошибочная институционализация соответствующих функций государства, неправильно трактуются понятия, вводятся научные категории и совершаются оценки. Можно ли значительный объём финансовых вложений рассматривать как инвестиции в человеческий капитал «организованной преступности»? В данном случае мы имеем довольно высокую отдачу на вложенные средства, так что названный процесс действительно можно считать инвестицией. Если ориентироваться только на рентабельность, то выходит, что наилучшим образом инвестируется «экономика преступности». Однако это не совсем так, если учитывать соответствующие риски, когда правоохранительные органы «накрывают» осуществлённую инвестицию и лишают её агентов ожидаемых ими доходов. Следовательно, при таких «незаконных» инвестициях учёт рисков значительно меняет представления об их высокой рентабельности.

В значительной степени подобные искажения относятся и к такому понятию, как инвестиции. Индивиды прекрасно понимают, что без инвестиций невозможно развитие экономики, но, в большинстве своём, подразумевают под инвестициями – деньги, направляемые на те или иные цели. Однако деньги направляются и на покупку молока или тумбочки – чем же в таком случае обычная покупка отличается от инвестиции? Инвестирование предполагает отдачу средств, отсроченную во времени на некоторый период, который может быть довольно продолжительным. Текущее потребление благ обычно к таким вложениям не относят. Однако как быть с текущим потреблением услуг, в частности образованием и здравоохранением, расходы на которые длительный период рассматривались по строке «социальные расходы»

На проблему инвестиций в экономической науке существует множество взглядов. Представители кейнсианского и неоклассического направления добились в этом вопросе наибольших успехов, но до сих пор не могут прийти к согласию по поводу значения инвестиционных расходов, эластичности кривой спроса на инвестиции, гибкости процентных ставок и цен. Существенный вклад в разработку проблем инвестиций в человеческий капитал, как уже было отмечено, внесли работы Т.Шульца, который довольно определенно и справедливо настаивал на необходимости рассматривать расходы на образование и здравоохранение не по строке «социальные расходы», как обычное финансирование, а как инвестиции в человеческий капитал. Проблема же состоит в том, что эти инвестиции направлены на весьма неоднородный объект и требуют иных подходов к оценке окупаемости. Классический метод «затраты-выгоды», когда окупаемость оценивается по превосходству получаемой прибыли над затратами (этот подход использован и Т.Шульцем, и Г.Беккером, и др.), к сожалению, не отражает качественных изменений. Считать же, что превосходство прибыли над затратами автоматически означает наращивание качественных свойств человеческого капитала не является уже адекватным. Прибыль может обгонять рост затрат в случае различных монопольных эффектов, в условиях высокой дифференциации медицинского обслуживания, в элитарной медицине. Однако это вовсе не означает общего увеличения качества человеческого капитала, а, скорее, есть отражение дефицита качественных свойств, которые локализованы в определенной группе неоднородного человеческого капитала. Кроме того, повышение качества человеческого капитала с течением продолжительного времени, приведёт к устойчивому соотношению превышения прибылей над затратами. Последнее обстоятельство говорит в пользу того, что имеющаяся в экономике неоднородность видов ресурсов порождает её монополизм, ибо в стремящейся к конкурентным рынкам экономике указанное превышение должно нивелироваться и в идеальном случае разница между предельных доходов и издержками приближаться к нулю. Что равносильно и движению прибыли к нулевому значению. Длительность интервала инвестирования, трудности в оценке окупаемости, фактически и приводят к такому же результату: либо прибыль получает всё общество в лице совершенно иной политической системы, либо высокая конкурентность, дифференциация человеческого капитала, а также, что очень важно, его абсолютное выбытие (смерть), делают выгоды короткими по времени, а затем и обнуляют эти выгоды. Это очень важная закономерность особенно для системы здравоохранения и инвестиций в этот объект. Применительно к науке и образованию, будет наблюдаться иной эффект, вызванный тем, что человек оставляет свои научные достижения на бумаге, учеников – продолжателей его работы и в этом случае смерть человека не означает потери экономического

эффекта от инвестиций в его научную деятельность или образование.

