

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК

**ИНСТИТУТ НАУЧНОЙ ИНФОРМАЦИИ
ПО ОБЩЕСТВЕННЫМ НАУКАМ**

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
И СОЦИАЛЬНЫЕ
ПРОБЛЕМЫ
РОССИИ**

2 - 13

**СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ:
СОЦИАЛЬНО-
ЭКОНОМИЧЕСКИЕ
ПОСЛЕДСТВИЯ**

СБОРНИК НАУЧНЫХ ТРУДОВ

**МОСКВА
2013**

УДК 332(470+571)
ББК 65.9(2Рос)
Э 40

**Центр социальных научно-информационных
исследований**

Отдел экономики

Редакционная коллегия:

Н.А. Макашева – д-р экон. наук, председатель,
Г.В. Семеко – канд. экон. наук, зам. председателя,
В.С. Автономов – чл.-кор. РАН,
Н.И. Иванова – академик РАН,
Е.В. Виноградова – канд. экон. наук

Редактор-составитель выпуска –
канд. полит. наук *С.С. Костяев*

Э 40 **Экономические и социальные проблемы России:**
Сб. науч. тр. / РАН. ИНИОН. Центр социал. науч.-
информ. исслед. Отд. экономики; Ред. кол.: Макашева Н.А.,
гл. ред., и др. – М., 2013. – **№ 2: Старение населения:**
Социально-экономические последствия / Ред.-сост. вып.
Костяев С.С. – 148 с.

Старение населения рассматривается как социально-экономический процесс глобального масштаба. Анализируются социальные и экономические последствия увеличения доли людей «третьего возраста», а также особенности этого процесса в России. Сопоставляются подходы к решению проблем демографического старения в различных странах и возможности использования соответствующего опыта в России.

Для научных работников, преподавателей, студентов и аспирантов.

The issue is devoted to problems of population aging in Russian and abroad. The socio-economic ramifications of population aging are analyzed. The comparative study of these issues is conducted, from the standpoint of applicability in Russia.

Рукописи не рецензируются и не возвращаются.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
<i>Г.В. Семеко.</i> Старение населения в России и его последствия.....	7
<i>Е.А. Пехтерева.</i> Пенсионная реформа в России	35
<i>М.А. Положихина, Л.А. Дартау.</i> Совершенствование медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста в России.....	59
<i>А.А. Щегорцов.</i> Стратегия долголетия: Перспективы и последствия	87
<i>О.Н. Пряжникова.</i> Старение населения Европы. Вызовы и перспективы.....	102
<i>С.С. Костяев.</i> Старение населения и система здравоохранения в США	124

ВВЕДЕНИЕ

Старение населения представляет собой острую проблему для большинства развитых стран. С изменением демографических моделей воспроизводства, снижением смертности и рождаемости, ростом продолжительности жизни, доля пожилых лиц в общей структуре постоянно увеличивается. Это обстоятельство приводит к резкому увеличению социальных расходов на пенсионное обеспечение и здравоохранение. Данный сборник научных трудов представляет собой попытку сделать обзор литературы по различным аспектам проблемы старения населения и его последствий для экономики и общества России, стран Европейского союза и США.

Приведем ряд фактов для иллюстрации остроты проблемы старения населения в мире. Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и более превышает 7%. По состоянию на 1 января 2012 г. 12,8% жителей России относятся к этой группе. К началу 2021 г. доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения страны возрастет до 27%. К 2025 же году в мире доля лиц старше 60 лет составит 27%, при этом, в Африке таких людей будет лишь 10%, Азии – 26%, Латинской Америке – 25%, Северной Америке – 48%, и наиболее тяжелое положение с возрастной структурой в Европе, где люди старше 60 лет будут составлять более половины населения (55%).

Последствия увеличения абсолютного и относительного числа пожилых людей в структуре населения крайне серьезны. Данные Федерального казначейства об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации показывают, что основные «возрастные» расходы российской бюджетной системы составили в 2011 г. 8869 млрд. руб., или 16,3% ВВП, в том числе пенсионное обеспечение – 4704 млрд. руб., или 8,7% ВВП, здравоохранение – 1933 млрд., или 3,6%.

