

## *Стратегия экономического развития*

УДК 330.354

# СОЦИАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ И ФАКТОРЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ И ПРАКТИЧЕСКИЙ АСПЕКТЫ

**О. С. СУХАРЕВ,**

*доктор экономических наук, профессор,  
ведущий научный сотрудник*

*E-mail: o\_sukharev@list.ru*

*Институт экономики Российской академии наук*

---

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

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

---

### **Экономический рост и его социальные последствия**

Экономический рост далеко не всегда приносит облегчение жизни населению, вызывает удовлетворенность, обеспечивает облегчение социального бремени. В экономической истории известны случаи, когда экономический рост сопровождался увеличением неравенства. Подобная ситуация описывается так называемой кривой С. Кузнеца [5]. 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. Сенном данные по развивающимся странам говорят о том, что равномерность распределения создаваемого в экономике дохода в сильной степени влияет на социальные результаты развития [2]. Экономика может демонстрировать высокий темп роста национального дохода и такую же высокую его величину на душу населения, но за счет того, что этот доход распределяется крайне неравномерно, располагать 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-х гг. наблюдался эффект роста неравенства. В период начального роста и восстановления 1999–2001 гг. уровень неравенства несколько снизился, но в дальнейшем в процессе экономического роста 2002–2008 гг. и вплоть до 2009 г. неуклонно возрастал и по коэффициенту Джини (рис. 1), и по фондовому коэффициенту

(рис. 2). Эти данные говорят о прямом отклонении от зависимости С. Кузнеца и точном совпадении с эффектом А. Сена, когда распределение создаваемого дохода сильно влияет на социальные индикаторы экономического развития.

Говоря о факторах экономического роста, по мнению автора, важно отметить четыре важнейшие экономические системы, состояние которых определяет 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. 3), формирующая предпочтения потребителей, определяющая спрос, состояние здоровья и квалификацию. Эти параметры определяют возможности экономического роста.

Интересной особенностью экономического роста в России в 2000–2008 гг. были следующие качественные характеристики:

- возникающие ограничения роста, накладываемые неэффективной социально-экономической структурой;
- снижение общей эффективности сырьевого комплекса;
- довольно высокий уровень бедности населения с растущей дифференциацией по доходу;
- продолжающаяся деградация человеческого капитала, включая быстрое старение населения и низкую продолжительность жизни;
- отсутствие условий для определения и возвышения социально значимого результата;

