

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ОБРАЗОВАНИЕ

УДК 338.46(06)
ББК 65.206

Т. Д. БУРМЕНКО
доктор экономических наук, профессор,
Байкальский государственный университет экономики и права
Е. Г. ТАРХАНОВА
кандидат экономических наук,
Байкальский государственный университет экономики и права

СОСТОЯНИЕ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ УСЛУГ В МИРЕ (НА ПРИМЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ)*

В настоящее время особую значимость в жизнедеятельности общества приобретает сфера социально значимых услуг. Среди отраслей этой сферы наиболее важными являются образование и здравоохранение, поскольку от их состояния зависит развитие человеческого потенциала, во многом определяющее конкурентоспособность любой страны на международной арене. В связи с этим в статье рассматривается состояние сферы социально значимых услуг в России и в мире. Определяется ее роль в экономике и обществе в целом. Сравнивается вклад социально значимых услуг во внутренний валовой продукт (ВВП) разных стран мира, в том числе и России. Анализируется занятость населения в социальной сфере, расходы на образование и здравоохранение в структуре ВВП в разных странах. Результаты исследования доказывают, что одинаковые тенденции развития услуг социально значимой сферы могут быть характерны для стран с разным уровнем развития. Поэтому при изучении состояния образования и здравоохранения необходимо учитывать исходный уровень затрат на указанные отрасли, происходящие в странах мира институциональные изменения, а также уровень технологического развития в них.

Ключевые слова: социально значимые услуги; здравоохранение; образование; внутренний валовой продукт; занятость; страны мира.

T. D. BURMENKO
Doctor habil. (Economics), Professor,
Baikal State University of Economics and Law
E. G. TARKHANOVA
PhD in Economics,
Baikal State University of Economics and Law

THE CURRENT STATE OF SOCIALLY SIGNIFICANT SERVICES SPHERE AROUND THE WORLD (ON THE EXAMPLE OF HEALTHCARE AND EDUCATION)

The sphere of socially important services provision becomes more and more important for the society today. The most prominent spheres among them are education and healthcare, which largely determine human potential development that, in its turn, indicates the level of competitiveness of a country on the global market. In this regard, the current state of socially important services provision in Russia in particular and in the world in general is considered. The role of this sphere for the country's economy and its society is determined. The contribution of socially important services in GDP of different countries including Russia is compared. The employment rate in social sphere, expenditure on education and healthcare in the structure of GDP in different countries is analyzed. The findings of the research acknowledge that homogenous trends of social sphere development can be typical for the countries with a different level of development. Therefore, while studying the current state of education and health care, it is necessary to take into account the initial level of expenditure on these sectors, the institutional changes taking place in different countries all over world as well as the countries' level of technological development.

Keywords: socially significant services; healthcare; education; GDP; employment rate; countries in the world.

* Работа выполнена при финансовой поддержке проекта ФБ-30 «Институциональные изменения в сфере социально значимых услуг и их влияние на устойчивое развитие Прибайкальского региона» (номер регистрации в ФГНУ ЦИТИС 01201256018).

В настоящее время не сложилось однозначного понимания термина «социально значимые услуги». В публикациях его можно встретить с различным смысловым наполнением. Во-первых, он используется без какой-либо конкретизации, просто для констатации важности (значимости) ряда социальных услуг. При этом определяющими являются такие принципиальные моменты — кому, на что и как, т. е. адресность, целевая направленность и качество социальных услуг. Нарушение указанных принципов приводит к обострению многих проблем в обществе и экономике, в результате чего под угрозой может быть поставлена социальная стабильность и, как следствие, эффективное экономическое развитие.

Во-вторых, в научных публикациях соответствующей проблематики встречается такая трактовка: «Социально значимыми являются услуги, которые в соответствии с действующим законодательством направлены на обеспечение социальных прав граждан» [3, с. 41]. Как видим, конкретизация здесь прослеживается через привязку значимости социальных услуг к реализации социальных прав граждан, т.е. во взаимодействии с законодательной системой, институтами права. В таком контексте другие авторы используют также термин «социально гарантированные услуги», которые «предоставляются в рамках конституционных гарантий страны и могут быть оказаны как на льготной, так и на бесплатной основе за счет средств бюджетов всех уровней и внебюджетных фондов. Бесплатные оплачиваются за счет средств бюджетной системы или хозяйствующих субъектов» [4, с. 21].