В зарубежных странах результаты старения населения также не замедлили проявиться. Вскоре в развитых государствах возникнет необходимость увеличения зависящих от возраста бюджетных расходов на 6,1 проц. пункта ВВП (до 24,9% ВВП). СФРЭ потребует увеличить финансирование по этим статьям на 4,6 проц. пункта (до 16,8% ВВП), в том числе с 2010 по 2050 г. По оценкам экспертов, для поддержания социальной стабильности России придется увеличить расходы на пенсионное обеспечение – с 8,1% до 14,9% ВВП, а рост расходов на здравоохранение – с 3,5% до 6,% ВВП.

Г.В. Семеко в статье «Старение населения в России и его последствия» рассматривает проблему изменения возрастной структуры жителей нашей страны в сравнительной перспективе, оценивая результаты этого процесса для бюджетной политики России. В работе делается обзор предложений различных экономистов, направленных на адаптацию экономической политики в целом и фискальной, в частности, к ранееуказанным демографическим сдвигам. Е.А. Пехтерева в обзоре «Пенсионная реформа в России» детально разбирает последние предложения российского правительства, направленные на реформирование системы пенсионного обеспечения, принятие всего пакета поправок в пенсионное законодательство ожидается в осеннюю сессию 2013 г. Государственной думы РФ. М.А. Положихина, Л.А. Дартау в статье «Совершенствование медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста в России» представили положение дел со сферой услуг для пенсионеров, указали на проблемные места и выдвинули ряд предложений по изменению «идеологии» старения в нашей стране. А.А. Щегорцов в обзоре «Стратегия долголетия: перспективы и последствия» отметил основные подходы к решению проблемы старения населения в разных странах, сделав особый акцент на положении пенсионеров в Москве. О.Н. Пряжникова в статье «Старение населения Европы. Вызовы и перспективы» анализирует литературу по положению «лиц третьего» возраста в ЕС, где, как отмечалось ранее, проблема с увеличением доли пожилых людей стоит наиболее остро. С.С. Костяев в обзоре «Старение населения и система здравоохранения в США» дает характеристику государственным программам, обеспечивающим медицинское и социальное обслуживание пенсионеров и их функционированию накануне вступления в силу основных положений реформы здравоохранения Барака Обамы.

Таким образом, уменьшение доли населения трудоспособного возраста может привести и к существенному росту социальных расходов в процентах к ВВП вследствие роста демографической нагрузки на одного трудоспособного человека. В свою очередь, рост демографической нагрузки может обернуться ростом налоговой нагрузки и стать фактором бюджетно-финансовой дестабилизации, что может привести к замедлению темпов экономического роста.

Как следует из ранее приведенных данных, старение населения представляет собой наиболее насущную проблему для Европы, чуть лучше дела обстоят в США и Канаде. Азия, Латинская Америка и Африка, за исключением нескольких стран, в силу своей отсталости еще не перешли на характерный для высокоразвитых стран тип демографического развития, отличающийся низкой смертностью и рождаемостью. Одни развитые страны разрабатывают программы «активной старости», целью которых является стремление продлить трудовую деятельность лиц пожилого возраста, сделать их вклад в общественную жизнь более полным. Другие (США) делают попытки реформировать иммиграционную политику, которая, по гамбургскому счету, является единственным реалистичным способом решения проблемы старения населения, что, в свою очередь, создает другие проблемы адаптации мигрантов из других культурных сред и религиозных традиций.