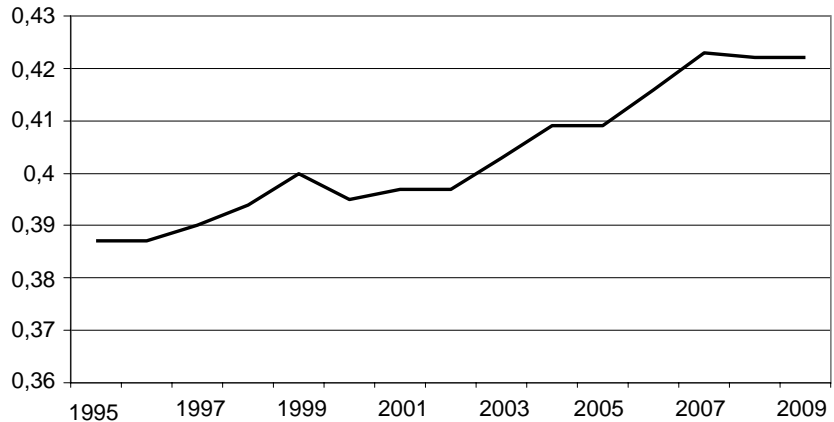


Рис. 1. Темп экономического роста в 1995–2009 гг. по коэффициенту Джини

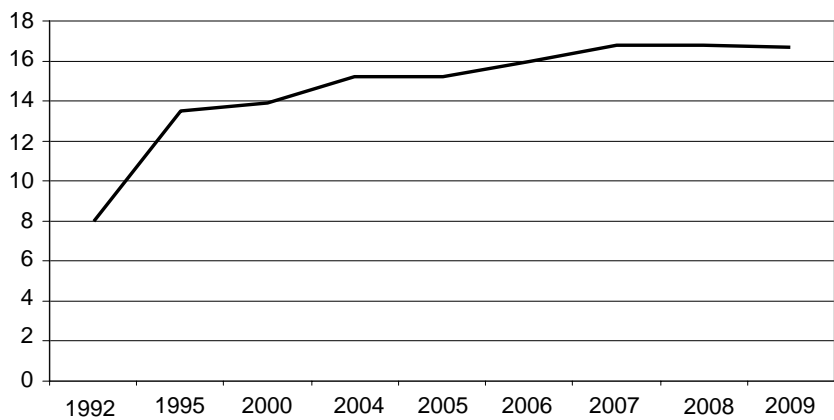


Рис. 2. Темп экономического роста в 1992–2009 гг. по фондовому коэффициенту

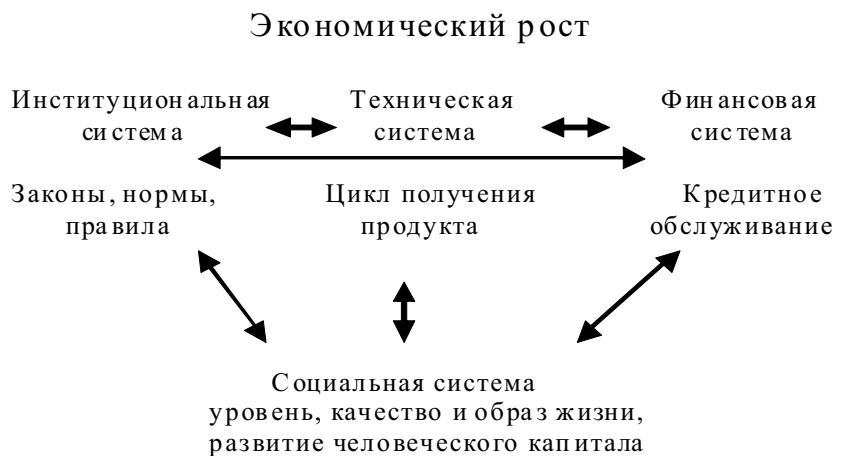


Рис. 3. Подсистемы экономики, обеспечивающие экономический рост

- отсутствие условий для формирования обеспеченной потребности в новых технологиях;
- сложившаяся структура затрат, ликвидирующая возможности использования и наращивания интеллектуального капитала.

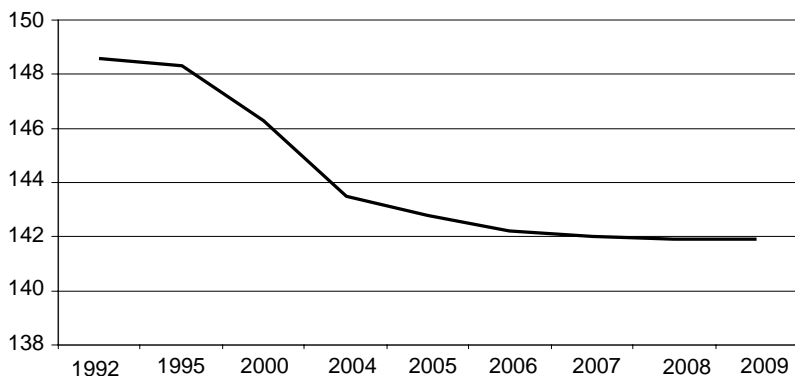


Рис. 4. Численность населения в 1992–2009 гг., млн чел.

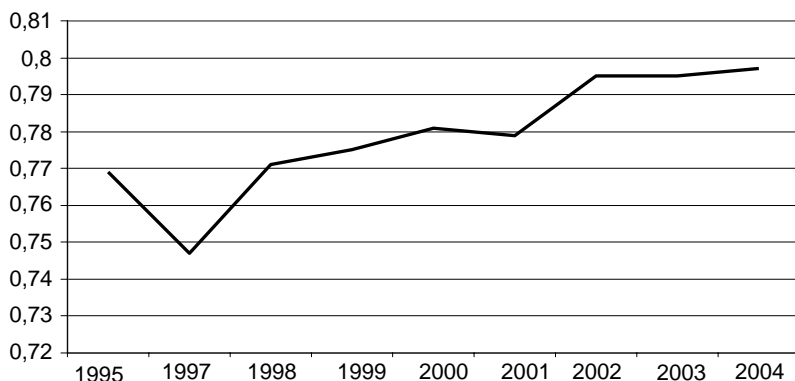


Рис. 5. Индекс развития человеческого потенциала в 1995–2007 гг.