В-третьих, к социально значимым благам (услугам) относят такие, внешний эффект воздействия которых настолько существенен и важен, что это придает подчиненное значение их характеристикам, присущим частным благам — конкурентности (сопоставимости) и исключаемости. Подобные блага, в том числе и услуги, занимают особое место среди смешанных общественных благ, они могут быть индивидуального пользования, но отличаются внешним эффектом, одновременно значимым как для общества, государства, так и для личности [2, с. 95]. Е. Н. Жильцов и В. Н. Казаков обращают внимание, что такие блага названы американским ученым-эконо-

мистом Р. Мюсгрейвом мериторными благами (merit good). В российской экономической литературе их принято называть социально значимыми общественными благами. С одной стороны, образование и здоровье относятся к указанной категории общественных благ. С другой стороны, они являются благами индивидуального потребления, частными благами. Однако значительный внешний эффект этих благ делает их благом национального достояния, сближает с чистыми общественными благами. Внешний эффект этих благ имеет разные формы проявления, им присущи долгосрочность и территориальная масштабность воздействия. Это создает трудности количественного измерения внешнего эффекта образования и здравоохранения.

В-четвертых, в связи с проблемой финансирования социальных благ появилась и еще одна точка зрения понимания социально значимых услуг — это такие услуги, доля бюджетного финансирования на оказание которых является значительной.

В-пятых, понятием социально значимые блага оперируют в контексте экономики общественного сектора. Например, А. Г. Ахинов пишет: «Социально значимыми благами называют частные блага, потребление которых — вопрос, представляющий общественный интерес. Его достижение предполагает выстраивание “социальных” приоритетов (предпочтений) индивидами, если бы они обладали таким уровнем информированности, образованности и “гражданской ответственности”, которого хотело бы государство. Однако это присуще далеко не всем людям, поэтому необходимо патерналистское вмешательство государства. Обязательное образование, обязательные медосмотры, ограничения на потребление определенных товаров (спиртное, табак, наркотические препараты) — это классические примеры подобного вмешательства» [1]. Речь в данном случае идет о том, чтобы сослаться на необходимость «уберечь индивидов от них самих или осчастливить помимо их собственной воли» [Там же]. Далее отмечается, что в противоположность общественному благу, социально значимое благо может относиться к любому из двух типов (к частным благам или общественным благам. Заметим, это как-то не согласуется с ранее приведенным автором «понятием» социально значимого

блага. Привлекает внимание и еще один «тезис», а именно: «Проблема государственного патернализма состоит в том, что оно всегда в большей или меньшей степени основано на авторитарных действиях. Есть опасность, что оно станет прикрытием для волеизъявления государственных чиновников и послужит отправлением любого государственного вмешательства. Поэтому многие авторы во имя “этики свободы” отвергают даже саму идею социально значимых благ» [1, с. 106].

Таким образом, какой бы подход к пониманию феномена «социально значимое благо» не использовался, услуги здравоохранения и образования, по мнению ученых, занимающихся данной проблемой, непременно относятся к социально значимым, или базовым, как их называют Е. В. Пономаренко и В. А. Исаев [5, с. 293].

По международным статистическим данным, за 2002–2011 гг. вклад в ВВП услуг здравоохранения и образования варьировал в разных странах от 32 до 3 %. При этом государств, где данный показатель больше среднемирового уровня, значительно меньше, чем всех остальных.

Лидерами по доле социальных услуг в ВВП (табл. 1) считаются Марокко, Япония, США и ЮАР — в этих странах удельный вес образовательных и медицинских услуг превышает 20 %.

Таблица 1
Доля услуг социальной сферы в структуре ВВП по странам мира в 2002–2011 гг.

| Интервал | Страны |
|----------------|---|
| От 20 % и выше | Марокко, Япония, США, ЮАР |
| От 10 до 19 % | Швеция, Дания, Финляндия, Франция, Пакистан, Индия, Бельгия, Португалия, Израиль, Нидерланды, Норвегия, Молдова, Великобритания, Алжир, Германия, Канада, Австрия, Ирландия, Греция, Италия, Словения, Испания, Австралия, Мексика, Новая Зеландия |
| От 5 до 10 % | Индонезия, Чили, Венгрия, Аргентина, Украина, Южная Корея, Латвия, Польша, Бразилия, Чехия, Киргизия, Беларусь, Литва, Армения, Македония, Эстония, Таджикистан, Болгария, Россия, Иран, Румыния, Таиланд, Словакия, Казахстан, Турция, Азербайджан |
| Ниже 5 % | Бангладеш, Китай, Вьетнам, Филиппины, Египет, Танзания |

Составлено по данным Федеральной службы государственной статистики РФ.