Г.В. Семеко

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РОССИИ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

Общемировые демографические тенденции отчетливо проявляются в России. Современная Россия, как и все другие страны мира, отличается высокой долей населения старше трудоспособного возраста, причем рост удельного веса старшей возрастной группы (пожилого населения) ускоряется. В настоящее время доля пожилого населения в России близка к показателю наиболее развитых стран и существенно выше, чем в среднеразвитых (тем более в менее развитых). Россия близка к развитым странам и с точки зрения динамики удельного веса пожилого населения [Кудрин А., Гурвич Е., 2012, с. 54]. Согласно докладу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), опубликованному в начале 2013 г., по средней продолжительности жизни в целом, наша страна заняла предпоследнее место среди 46 европейских и среднеазиатских стран после Киргизии [Белый М., 2013]. Средняя продолжительность жизни российских мужчин составляет 62,8 года, и это самый низкий показатель. Дольше всех среди мужчин живут израильтяне (в среднем 80,1 года), за ними следуют англичане (78,4 года). Самая высокая продолжительность жизни среди женщин зафиксирована в Испании (85 лет). Второе место заняли француженки (84,8 года). Меньше всех живут гражданки Киргизии (73 года), россиянки – на год дольше их. Экономический рост последнего десятилетия практически не привел к росту продолжительности жизни в нашей стране. По оценкам экспертов ВОЗ, россияне губят не только пьянство, курение и неспортивность, но и плохое настроение, неуверенность в завтрашнем дне и боязнь старости, которая в сознании большинства ассоциируется с нищетой.

Особенности старения населения России

Согласно международным критериям население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и более во всем населении превышает 7%. В настоящее время (по состоянию на 1 января 2012 г.) почти каждый восьмой россиянин (18 276 тыс. человек, т.е. 12,8% жителей страны) находится в возрасте 65 лет и более (рассчитано по [Росстат. Распределение численности...]).

Для большинства европейских стран характерно непрерывное ежегодное снижение смертности во всех возрастах, что и дает прирост продолжительности жизни. В России, в отличие от этого, на протяжении последних 20 лет у мужчин в возрасте от 25 до 75 лет, а у женщин в возрасте от 20 до 65 лет возрастные коэффициенты смертности не только не снижались, но во многих случаях росли. Из-за неспособности преодолеть затяжной кризис смертности Россия несет огромные людские потери. Неблагополучие со смертностью в России нельзя объяснить какой-либо одной причиной, действует много неблагоприятных факторов, в их числе высокий уровень преждевременной смертности, во многом обусловленный неспособностью установить эффективный контроль над некоторыми ключевыми причинами смерти, такими как болезни системы кровообращения и внешние причины (самоубийства, убийства, несчастные случаи и т.п.).

Возрастно-половая структура населения России сформировалась под влиянием двух групп факторов [Денисенко М., 2012, с. 158]. Первая группа связана с закономерным снижением рождаемости и смертности в процессе демографического перехода. По сравнению с 1897 г. основание демографической пирамиды России заметно сузилось, что является прямым результатом снижения рождаемости. В 2012 г. рождалось меньше детей, чем в 1897-м, хотя численность населения в конце XIX века (население страны было тогда преимущественно детским) была в 1,5 раза меньше, чем сейчас. Доля детей до 15 лет приближалась к 40%, в то время как в 2012 г. равнялась 15,5% (рассчитано по [Росстат. Распределение численности...]).

В области старения населения в Российской Федерации в настоящее время характерны следующие тенденции.

1. Увеличение численности жителей в возрасте старше трудоспособного, что ведет к значительным деформациям возрастной пирамиды населения России. По состоянию на 1 января 2012 г. в России насчитывалось 32 433 тыс. человек старше трудоспособного

возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) против 27 621 тыс. в 1990 г. Численность жителей в трудоспособном возрасте уменьшилась с 90 157 тыс. человек в 2006 г. до 87 055 тыс. человек в 2012 г., т.е. на 3,56% (рассчитано по [Росстат. Распределение численности...]).

По прогнозам численность младшей возрастной группы останется практически неизменной, а численность старшей (более 60 лет) в ближайшие 50 лет будет расти при снижении численности населения трудоспособного возраста. Между 2050 и 2060 г. численность старшей группы достигнет максимума – 39 млн. человек, а группы в трудоспособном возрасте, напротив, минимума – 64 млн. [Кудрин А., Гурвич Е., 2012, с. 54].