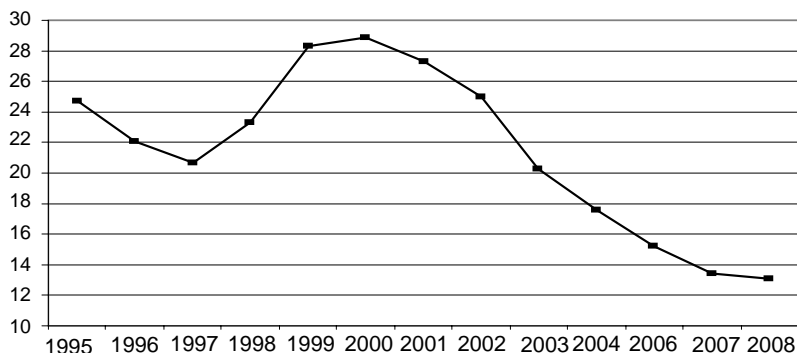


Рис. 6. Уровень бедности в России в 1995–2008 гг. от общей численности населения, %

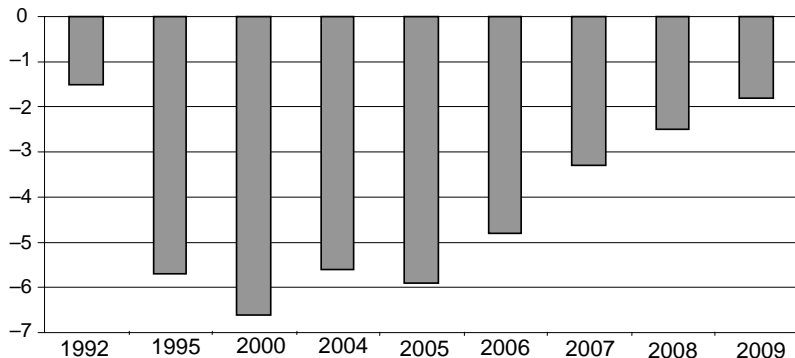


Рис. 7. Величина естественного прироста населения РФ в 1992–2009 гг. на 1 000 чел. населения

При сокращении численности населения (рис. 4) и росте величины расслоения такой показатель, как индекс развития человеческого потенциала (рис. 5), несколько возрос за годы роста (2000–2008 гг.).

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 чел., а соотношение числа пенсионеров и детей изменилось.

Если до 2001 г. число детей превосходило число пенсионеров, то после 2001 г. картина поменялась на обратную – число пенсионеров устойчиво превышает число детей. Уровень безработицы, возраставший с 1992 до 2000 г., с 2000 до 2007 г. понизился (с 7 до 4 млн чел.). Однако с 2007 г. вновь наблюдался рост безработицы до 7 млн чел. Этот процесс продолжался до начала 2010 г. Коэффициент смертности населения на протяжении 1992–2009 гг. всегда был выше коэффициента рождаемости, а в 2009 г. соотношение составило 14 против 12 на 1 000 чел. населения страны. Уровень общей бедности населения понизился с 2000 по 2008 г., хотя он и остается весьма высоким (рис. 6). Сохраняется отрицательный прирост населения, хотя позитивным моментом является то, что этот показатель улучшился, т. е. отрицательный прирост сократился (рис. 7).

Важно отметить, что с 1992 по 2009 г. 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 г. 247 тыс. чел. Однако этот миграционный прирост не покрывает естественного отрицательного прироста населения в 249 тыс. чел. в 2009 г.

Структура физического конечного потребления домашних хозяйств

за последние 15 лет практически не изменилась. Среднемесячная начисленная заработная плата в 2009 г. составила 593 долл., 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 до 40–50 % продовольствия, 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 них, возможности тиражирования и 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 остается невысоким и не имеет устойчивой тенденции к росту, а цены на товары, особенно экспортируемые, имеют тенденцию к понижению относительно дорожающих импортируемых товаров, от которых зависим 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 является неравенство условий торговли, а также, 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, т.е. созданием товарной массы на внутренних рынках, причем 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 не будет актуальным для России в ближайшей перспективе, поскольку именно потеря кадров, причем высококвалифицированных, разрушение инженерных школ и производства, потеря технологий в 1990-е гг. создали условия, когда инновации возможны только при привлечении соответствующих кадров и без них будут проблематичны. Во всяком случае на систематической основе и в необходимом для развития экономики масштабе [3].