К странам, где удельный вес в ВВП социальных услуг находится в пределах среднемирового уровня (до 10 %), относятся скандинавские государства и многие другие развитые европейские страны, некоторые азиатские (Индия, Пакистан), страны Северной и Латинской Америки (Канада и Мексика), страны Восточной Европы (Словения), т. е. охват является довольно широким.

В число государств, где социальная сфера дает менее 10 % ВВП, относятся в основном постсоветские страны, включая и Россию, а также страны с низкими доходами населения (Филиппины, Египет, Танзания).

По имеющимся данным Федеральной службы государственной статистики РФ за 2002–2011 гг., по странам мира занятость населения в социальной сфере варьировала от 29,5 до 3,5 %. К странам, где занятость в социальной сфере превышает 15 %, по большей части относятся развитые страны. Лидерами по числу занятых в образовании и здравоохранении являются социально ориентированные скандинавские страны: Норвегия, Дания и Швеция. Кроме указанных стран, относительно высокий удельный вес занятых в социальной сфере имеет место в некоторых постсоветских странах, в том числе и в России. Но заметим, что в нашей стране по сравнению, например с Норвегией, численность занятых в рассматриваемой сфере на 12,5 % меньше (табл. 2).

Таблица 2
Занятость населения в социальной сфере по странам мира в 2002–2011 гг.

| Интервал | Страны |
|----------------|---|
| От 20 % и выше | Норвегия, Дания, Швеция, Великобритания, Нидерланды, Бельгия, Финляндия, Израиль, США, Узбекистан, Ирландия |
| От 15 до 20 % | Франция, Швейцария, Германия, Австралия, Литва, Канада, Люксембург, Новая Зеландия, Россия, Беларусь, Молдова, Австрия, Эстония, Венгрия, Латвия, Казахстан |
| От 10 до 15 % | Украина, Португалия, Армения, Италия, Словакия, Япония, Испания, Словения, Польша, Чехия, Греция, Таджикистан, Египет, Азербайджан, Болгария, Киргизия, Южная Корея |
| От 5 до 10 % | Бразилия, Румыния, Мексика, Турция |
| Ниже 5 % | Таиланд, Филиппины, Индонезия, Бангладеш |

Составлено по данным Федеральной службы государственной статистики РФ.

Состав стран, где число занятых в здравоохранении и образовании не превышает 15 %, является более разнообразным по сравнению с первой группой. К странам, где занятость в социальной сфере близка к 15 %, относятся как бывшие социалистические государства (Украина, Армения), так и некоторые развитые страны (Португалия, Италия, Япония, Испания). Самый низкий процент занятых, судя по имеющимся данным, наблюдается в бедных азиатских и тихоокеанских странах (Бангладеш, Индонезия, Филиппины): он не превышает и 5 %. Заметим, что в ряде стран с перспективными экономиками (Бразилия и Южная Корея) доля занятых в оказании социально значимых услуг тоже ниже среднемирового уровня.

Таким образом, можно констатировать имеющееся несоответствие вклада социальных услуг в ВВП и их доли в структуре занятости по некоторым странам мира. Так, в скандинавских странах, где в социальной сфере занято практически 30 % населения, услугами образования и здравоохранения формируется около 16 % ВВП. Во многих постсоветских странах занятость в социальной сфере находится на среднемировом уровне и даже его превышает, а вклад в ВВП рассматриваемых отраслей составляет менее 10 %. В России, несмотря на то, что в указанных отраслях занятость составляет 17 % от общего числа, формируется всего 6,6 % ВВП, что свидетельствует, на наш взгляд, о низкой эффективности их функционирования. Однако есть и такие страны, где высокий уровень занятости в отраслях образования и здравоохранения соответствует их высокому вкладу в ВВП и наоборот. К таким государствам можно причислить, например США. Интересно, что к этой же группе относятся Филиппины, Индонезия и Бангладеш.