2. Увеличение удельного веса населения в возрасте старше трудоспособного в населении страны. Доля тех, кто старше 60 лет, выросла с 6,5% в конце XIX в. до 8,6% в 1939 г. и до 21,5% в 2002 г. [Андреев Е., Вишневский А.]. Численность пенсионеров по старости (по состоянию на 1 января 2012 г.) достигла 22,67% населения (рассчитано по [Росстат. Распределение численности...]).

3. Сохранение гендерной диспропорции в населении старше трудоспособного возраста. Процесс демографического старения населения в гораздо большей степени характерен для женщин. В структуре населения в возрасте 65 лет и старше женщины составляют более двух третей (68,58%) (рассчитано по [Росстат. Распределение численности...]). В 2011 г. на 1000 мужчин в возрасте 60 лет и старше приходилось 1909 женщин, в том числе в городской местности – 1935 женщин, в сельской местности – 1839 женщин [Самарина О.В., 2012, с. 12].

4. Неравномерность протекания процесса старения населения по территории страны. Особенно выражен процесс старения населения в европейской части России, где доля лиц пенсионного возраста превышает 23%. Большая часть пожилых людей проживает в городах. В тоже время среди сельского населения их доля составляет почти 23%, что на 2,9 процентных пункта превышает аналогичный показатель для населения городов [Роик В.Д., доклад, 2009, с. 8]. Перевес людей старшего возраста имеет место в 62 субъектах Российской Федерации, наибольший: в Тульской области и г. Санкт-Петербурге – в 2 раза, Рязанской и Воронежской областях – в 1,9 раза, Тамбовской, Ленинградской, Ивановской, Пензенской, Псковской, Ярославской областях, г. Москве – в 1,8 раза.

5. Рост продолжительности жизни всего населения – с 67,51 года в 2007 г. до 70,3 года в 2011 г. и сохранение, хотя и сокращающееся, разрыва в продолжительности жизни мужчин и женщин (продолжительность жизни женщин в 2007 г. составила 73,90 года, в 2011 г. – 76,14 года, а мужчин, соответственно, 61,4 года и 64,32 года) [Самарина О.В., 2012, с. 12].

6. Рост показателя демографической нагрузки, который достиг в 2012 г. 643 человек на 1000 трудоспособного населения против 590 человек в 2009 г. и 589 человек в 2006 г. (рассчитано по [Росстат. Распределение численности...]). В настоящее время Россия вступила в длительный период, который будет продолжаться до середины XXI в., когда эта пропорция будет ухудшаться. За ближайшие 40 лет коэффициент демографической нагрузки увеличится в 2,3 раза [Гурвич Е.Т., 2012, с. 178].

По прогнозам Росстата, в предстоящем десятилетии перечисленные выше тенденции, характеризующие старение населения в Российской Федерации, сохранятся. По высокому варианту прогноза Росстата к началу 2021 г. доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения страны возрастет до 27,0%, а их численность достигнет 39,4 млн. человек. В 2020 г. ожидаемая продолжительность жизни составит для всего населения 75,7 года, в том числе у мужчин – 70,6 года, у женщин – 81,0 года [Самарина О.В., 2012, с. 12–13].

В перспективе проблема старения населения России станет еще более острой. Так, согласно официальному демографическому прогнозу в 2030 г. доля населения в возрасте 65 лет и более возрастет до 18% (по наиболее оптимистическому варианту роста общей численности жителей России) и до 19,4% (при пессимистическом варианте) [Гонтмахер Е., 2012, с. 22].

По расчетам экспертов рейтингового агентства «Standard & Poor's», численность пожилых людей в России достигнет в 2030 г. 29% населения, а в 2050 г. – 39% [Global aging, 2010, с. 31]. По этому показателю в 2050 г. Россия, по прогнозу, будет примерно на равных с такими развитыми странами, как США (35,0%), Великобритания (39,4), Австрия (39,0), Канада (42,0), Бельгия (42,5%). Более высокая доля пожилого населения прогнозируется в 2050 г. в Германии (58,1%), Греции (50,1), Италии (56,3), Южной Корее (61,0), Испании (56,9), Швейцарии (56,0%) [Global aging, 2010, с. 29–31].