Теоретически важно определить масштаб системы здравоохранения как долю ВВП, величину расходов на то, чтобы эта система успешно функционировала и развивалась, решая стоящие перед ней задачи общественного развития, а также определить пропорцию, относительно ВВП и в объёме общих медицинских услуг, между государственными и частным медицинским секторами. Идея, согласно которой только частная медицина является двигателем инноваций, располагает лучшими кадрами, новыми технологиями и методиками, не может быть продуктивной, поскольку такой результат определён соответствующей экономической политикой и условиями, которые она создаёт для развития указанных двух секторов. То же относится к установке платности или бесплатности государственной медицины.

Теперь необходимо задаться вопросом, насколько инвестиции способны улучшить здоровье нации и обеспечить продление жизни людей, причём такое, чтобы люди сохраняли свою трудовую активность как можно дольше.

Сфера услуг и социальных гарантий охватывает широчайший набор социальных функций, которые воспроизводятся человеком и обеспечивают его привыкание к ним, становясь имманентной характеристикой сформированного жизненного стандарта. Повышение разнообразия услуг, увеличение их доли в повседневной деятельности человека означают повышение качества жизни, переход индивида на более высокие социальные стандарты. Обеспечение жилищно-коммунальных условий, пенсий и обслуживания пенсионеров, инвалидов, семей, потерявших кормильца, детей-сирот, пособий для безработных, страхования и т.д. выступает одной из неотъемлемых задач государства. В данной сфере наиболее остро ощущаются различные несправедливости, и её состояние наглядно демонстрирует уровень общественного благополучия. Что нужно человеку от системы здравоохранения?

Во-первых, это скорая медицинская помощь. Работа этой службы должна быть в высочайшей степени эффективной. Эта служба может быть придана общей системе спасения людей (служба спасения или службы по чрезвычайным ситуациям), либо существовать отдельно. Вопрос не в административном подчинении, а в оперативности и качестве спасения. Здесь возникают вопросы территориального размещения службы, чтобы обеспечить оперативность доставки медицинских средств спасения к пострадавшему, а также технического и квалификационного оснащения этой службы. Чрезвычайно важно успеть к пострадавшему, но это ещё полдела. Затем его нужно быстро доставить в медицинское учреждение, где над его спасением будут трудиться медики на систематической основе. Эффективность работы данной службы можно оценивать по доле спасённых в общем числе вызовов, и что более существенно, по та-

кой же доле, но в числе вызовов, где была чётко идентифицирована угроза жизни.

Во-вторых, организованный приём в поликлиниках. Здесь необходимо снизить простои в очередях в регистратуру, изменить так называемую систему талонов, исключить оплату врачей от числа принятых пациентов. Требуется повысить дисциплину диспансерного учёта и ввести систему обязательной диспансеризации два раза в год. Кстати, последняя мера полезна как для граждан потенциальных пациентов, так и для самой системы здравоохранения, поскольку позволяет не только повысить общую дисциплину, развивать методы диагностики, но и повышать профессиональный уровень врачей со стажем работы и приходящего в здравоохранение молодого поколения врачей, которых необходимо дополнительно обучать, обеспечивая практическими навыками и знаниями.

Система приёма граждан в поликлиниках не должна быть сложной, транзакционные издержки необходимо постоянно снижать, регулируя документооборот, переходя на систему электронных карточек и обработки информации, гибко планируя график приёма и число врачей, обслуживающих «живую» очередь. Управление системой здравоохранения должно исходить из того, что обращаются люди не вполне здоровые, испытывающие дисфункцию того или иного органа или системы организма. Поэтому система предоставления медицинских услуг по устранению этой дисфункции не должны быть сама дисфункциональной в организационном смысле. Иначе должного качества помощи оказать никогда не удастся. Главное правило успешного развития современной медицины – это эффективная организация служб, постоянное совершенствование знаний и привлечение образованных кадров с одновременным оснащением передовой аппаратурой и оборудованием.