Согласно доктрине С. Струмилина рост национального дохода есть функция простого и сложного труда. Под простым понимается труд, где нужны первичные знания о каких-либо процессах, под 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 поспособствуют улучшению социальной структуры, 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, имеющим долгосрочную отдачу с неясными перспективами точек приложения этого человеческого капитала, либо даже отрицательную отдачу в силу, например, оттока такого капитала за рубеж, то возникают обоснованные сомнения относительно целесообразности массированного инвестирования в человека.

Следовательно, для организации экономического роста необходимого качества требуются не просто инвестиции в человека, а такие инвестиции и такого объема – 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 долю интеллектуального капитала в добавленной стоимости создаваемых благ, либо новые знания, выступающие в качестве объектов торговли.

Сам человеческий капитал может воспроизводиться в 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 по высокой стоимости, направляя выручку на решение проблем образования и социальной защиты внутри страны.

### Развитие социальных систем: эффективность

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. Изменение эффективности системы — это изменение этой функции с позиций качественного и количественного ее исполнения. Другими словами, динамика эффективности — это расширение либо сужение дисфункциональности системы.

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

Величина душевого дохода определяет возможности агента в области здравоохранения, обучения, правовой защиты и т. д. Экономическая демократия, строго говоря, становится в прямом смысле экономической — она привязана к функции дохода. И права агентов, и их возможности, потребности во многом определяются их денежным доходом.

Решение проблем развития социальных секторов, особенно в условиях экономических систем отдельных регионов, представляется посредством так называемого социального инвестирования в

широком понимании этого процесса. Социальное инвестирование — это вложения, причем 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. Причем, 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.

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 этих категорий и методов измерения внес крупный российский экономист член-корреспондент РАН, бывший директор Минтруда СССР и Института экономики Российской академии наук Е. И. Капустин. Придерживаясь его подхода [1], определим указанные понятия.

*Уровень жизни* — степень удовлетворения материальных и культурных потребностей населения, задающих благосостояние людей (доходы населения на душу, неравенство, индекс развития человеческого потенциала).

*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) населения страны, вытекающие из традиций, включая правовые традиции, историю народа, организацию быта, семейных отношений, формирующие модели социального поведения (в основном определяет качество человеческого потенциала и его эффективность, результаты труда и производительность, отношение к труду, образованию, профессии и т. д.).

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 XX в. 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 г.). Это теория поведения потребителя, в которой принята «гипотеза относительного дохода». Сюда же относятся теория жизненного цикла Модильяни – Эндоу, в которой текущее потребление является функцией потребления в предшествующие периоды, абсолютного и относительного дохода (1963 г.); теория постоянного дохода М. Фридмана (1957 г.), согласно которой норма потребления стабильна при сохранении богатства с поправкой на возможность наращивания потребления в будущем. Математически это представляется таким образом:

$$C = aWr + cYl,$$

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

где  $C$  – потребление;

$a$  – предельная склонность к потреблению из богатства

$Wr$  – реальное богатство;

$c$  – предельная склонность к потреблению из трудового дохода;

$Yl$  – трудовой доход;

$N$  – число лет жизни;

$T$  – точка жизненного цикла агента, работы;

$Tl$  – общее число лет работы.

$$C = c_1 Y + c_2 Y_{-1},$$

где  $c_1$  – краткосрочная предельная склонность к потреблению;

$c_2$  – долгосрочная предельная склонность к потреблению;

$Y_{-1}$  – 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 дает возможность оценить общее состояние социальной системы, уровень ее 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 еще и временем, его структурой. Если общество не умеет распорядиться временем либо имеет такую структуру затрат времени, что приоритет получают незначимые или не столь необходимые

виды деятельности или операции, то отсталость такого общества и конкурентное отставание станут неотвратимыми. Причина состоит в эффективном расходовании времени. Насколько 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. Известны такие конструкции в экономической теории, как болезнь цен У. Баумоля (статья «Исполнительские искусства – экономическая дилемма», 1966 г.), якобы описывающая функционирование социальных секторов и сводимая к тому, что в отдельных отраслях издержки производства растут быстрее, чем цены на конечный продукт. Автор также не совсем корректно описывает сектор здравоохранения и образовательную систему. Согласно этому эффекту платежеспособный спрос на продукты сдерживается относительно невысокой активностью индивидуальных потребностей в этих благах, а спрос как будто отстает от возрастающих издержек производства и не позволяет переложить эти издержки на потребителя.