Такая тенденция связана с несколькими общемировыми факторами, которые характерны (в той или иной степени) и для России, указывает Е. Гонтмахер:

- снижение уровня рождаемости до величин, недостаточных для обеспечения положительного естественного прироста населения;
- улучшение у значительной части населения условий жизни, что увеличивает среднюю продолжительность ожидаемой жизни;
- успехи медицины, которая использует все более совершенные лекарства и процедуры;
- выдвигание на первый план индивидуальной ценности здорового образа жизни.

Главная причина старения в России – снижение рождаемости. Напротив, высокая смертность замедляет старение, так как многие не доживают до старости или живут в преклонном возрасте меньше, чем в других странах. В странах, добивающихся значительных успехов в увеличении средней продолжительности жизни, растет доля «самых старых» (самый верхний сегмент возрастной пирамиды); здесь в условиях низкой рождаемости население стареет в результате увеличения средней продолжительности жизни и снижения смертности в старших возрастах благодаря достижениям медицины.

Рождаемость. Снижение рождаемости наблюдается в России давно. При этом положение России не является исключительным. В последнем десятилетии XX в. суммарный коэффициент рождаемости упал до уровня ниже 1,4 во многих странах, что связано с логикой демографического перехода. По этому показателю Россия была близка к таким разным странам Центральной, Восточной и Южной Европы, как Болгария, Латвия, Чехия, Испания, Словения, Греция, лишь немного (в меньшую сторону) отличалась от Швейцарии, Канады, многих других вполне благополучных или бурно развивающихся в экономическом отношении стран мира. Такой же уровень рождаемости, как и в России, был в Японии, где, как и в России, демографический переход от высокой рождаемости к низкой начался несколько позднее, чем в Западной Европе.

По уровню рождаемости и его динамике Россия почти не отличается от стран Восточной Европы и новых независимых государств, образовавшихся на европейском пространстве бывшего СССР. Эти страны также вступили в период демографического перехода, происходит их сближение с ведущими странами Запада по основным демографическим процессам. Такое сближение с Западом представляется совершенно естественным в силу большого сходства таких ключевых для демографического поведения факторов, как степень урбанизации и образ жизни в городах, уровень образования населения, изменившееся положение женщины в обществе и семье, требования, предъявляемые к подрастающим по-

колениям, растущая автономия молодежи и пожилых от семейного ядра и т.п. Продолжающиеся социально-экономические изменения еще больше усиливают сходство России с Западом, а тем самым и действие факторов, предопределяющих конвергентное демографическое развитие.

Чтобы население не убывало при современном режиме смертности, рождаемость должна поддерживаться на уровне не ниже 2,1 ребенка на 1 женщину. Согласно принятой среди экспертов классификации, к низким относятся значения суммарного коэффициента рождаемости (число детей в расчете на 1 женщину) в пределах 1,8–2,2, к очень низким – 1,5–1,7, к сверхнизким – 1,4 ребенка и ниже [Захаров С., 2012, с. 16].

В России суммарный коэффициент рождаемости постоянно снижался с начала 1960-х годов, когда он равнялся 2,54. Самого низкого уровня данный показатель достиг в 1995 г. (1,377), а затем начал повышаться и составил в 2011 г. 1,582 ребенка на 1 женщину [Росстат. Суммарный коэффициент рождаемости]. По принятой международной классификации суммарный коэффициент рождаемости в России с 1995 по 2006 г. был сверхнизким, с 2007 г. – очень низким.

С начала 1990-х годов к объективным демографическим причинам снижения рождаемости в России добавилась конъюнктурная составляющая (экономические и политические неурядицы, болезненные реформы и т.д.), что вызвало нарушение регулярности эволюционного демографического процесса и значительные колебания числа рождений. За 20 лет (1991–2010) в России родилось 29,3 млн. детей – на треть (или на 15 млн.) меньше, чем за предыдущие два десятилетия [Вишневский А., 2012, с. 7]. Следует отметить, что число рождений сильно зависит от численности родившихся ранее поколений. В целом колебания численности поколений детей повторяют колебания численности поколений их родителей. Начиная с поколений, родившихся в середине XX в., соотношение численности родительских и детских поколений (условно разделенных периодом в 26 лет) приобрело определенную устойчивость: поколения родителей воспроизводились в поколениях детей примерно на 70–75%, что отражало общую тенденцию к снижению рождаемости. В настоящее время соотношение «дети–родители» практически не меняется (в 2010 г. оно составило 74%) [Вишневский А., 2012, с. 8]. Несмотря на это в последнее время усилиями, главным образом, политиков и специалистов-демографов широко распространилась точка зрения о «необыкновен-