В целом вклад социальных услуг в ВВП и занятость в рассматриваемой сфере значительны во многих развитых странах. Проследим более подробно, как изменялась доля общественных расходов на образование и здравоохранение в структуре ВВП в разных странах мира по имеющимся данным Всемирного банка за 2008–2010 гг. Если разделить все страны по доле расходов на образование в структуре ВВП на две большие группы (отношению к ее среднему значению), то увидим, что большая часть стран

мира имеет значение доли меньше среднемирового уровня (табл. 3). При этом группа стран с высоким удельным весом затрат на образование в структуре ВВП неоднородна по своему составу. Сюда относятся и развитые, и развивающиеся государства. Так, на протяжении трех лет (2008–2010) лидером по рассматриваемому показателю является Куба — в 2010 г. доля затрат на образование составляла почти 13 % ВВП. В числе лидеров по общественным затратам на образование находится и Молдова. Традиционно высоко значение рассматриваемого показателя в скандинавских странах (Дания, Норвегия, Швеция), ближе к среднемировому уровню находится доля общественных расходов в Великобритании, США и Германии. В 46 странах мира наблюдался небольшой рост удельного веса общественных расходов на образование в структуре ВВП, в тоже время в трети из них происходило снижение доли расходов на образование.

Доля расходов на образование в ВВП изменилась непосредственно после кризиса (в 2009 г. по сравнению с 2008 г.). В большинстве стран доля расходов на образование в ВВП, несмотря на кризис, увеличилась. В 21 стране, по имеющимся данным, удельный вес сократился. К последней группе стран в основном относятся развивающиеся государства Африки, Азии и Латинской Америки. Вместе с тем в их число также входят и некоторые государства с высоким уровнем доходов населения, например США и Израиль. Но стоит отметить, что в указанных странах снижение было меньшим, а первоначальный уровень значительнее, чем в развивающихся государствах.

Что касается стран, где наблюдалось повышение затрат на образование в структуре ВВП, то их состав является неоднородным, поэтому его удобнее рассматривать, выделяя группы с большим, средним и наименьшим процентом увеличения рассматриваемого показателя.

К странам, где увеличение доли общественных затрат на образование в структуре ВВП было наибольшим, относятся в основном развивающиеся страны (Гвинея, Бурунди, Того, Непал, Колумбия и др.). Это можно объяснить низким исходным уровнем анализируемого показателя и реальной возможностью его увеличить.

В число стран со средней степенью увеличения доли расходов на образование входят и европейские страны (Португалия, Литва, Молдова, Ирландия, Словакия, Дания, Чехия, Финляндия, Германия), и некоторые развитые неевропейские государства (Австралия, Новая Зеландия), и развивающиеся страны с разным уровнем доходов населения (Бурунди, Таджикистан, Бенин, Сенегал, Аргентина, Перу, Чили, Мадагаскар), и ряд неевропейских постсоветских стран (Казахстан, Армения, Грузия).

Большинство стран с наименьшей мерой увеличения доли расходов на образование находится в Европе и является развитыми, что объясняется сложностью дополнительного роста показателя из-за его высокого исходного уровня (Австрия, Швеция, Нидерланды, Франция, Великобритания, Италия, Бельгия и т.д.), и некоторые развивающиеся с разным уровнем доходов населения (Мексика, Таиланд, Маврикий, Барбадос и др.).

Россия относится ко второй группе стран, т. е. к тем, в которых доля затрат на образование ниже среднемирового уровня. По состоянию на 2008 г. удельный вес затрат на образование составлял 4,1 %. С такой долей затрат Россия соседствует в рейтинге с Малайзией, Бенином, Мавританией, Колумбией, Чехией. Если же соотнести расходы на образование с численностью населения, то Россия займет еще более незавидное положение.

Доля расходов на здравоохранение в структуре ВВП разных стран мира варьирует от 18 до 1,8 %. Лидерами по доле затрат на здравоохранение являются США, кроме того, в число лидеров входят небольшие государства Тувалу и Маршалловы острова. Группа стран, где доля затрат на здравоохранение выше среднемирового уровня, меньше той, где этот показатель ниже. В отличие от образовательных услуг размер первой группы значительно боль-

Таблица 3

Распределение стран по уровню расходов на образование в структуре ВВП в 2008–2009 гг.