В-третьих, организация работы стационаров, обеспечивающих действенную медицинскую помощь, спасение и восстановление здоровья людей. Необходимо сочетать плановых больных и экстренных, возможно, разделив эти отделения. Требуется вкладывать существенные средства в оснащение стационаров, обустройство операционных, и даже банально – ремонт коридоров, чтобы их вид не вызывали ужаса у больных. Особое внимание необходимо уделить выполнению санитарно-гигиенических норм, оптимизации циклов лечения и пребывания пациентов в условиях стационарного лечения. Требуется развития сеть дневных стационаров. Заработная плата и квалификационный состав стационаров должны быть повышены, необходимо развернуть сеть экспериментальных лабораторий, НИР не только при клинических больницах (что существует), но и при крупных стационарах с особым акцентом на переподготовку, переобучение и тиражирование научных достижений, осуществлённых в каком-либо медицинском Центре на всю страну. Это позволит охватить новыми апробированными методиками пациентов во всей России, повысить качество медицинской помощи и спасения людей. Для этого потребуются соз-

дать мощный государственный сектор медицины, назначив повсеместно высокие заработные платы врачам, ранжировав их по квалификационной сетке, осуществлять доплаты за обучение и переобучение, использование новой аппаратуры и методик лечения.

Введение тотальной диспансеризации, как профилактической меры, как меры ранней диагностики заболеваний, в создавшихся условиях просто невозможно, так как отсутствуют необходимые кадры, способные реализовать подобную задачу. На приёме в поликлиниках – врачи пенсионного и предпенсионного возраста, выпускники вузов после окончания – варятся в собственном соку, обучение конкурентов на месте фактически затруднено, так как врачи уходят также на нищенскую пенсию, как учителя, профессора вузов, инженеры – то есть основа среднего класса, о котором так много говорят современные политики, и который в России по существу является нищим классом! Казалось бы, это простые процессы, лежащие на поверхности, но они разрушают столь важные социальные системы, как система здравоохранения, образования, науки, культуры и др.

Особо нужно отметить получившую широкую практику «благодарностей» в медицине. Институциональный аспект этой проблемы чрезвычайно важен, поскольку формируются и закрепляются довольно неэффективные модели поведения. Более того, эти модели не только разлагают морально-нравственный климат медицинского коллектива и всей системы здравоохранения, но являются дополнительным материальным бременем для пациента. По существу это платежи за то, что медики обязаны выполнять за свою заработную плату. Подобное сокращение личных доходов пациентов, приобретающее часто вещественную (неденежную форму) просто оборачивается недостаточностью инвестиций в систему здравоохранения. Такая практика в сфере платной медицины почти не наблюдается. Однако это вызвано высокой величиной оплаты предоставляемых услуг, более высокой заработной платой занятого медицинского персонала. Здесь благодарности приобретают сугубо денежную форму – официального платежа, по этой причине, кстати, данные услуги доступны далеко не всем гражданам. Часто эти медицинские услуги приобретают элитное предназначение. Вместе с тем, будет несправедливым не отметить, что формирование такого частного сектора медицины происходило в России и собственно наблюдается и сейчас исключительно за счёт ресурсов разрушаемой государственной медицины – причём не только кадров, но и основных фондов. Кадровая проблема особенно остра, поскольку врачи обычно заняты в государственном лечебном учреждении и одновременно имеют свою частную медицинскую клинику или кабинет. Возникает модель «раздвоенного агента», когда врач в государственной больнице ведёт приём, ориентируясь сразу на те выгоды, которые он может извлечь, перенаправив часть клиентов в свой частный кабинет. Таким образом, исполнение обязанностей в госу-