ном росте» рождаемости в России, в особенности с 2007 г., когда государством были приняты специальные меры по материальному стимулированию рождаемости [Росстат. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения].

На первый взгляд, есть все основания говорить о ее позитивной динамике в «нулевые» годы, отмечает С. Захаров, заместитель директора Института демографии НИУ ГУ-ВШЭ. В 2000–2009 гг. (исключение – 2005 г.) число рождений в России увеличивалось. По сравнению с минимальным показателем, достигнутым в 1999 г., – 1214,7 тыс., число живорождений в 2010 г. (без учета Чеченской республики) увеличилось более чем внушительно – на 537,8 тыс., или на 44%. В 2007 г. прирост рождений был наиболее значительным – 8,7%. Однако в 2008, в 2009 и 2010 годах темпы прироста быстро падали – соответственно 6,4%, 2,8, 1,5% [Захаров С., 2012, с. 1]. Данные за 2011 г. свидетельствуют, что рост числа рождений в России завершился: число рождений не отличается существенно от предыдущего года (1 796 629 против 1 788 948 в 2010 г.) [Росстат. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения].

Увеличению числа рождений на протяжении последнего десятилетия способствовала благоприятная возрастная структура населения – число женщин основного детородного возраста (до 35 лет) находилось в фазе роста. Однако, как свидетельствуют расчеты, положительное влияние фактора структуры исчерпало себя. В 2010 г. роль возрастной структуры в изменении числа рождений стала отрицательной, сократился прирост числа рождений. Негативные структурные сдвиги будут играть отрицательную роль в динамике числа рождений не менее двух десятилетий, считает С. Захаров [Захаров С., 2012, с. 1].

Продолжительность жизни. Наиболее сильное влияние на удельный вес пожилого населения оказывает увеличение продолжительности жизни.

За период с 1950 по 2010 г. средняя длительность жизни в мире увеличилась более чем на 20 лет (почти в 1,5 раза) [Кудрин А., Гурвич Е., 2012, с. 60]. В отличие от других стран, Россия в последние полвека «топталась на месте»: продолжительность жизни увеличилась лишь на три года. Если в середине XX в. мы были близки к наиболее развитым странам и по значению этого показателя, и по темпам его роста, то уже во второй половине 1960-х годов продолжительность жизни перестала расти. На рубеже столетий Россия сравнялась по этому показателю со среднеразвитыми странами.

Сопоставление показателя ожидаемой продолжительности жизни в России с показателями большинства развитых стран говорит о том, что ситуация со смертностью в России не может считаться благополучной. В 2011 г. соответствующий показатель равнялся 70 годам против 84 лет в Японии, 83 в Швейцарии, 82 в Израиле, 82 в Испании, Италии, Франции и Швеции, 81 год в Австрии, Германии, Нидерландах и Норвегии и т.д. [Вишневский А., 2012, с. 18]. Разрыв между Россией и многими европейскими и другими развитыми странами сейчас больший, чем он был в начале XX в.

Россия вступила в постсоветский период своей истории с очень низкой продолжительностью жизни. Это стало результатом кризиса смертности, который развивался в СССР с середины 1960-х годов и был одной из наиболее характерных черт «эпохи застоя», считает Вишневский [Вишневский А., 2012]. В период «перестройки» (вторая половина 1980-х годов) наблюдалось некоторое улучшение показателей смертности, именно тогда был достигнут исторический максимум ожидаемой продолжительности жизни советского периода – 70,13 лет в 1987 г. (для обоих полов), в том числе для мужчин в 1987 г. 64,83 года и для женщин в 1989 г. 74,5 года [Вишневский А., 2012, с. 17]. В 1990 г. все эти показатели были уже ниже достигнутого максимума. Хотя они оставались относительно неплохими на фоне провальных 1970-х годов и первой половины 1980-х годов, но по мировым стандартам того времени являлись весьма низкими.