| Уровень | Интервал | Страны | |
|---------------------|---------------|---|---|
| | | 2008 | 2009 |
| Выше среднемирового | От 8 % и выше | Куба, Молдова, Лесото, Тимор-Лешти | Куба, Молдова, Дания, Тимор-Лешти, Соломоновы острова |
| | От 6 до 8 % | Дания, Исландия, Швеция, Норвегия, Бельгия, Финляндия, Намибия, Тунис, Танзания и др. | Исландия, Норвегия, Швеция, Финляндия, Бельгия, Ирландия, Новая Зеландия, Малайзия, Киргизия, Белиз, Эстония, Аргентина, Австрия и др. |
| Ниже среднемирового | От 3 до 6 % | Кыргызстан, Израиль, Гана, Ирландия, Латвия, Новая Зеландия, Эстония, Франция, Марокко, Саудовская Аравия, Австрия, Нидерланды, США, Аргентина, Бразилия, Великобритания, Швейцария, Эфиопия, Вьетнам, Словения, Йемен, ЮАР, Венгрия, Польша, Сенегал, Португалия, Литва, Мексика, Сербия, Канада, Южная Корея, Иран, Германия, Испания, Италия, Австралия, Болгария, Хорватия, Алжир, Малайзия, Россия, Колумбия, Чехия, Руанда, Мали, Чили, Таиланд, Египет, Панама, Нигер, Словакия, Таджикистан, Япония, Гонконг, Армения и др. | Франция, Нидерланды, Израиль, Португалия, Литва, Словения, Бразилия, Латвия, Сенегал, Великобритания, ЮАР, Швейцария, Марокко, США, Гана, Мексика, Австралия, Германия, Венгрия, Монголия, Польша, Канада, Южная Корея, Сербия, Испания, Колумбия, Иран, Италия, Болгария, Эфиопия, Нигер, Беларусь, Гонконг, Чехия, Мали, Хорватия, Оман, Румыния, Чили, Словакия, Таджикистан, Таиланд, Армения, Камерун, Доминика, Индонезия, Сингапур, Азербайджан, Грузия, Гвинея, Индия, Казахстан, Чад, Перу и др. |
| | Ниже 3 % | Камерун, Индонезия, Грузия, Пакистан, Бахрейн, Сингапур, Перу, Филиппины, Либерия, Казахстан, Катар, Азербайджан, Гвинея, Бангладеш, Лаос, Ливан, Центрально-Африканская Республика, Замбия и др. | Гамбия, Пакистан, Филиппины, Бангладеш, Шри-Ланка, Ливан, Центрально-Африканская Республика, Алжир, Ангола, Бахрейн, Бруней-Даруссалам, Камбоджа, Конго и др. |

Составлено по данным Всемирного банка.

ше. Сюда входят многие развитые страны (США, Франция, Нидерланды, Германия, Швейцария, Дания, Канада, Австрия, Бельгия и т. д.), поскольку в них велика как численность пожилого населения, так и доля высокотехнологичной медицинской помощи.

В группу стран, где удельный вес расходов на здравоохранение в ВВП меньше среднемирового уровня, входят развиваю-

щиеся страны с разным уровнем доходов населения, а также страны бывшего социалистического лагеря, в том числе и Россия. В России доля расходов на здравоохранение в ВВП немного выше, чем на образование. При этом в рейтинге по данному показателю наша страна соседствует с Нигерией, Перу, Тонга, Бахрейном. В этих государствах расходы на здравоохранение составляют около 5 % ВВП.

Таблица 4

Распределение стран по уровню расходов на здравоохранение в структуре ВВП в 2008–2010 гг.