дарственном лечебном учреждении осуществляется им с заведомым снижением качества и производительности. А мотивом сохранения положения выступает, например, статус этого учреждения или возможность получения учёной степени, либо установка, что трудовая книжка должна лежать в системе государственного здравоохранения. Эта парадоксальная модель поведения, наравне с обычной утечкой кадров из государственного здравоохранения в частную медицину, а также в другие сектора экономики (абсолютная утечка), тем не менее, демонстрирует достаточную устойчивость. При этом характеристики обслуживания в государственных учреждениях снижаются, а стоимость и качество в частных кабинетах существенно возрастают. Ухудшение состояния государственного здравоохранения приводит к тому, что и оно становится по существу платным. Платежи приобретают вид реальных платных услуг по вводимым расценкам, и/или обретают форму названных «благодарностей». Традиция благодарить за спасение и лечение – не подлежит искоренению, по крайней мере, в обозримом будущем. Она имеет серьёзные психолого-эмоциональные причины, представляет собой закреплённый стереотип поведения, который в платных клиниках разрушается только величиной оплаты медицинской услуги, которая может быть столь велика, что пациенту приходится одалживать деньги, либо аккумулировать личные финансовые ресурсы – сбережения так, что на благодарности не остаётся вообще никаких средств.

Следовательно, на эффективность системы здравоохранения влияет межсекторный перелив ресурсов внутри самой системы, состояние и организация других важнейших социальных систем страны. Это относится, например, к пенсионной системе.

Как видим, одних инвестиций, либо перехода на частную медицину, в которой преобладает денежный мотив предоставления услуги, медицинской помощи, становится недостаточно для решения задач здравоохранения в национальном масштабе. Более того, возникновение двух секторов в медицине приводит не к улучшающей динамике отстающего сектора, а наоборот, второй, то есть, частный сектор, образуется в определённом смысле за счёт государственного и продолжает вымывать ресурсы этого сектора (по крайней мере, кадровый потенциал), тем самым, усиливая его стагнацию. В среднесрочной перспективе фактически наблюдается именно такой результат, а долгосрочные перспективы остаются виртуальными, да и они не касаются тех граждан, которые наверняка не увидят возможного светлого будущего, причём часть из них лишится такой возможности по причине такого неутешительного среднесрочного результата. Безусловно, моя позиция сводится к тому, что эффективная организация системы здравоохранения нужна ныне живущим людям. Это то благо, ради которого в том числе они образуют государство. Именно такой ракурс проблемы должен приниматься во внимание политическими структурами при принятии правовых,

организационных, административных, финансовых решений, касающихся здравоохранения. Инвестирование здравоохранения и реализация отдельных медицинских программ должны отличаться системностью и представлять просто задачу жизни, точнее, её эффективной организации. Цели здравоохранения и образования взаимосвязаны и они являются подлинными целями человеческой жизни, при этом именно эти сферы должны быть лишены какой бы то ни было дискриминации. Исходя из этого, и нужно проектировать и строить экономическую систему в целом, планировать и осуществлять экономическую политику.

**Общий вывод и задача государства** представляется в следующей формулировке: экономическая политика должна порождать и стимулировать такие виды деятельности, которые принесут широкие потребительские следствия в будущем, которые слабо развиты или не развиты до сих пор, связаны с новыми комбинациями, открытыми в ходе научно-исследовательской деятельности и приводящими к положительной динамике социальных показателей – по реальному доходу, неравенству, доступности социальных функций (образование, здравоохранение, культура, наука, социальные гарантии) и достаточности благ.

Все виды политики необходимо подчинить исполнению данного рецепта: совпадению профиля доходности, риска, инвестиций, функций и полезности видов деятельности и благ.

#### *Литература*

1. Гайгер Л. Макроэкономическая теория и переходная экономика. – М. Инфра-М, 1996.
2. Капустин Е.И. Уровень, качество и образ жизни населения России. – М.: Нука, 2006.
3. Сен А. Развитие как свобода. – М. Новое издательство, 2004.
4. Сухарев О.С. Теория эффективности экономики. – М.: Финансы и статистика, 2009
5. Grossman M. The Demand for Health. National Bureau of Economic Research, Occasional Paper №119. New York: Columbia University Press, 1972.
6. Kuznets S. National Income, A Summary of Findings. – N.Y. National Bureau of Economic Research, 1946
7. Schultz T. Investment in Human Capital: The Role of Education and of Research. – New York, 1971. Investing in People: The Economics of Population Quality. – Berkeley, 1981.