В последующие два десятилетия борьба за снижение смертности велась с переменным успехом. Некоторые скромные успехи наблюдались в 2004–2011 гг. В частности, в 2009–2011 гг. удалось немного превысить прежний максимум ожидаемой продолжительности жизни у женщин, достигнутый в 1989 г. У мужчин до сих пор не достигнут максимум 1987 г., а потому не был превышен исторический максимум для обоих полов, зафиксированный в 1987 г. [Вишневский А., 2012, с. 17].

Хотя в начале 2012 г. российский президент В. Путин заявил, что средняя продолжительность жизни в России для обоих полов превысила 70 лет, по данным Росстат, опубликованным в начале 2013 г., ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении в России в 2012 г. составила 69,70 года [Лялякина А., 2013]. Таким образом, по предварительным данным статистического ведомства, в минувшем году этот демографический показатель пошел на убыль впервые с 2003 г. В течение десятилетия ожидаемая продолжительность прибавляла от 0,06 до 1,32 пункта в год и вы-

росла с 64,84 в 2003 г. до 69,83 года в 2011 г. В прошлом году был зафиксирован небольшой спад, и эксперты-демографы считают, что он обозначил тенденцию падения ожидаемой продолжительности жизни при рождении.

Российские власти ставят задачу увеличить продолжительность жизни населения до уровня развитых стран. В частности, Министерство здравоохранения и социального развития страны планирует увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 году до 70 лет, к 2025 году – до 75 лет [Демографическая политика Российской Федерации на период до 2025 года].

Согласно прогнозам, в обозримой перспективе показатель ожидаемой продолжительности жизни в России будет повышаться такими же темпами, как и для населения мира в целом и средне-развитых стран. К середине XXI в. продолжительность жизни в России вырастет до 75 лет, к концу века достигнет 82 лет [Кудрин А., Гурвич Е., 2012, с. 60].

Отношение российского общества и российской власти к проблемам охраны здоровья и снижения смертности остается крайне неудовлетворительным. С 2000 по 2009 г. доля совокупных затрат на охрану здоровья из всех источников повысилась с 3,7% до 6%, а в 2010 г. снова снизилась до 5,5% [Вишневский А., 2012, с. 28]. Но и 6% от ВВП в России с ее накопившимися проблемами в области охраны здоровья – ничтожная величина, считает А. Вишневский. Учитывая, что и сам ВВП в России в расчете на душу населения в абсолютном выражении не особенно высок, низкая доля затрат на здравоохранение в ВВП означает, что реально на охрану здоровья и борьбу за снижение смертности направляются совершенно недостаточные ресурсы. В 2010 г. затраты на охрану здоровья, включая расходы консолидированного бюджета, платные медицинские услуги и расходы населения на приобретение фармацевтических, медицинских и ортопедических товаров, составили в расчете на душу населения 17,3 тыс. руб. (порядка 800 долл.). Если сравнить эту величину с соответствующими затратами в странах с низкой смертностью, то очевидно многолетнее недофинансирование сферы здравоохранения. Так, душевые затраты на здравоохранение из всех источников (по паритету покупательной способности) равнялись в 2009 г. в США – 7960 долл., Норвегии – 5352, Швейцарии – 5144, Канаде – 4363, Германии – 4218, Франции – 3978, Великобритании – 3487, Италии – 3137, Японии – 2878 долл. [Вишневский А., 2012, с. 29].

Последствия старения населения России

Последствия старения населения многообразны и охватывают как экономические, так и социальные аспекты: повышение расходов общества на поддержку пожилого населения, изменения условий жизни и структуры семьи, а также отношений между поколениями.