Утверждать, что потребность в здоровье как благе невысока, по меньшей мере самонадеянно. По мнению автора, существо проблемы сводится не к соотношению роста издержек и цен (некоему запаздыванию), 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 в оценке социальных инвестиций.

### Возможности инвестиций в социальные секторы экономики на примере здравоохранения

Согласно теории человеческого капитала, разработанной в 1970-е гг. М. Гроссманом и Т. Шульцем [4, 6], состояние здоровья человека представляет собой часть человеческого капитала, причем одна доля которого наследуется, другая – приобретается и восстанавливается услугами системы здравоохранения. Эта приобретенная часть изнашивается и в конце жизни 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. Капиталовложения в фонд здоровья человека начинаются с момента его рождения, а точнее, с момента зачатия и вынашивания его матерью. Конечно, здоровье человека в сильной степени зависит от здоровья матери и условий протекания беременности. Расходы на воспитание ребенка, обучение – это тоже вложения в человеческий капитал, тем более, если понимать под ним совокупность приобретенных знаний, навыков, умений, опыта, создающих возможности для получения дохода в будущем.

Если человек здоров, трудится и создает доход, то в этот период происходит расходование капитала здоровья, и повышается вероятность наступления периода нездоровья, когда потребуются дополнительные расходы на восстановление прежнего уровня здоровья либо поддержания его на более низком, но приемлемом уровне, чтобы исключить дальнейшее и, что вполне 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 привел к существенному увеличению продолжительности жизни людей, снижению детской смертности в мире. Увеличение продолжительности жизни, бесспорно, является тем фактором, который удлинит

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 позитивные моменты обладают высокой полезностью только в одном случае – когда время нездоровья при этом сокращается. Если жизнь продлена, но люди проводят ее 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. 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, т.е. приближаясь к некоей точке, 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, отнесенным к величине вложений за период (в дисконтированном варианте), плюс тот дополнительный ВВП, который будет создан от продления жизни с учетом текущих затрат на обеспечение стариков. Причем, видимо, необходимо эти затраты вычитать, да и принимать в рассмотрение реальный или чистый создаваемый продукт и его прирост.

Проблема статистического учета различных статей в ВВП очень важна, так как рост медицинской отрасли, вызванный ростом заболеваемости, будет учтен 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 1960 г. в «Journal of Law and Economics», Р. Коуз, по мнению автора, не дает правомерного и полного представления о социальных издержках, не раскрывает в необходимом объеме 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», трактующим ситуацию как недостижение рыночного равновесия по причине изъянов рынка, возникающих в силу желаний 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 «разрыв в ВВП», а сама величина «разрыва» вошла в закон А. Оукена, гласящий, что если фактический ВВП отстает от потенциального на 1 %, тогда фактическая безработица будет превышать естественную норму (безработицу при полной занятости) в среднем на 2,5 %. Если бы все люди были здоровы, то они производили бы больший валовой продукт.

Здесь важно понять, что недопроизводство ВВП является условием возникновения дополнительной безработицы, т. е. 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 более равномерным. Иными словами, недоучет 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.

Ликвидация этих разрывов представляет основное содержание социальной политики. При этом нужно учитывать, что существование социальных разрывов может являться тем буфером, кото-

рый создает 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 емкого описания всех возможных разрывов, т. е. учета всех факторов, определяющих величину ВВП, описания идеального состояния 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 образовании, 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 обыденным, бытовым знанием, стали неотъемлемым элементом человеческого сознания в широком смысле слова. Индивид вырабатывает определенную 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.

Искаженная информация о достоинствах нерегулируемого рынка, охватившая умы многих политических деятелей в 1990-е 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, в которой обнаруживаются сильные элементы централизации, позволяющие успешно противостоять правительственным органам. Ее сила в том, что преступность 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 объем 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 выявляют осуществленную инвестицию и лишают ее агентов ожидаемых ими доходов. Следовательно, при таких незаконных инвестициях учет 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 своем подразумевают под инвестициями деньги, направляемые на те или иные цели. Однако деньги направляются и на покупку совершенно обычных вещей. 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 Т. Шульцем, Г. Беккером и др.), к сожалению, не отражает качественных изменений. Считать же, что превосходство прибыли над затратами автоматически означает наращение 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 приведет к устойчивому соотношению превышения прибылей над затратами. Последнее обстоятельство говорит в пользу того, что имеющаяся в экономике неоднородность видов ресурсов порождает ее монополизм, ибо в стремящейся к конкурентным рынкам экономике указанное превышение должно нивелироваться, и, в идеальном случае, разница между предельным доходом и издержками приближаться к нулю, что равносильно движению прибыли к нулевому значению.