| Уровень | Интервал | Страны | |
|---------------------|----------------|---|---|
| | | 2008 | 2010 |
| Выше среднемирового | От 13 % и выше | США, Тувалу, Маршалловы острова, Сьера-Леоне, Тимор-Лешти | США, Маршалловы острова, Тувалу, Микронезия, Сьера-Леоне |
| | От 9 до 13 % | Микронезия, Либерия, Молдова, Франция, Куба, Германия, Швейцария, Австрия, Сербия, Канада, Дания, Португалия, Греция, Бельгия, Нидерланды, Руанда, Новая Зеландия, Никарагуа, Швеция, Исландия, Грузия, Италия, Испания и др. | Франция, Нидерланды, Либерия, Молдова, Германия, Швейцария, Дания, Канада, Лесото, Австрия, Португалия, Бельгия, Куба, Руанда, Сербия, Греция, Грузия, Новая Зеландия, Швеция, Великобритания, Италия, Япония, Норвегия, Испания, Исландия, Словения, Ирландия, Черногория, Бразилия, Финляндия и др. |
| Ниже среднемирового | От 5 до 9% | Великобритания, Лесото, Ирландия, Австралия, ЮАР, Япония, Норвегия, Иордания, Словения, Аргентина, Бразилия, Финляндия, Черногория, Словакия, Ботсвана, Хорватия, Уругвай, Ливан, Чили, Израиль, Конго, Венгрия, Эквадор, Афганистан, Польша, Болгария, Колумбия, Судан, Греция, Намибия, Албания, Украина, Литва, Вьетнам, Латвия, Малави, Южная Корея, Тунис, Тонга, Турция, Замбия, Парагвай, Мексика, Эстония, Беларусь, Кот-д'Ивуар, Сенегал, Иран, Гвинея Биссау, Доминиканская Республика, Кыргызстан, Монголия, Нигерия, Перу, Таджикистан, Мали, Танзания, Гвинея, Узбекистан, Румыния, Йемен, Венесуэла, Гамбия, Нигер, Камерун и др. | ЮАР, Словакия, Австралия, Гвинея Биссау, Ирак, Уругвай, Ботсвана, Аргентина, Эквадор, Чили, Иордания, Конго, Греция, Хорватия, Украина, Афганистан, Колумбия, Израиль, Польша, Доминика, Венгрия, Ливан, Литва, Болгария, Южная Корея, Намибия, Вьетнам, Латвия, Турция, Албания, Мексика, Судан, Доминиканская Республика, Киргизия, Тунис, Эстония, Таджикистан, Танзания, Азербайджан, Парагвай, Замбия, Узбекистан, Гамбия, Сенегал, Беларусь, Камбоджа, Иран, Румыния, Монголия, Гана, Мозамбик, Нигер, Йемен, Камерун, Китай, Нигерия, Перу, Россия, Тонга, Бахрейн, Мали и др. |
| | Ниже 5 % | Ирак, Боливия, Камбоджа, Белиз, Россия, Египет, Китай, Лаос, Азербайджан, Эфиопия, Эритрея, Бахрейн, Кения, Бенин, Мозамбик, Индия, Центрально-Африканская Республика, Таиланд, Казахстан, Армения, Малайзия, Алжир, Чад, Сингапур, Сирия, Шри-Ланка, Папуа Новая Гвинея, Филиппины, Бангладеш, Саудовская Аравия, Ангола, Ливия, ОАЭ, Экваториальная Гвинея, Габон, Конго, Индонезия, Пакистан, Бруней-Дарусаллам, Оман, Катар, Мьянма, Кувейт, Туркменистан и др. | Эфиопия, Гвинея, Венесуэла, Боливия, Ямайка, Кения, Египет, Чад, Экваториальная Гвинея, Лаос, Армения, Малайзия, Мавритания, Казахстан, Саудовская Аравия, Алжир, Индия, Центрально-Африканская Республика, Сингапур, Ливия, Таиланд, ОАЭ, Папуа Новая Гвинея, Филиппины, Бангладеш, Габон, Сирия, Ангола, Шри-Ланка, Бруней-Дарусаллам, Оман, Эритрея, Индонезия, Кувейт, Конго, Туркменистан, Пакистан, Мьянма, Катар и др. |

Составлено по данным Всемирного банка.

По имеющимся данным Всемирного банка, доля расходов на здравоохранение в ВВП в 187 странах за 2008–2010 гг. сократилась в 25 % из них (табл. 4). Эти страны относятся к развивающимся и находятся в различных частях света. В оставшихся 140 странах наблюдается увеличение средней доли расходов на здравоохранение в ВВП. Увеличение доли в среднем за три года было небольшим, поскольку во многих странах в 2010 г. по сравнению с 2009 г. имело место снижение этого показателя. К таким странам относятся как развитые страны (Германия, Великобритания), так и развивающиеся (Саудовская Аравия, Эквадор, Мозамбик и др.). Кроме того, в 2010 г. незначительно сократилась доля расходов на здравоохранение в ряде стран бывшего СССР (Армения, Грузия, Украина, Россия и др.).

В среднем по странам мира затраты на здравоохранение превышают затраты на образование в процентах от ВВП. Особенно это расхождение заметно по развитым странам. Так, в США расходы на образование составляют 5,5 %, а на здравоохранение почти 18 % ВВП. Однако для многих развивающихся стран (особенно беднейших) наблюдается одинаково низкая доля затрат на образование и здравоохранение в ВВП. При этом из правил имеются исключения. Так, затраты и на образование, и на здравоохранение в ВВП находятся на высоком уровне на Кубе (13 и 12 % соответственно). В России на обе

социально значимые сферы затраты в ВВП находятся на уровне ниже среднемировых показателей.

Приведенные статистические данные о расходах различных стран на социальные нужды в части образования и здравоохранения дают основания для ряда выводов. Одинаковые тенденции могут быть характерны для стран с совершенно разным уровнем развития. Объяснение такой ситуации невозможно без исследования исходного уровня затрат на образование и здравоохранение, поскольку их увеличение будет по-разному отражаться на изменении доли расходов на указанные услуги. Кроме того, будет разной структура расходов: идут ли они на высокотехнологичную и качественную медицинскую помощь и современные формы образования либо происходит простое увеличение финансирования на основе давно существующих стандартов. Следовательно, на первый план выдвигается необходимость анализа институциональной среды, определяющей уровень эффективности использования выделяемых финансовых средств, масштабы коррупции и теневого оборота в сферах здравоохранения и образования. Важно учитывать также экономико-политический фактор, поскольку социальные расходы, в том числе на здравоохранение и образование, полагаем, испытывают влияние экономических и политических циклов.

Список использованной литературы

1. Ахинов Г. А. Основы экономики общественного сектора : курс лекций / Г. А. Ахинов. — М. : ТЕИС, 2003. — 148 с.
2. Жильцов Е. Н. Экономика социальных отраслей сферы услуг : учеб. пособие / Е. Н. Жильцов, В. Н. Казаков. — М. : ТЕИС, 2007. — 288 с.
3. Ковалева Г. А. Реформирование системы финансирования государственного и муниципального секторов экономики / Г. А. Ковалева, Э. В. Пешина. — Екатеринбург : Институт экономики УрО РАН, 2008. — 300 с.
4. Кувшинов А. М. Теория и методология стандартов на государственные и муниципальные социальные услуги населению в Российской Федерации / А. М. Кувшинов, Н. А. Цыбулевская. — Екатеринбург : Изд-во Уральского государственного университета, 2009. — 218 с.
5. Пономаренко Е. В. Экономика и финансы общественного сектора : учеб. / Е. В. Пономаренко, В. А. Исаев. — М. : ИНФРА-М, 2007. — 427 с.

References

1. Akhinov G. A. *Osnovy ekonomiki obshhestvennogo sektora* [Fundamentals of Public Economics]. Moscow, TEIS Publ., 2003. 148 p.
2. Zhiltsov E. N., Kazakov V. N. *Ekonomika sotsialnykh otrasley sfery uslug* [Economics of Social Branches of Services Sector]. Moscow, TEIS Publ., 2007. 288 p.
3. Kovaleva G. A., Peshina E. V. *Reformirovanie sistemy finansirovaniya gosudarstvennogo i munitsipalnogo sektorov ekonomiki* [Reforming of the System of Financing of State and Municipal Sectors of Economy]. Ekaterinburg, the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences Publ., 2008. 300 p.

4. Kuvshinov A. M., Tsybulevskaya N. A. *Teoriya i metodologiya standartov na gosudarstvennye i munitsipal'nye sotsial'nye uslugi naseleniyu v Rossiyskoy Federatsii* [Theory and Methodology of Standards for Providing of State and Municipal Social Services to the Population in the Russian Federation]. Ekaterinburg, Ural State University, 2009. 218 p.

5. Ponomarenko E. V., Isaev V. A. *Ekonomika i finansy obshchestvennogo sektora* [Economics and Finance of the Public Sector]. Moscow, INFRA-M Publ., 2007. 427 p.

Информация об авторах

Бурменко Татьяна Дмитриевна — доктор экономических наук, профессор, кафедра экономики и менеджмента сервиса, Байкальский государственный университет экономики и права, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: service@isea.ru.

Тарханова Елена Геннадьевна — кандидат экономических наук, старший преподаватель, кафедра экономики и менеджмента сервиса, Байкальский государственный университет экономики и права, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: lenatarhanova@mail.ru.

Authors

Burmenko Tatiana Dmitrievna — Doctor habil. (Economics), Associate Professor, Department of Economics and Service Management, Baikal State University of Economics and Law, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, Russia, e-mail: service@isea.ru.

Tarkhanova Elena Gennadievna — PhD in Economics, Senior Lecturer, Department of Economics and Service Management, Baikal State University of Economics and Law, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, Russia, e-mail: lenatarhanova@mail.ru.