Длительность интервала инвестирования, трудности в оценке окупаемости фактически и приводят к такому же результату: либо прибыль получает все 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 объеме общих медицинских услуг, между государственным и частным медицинскими секторами. Идея, согласно которой только частная медицина является двигателем инноваций, располагает лучшими кадрами, новыми технологиями и методиками, не может быть продуктивной, поскольку такой результат определен соответствующей экономической политикой и условиями, которые она создает 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, причем такое, чтобы они 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 этой сфере наиболее остро ощущаются различные несправедливости, и ее 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 еще полдела. Затем его нужно быстро доставить в медицинское учреждение, где над его спасением будут трудиться медики на систематической основе. Эффективность работы этой службы можно оценивать по доле спасенных в общем числе вызовов и, что более существенно, по такой же доле, но в числе вызовов, где была четко идентифицирована угроза жизни.

Во-вторых, организованный прием 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 учета и ввести систему обязательной диспансеризации два раза в год. Кстати, последняя мера полезна как для граждан, 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 приема граждан в поликлиниках не должна быть сложной, транзакционные издержки необходимо постоянно снижать, регулируя документооборот, переходя на систему электронных карточек, гибко планируя график приема и число врачей, обслуживающих людей, томящихся в очередях. Управление системой здравоохранения должно исходить из того, что обращаются люди не вполне здоровые, испытывающие дисфункцию того или иного органа. Поэтому система предоставления медицинских услуг по устранению этой дисфункции не должна быть сама дисфункциональной в организационном смысле. Иначе должного качества помощи добиться 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. Требуется вкладывать существенные средства в оснащение стационаров, обустройство операционных, и даже банально – ремонт коридоров, чтобы их вид не вызывал 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, осуществленных 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 создать 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. В поликлиниках врачи пенсионного и предпенсионного возраста, недавние выпускники вузов варятся в собственном соку, обучение конкурентов на месте фактически затруднено, так как врачи уходят на нищенскую пенсию, как учителя, профессора вузов, инженеры – 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 пренебрежение ими разрушает важные социальные системы здравоохранения, образования, науки, культуры и др.

Особо нужно отметить получившую широкий размах практику «благодарностей» в медицине. Институциональный аспект этой проблемы чрезвычайно важен, поскольку формируются и закрепля-

ются 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 (наблюдается и сейчас) исключительно за счет ресурсов разрушаемой государственной медицины, причем 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 практику. Возникает модель «раздвоенного агента», когда врач в государственной больнице ведет прием, ориентируясь сразу на те выгоды, которые он может извлечь, перенаправив часть клиентов в свой частный кабинет. Таким образом, исполнение обязанностей в государственном лечебном учреждении осуществляется с заведомым снижением качества и производительности. А мотивом сохранения положения выступает, например, статус этого учреждения или возможность получения ученой 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 упомянутых «благодарностей». Традиция благодарить за спасение и лечение не подлежит искоренению, по крайней мере в обозримом будущем. Она имеет серьезные психолого-эмоциональные причины, представляет собой закрепленный 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 так, что на благодарности не остается 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.

Одних инвестиций или 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, частный сектор образуется в определенном смысле за счет 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, причем часть из них лишится такой возможности по причине такого неутешительного среднесрочного результата.

#### Список литературы

1. Капустин Е. И. Уровень, качество и образ жизни населения России. М.: Наука, 2006.
2. Сен А. Развитие как свобода. М.: Новое издательство, 2004.
3. Сухарев О. С. Теория эффективности экономики. М.: Финансы и статистика, 2009.
4. Grossman M. The Demand for Health. National Bureau of Economic Research, Occasional Paper № 119. New York: Columbia University Press, 1972.
5. Kuznets S. National Income, A Summary of Findings. N. Y. National Bureau of Economic Research, 1946.
6. 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.

#### Заключение

Авторская позиция сводится к тому, что эффективная организация системы здравоохранения нужна ныне живущим людям. Это то благо, ради которого они в том числе 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, ее эффективной организации. Цели здравоохранения и образования взаимосвязаны и 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 представляются в следующей формулировке. Экономическая политика должна порождать и стимулировать такие виды деятельности, которые принесут широкие потребительские результаты 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.