Предстоящие демографические изменения неизбежно будут иметь многочисленные социальные и экономические последствия. Среди них можно выделить следующие [Кудрин А., Гурвич Е., 2012].

1. Смещение структуры спроса из-за изменения возрастной структуры населения. Это коснется спроса на рыночные товары и услуги, но – что важнее, – и спроса на услуги, обеспечиваемые государством. С повышением возраста увеличивается потребность в услугах здравоохранения, а наиболее пожилым часто требуется дополнительная социальная опека. В то же время снижение рождаемости приводит к уменьшению числа учащихся средней школы.

2. Изменение объема и структуры сбережений. Поскольку периоды формирования и использования сбережений чередуются, сдвиги в возрастной структуре населения существенно влияют на их динамику. Отметим, что сокращение удельного веса младших групп снижает нагрузку на работающее население, а рост численности старших групп создает дополнительную нагрузку на государственные финансы, увеличивая потребность в трансфертах из бюджета. Как следствие, изменяются спрос на финансовые активы и их стоимость, а также рыночные процентные ставки.

3. Снижение предложения труда из-за старения населения. В России изменение численности населения при неизменных показателях трудовой активности приведет к сокращению численности экономически активного населения на 20 млн. человек. При той же производительности труда это замедляет рост душевого ВВП, а следовательно, и повышение уровня жизни.

4. Существенное изменение потоков финансовых ресурсов и обязательств между поколениями. «Легкий» способ решения бюджетных проблем, обусловленных демографическими тенденциями, состоит в наращивании государственного долга. Другой канал нарушения баланса межпоколенческих отношений связан с изменением соотношения между численностью работников и пенсионеров в условиях распределительной пенсионной системы.

5. Значительное увеличение потребности в бюджетных ресурсах вследствие роста доли пожилого населения. В настоящее время общепризнано, что старение населения представляет главную

долгосрочную угрозу бюджетной стабильности практически во всех странах. Величина ожидаемых сдвигов в возрастной структуре населения в сочетании с повышенными расходами для пожилых определяют масштабность необходимых дополнительных расходов.

Старение населения в Российской Федерации, указывает О.В. Самарина, директор департамента демографической политики и социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, порождает необходимость привлечения во все более возрастающих масштабах значительных финансовых, материальных и трудовых ресурсов для реализации целей государственной политики в отношении пожилых людей, обеспечения достойного уровня и качества их жизни путем материального обеспечения; медицинской помощи и лекарственного обеспечения; социального обслуживания; обеспечения доступности среды жизнедеятельности, в том числе образовательных, социально-культурных и досуговых услуг; содействия занятости [Самарина О.В., 2012].

Влияние старения населения на бюджетные показатели обусловлено тем, что существенная часть расходов либо имеет четкую адресную направленность, определяемую возрастом, либо меняется в зависимости от возрастной группы. Расходы на детские пособия и школьное образование ограничены возрастом до 17 лет, а выплата пенсий, напротив, проводится после достижения установленного законом возраста. Право на получение бесплатного лечения может не зависеть от возраста, однако фактически государство тратит на лечение пожилых граждан заметно больше, чем молодых.

Начало глубокому анализу влияния старения населения в целом на бюджетные расходы положило исследование ОЭСР в 2001 г. [Dang T., Antolin P., Oxley H., 2001]. Расчеты показали, что в среднем по странам ОЭСР расходы, связанные с возрастом, составляли более 21% ВВП (половину всех государственных расходов). Основная их доля (15% ВВП, или 35% всех государственных расходов) предназначалась старшим группам населения. Самое крупное направление «возрастных» расходов составляли пенсии (9% ВВП), на долю здравоохранения приходилось 6% ВВП [Dang T., Antolin P., Oxley H., 2001, с. 25].

Существенное преобладание расходов на старших граждан по сравнению с расходами на молодых типично для большинства стран. Так, в США, по расчетам Д. Уэйла, почти 60% всех расходов можно «привязать» к определенным возрастным группам. При этом бюджетные расходы на пожилого жителя в 8 раз превышают

расходы на гражданина трудоспособного возраста и в 25 раз – расходы на ребенка [Weil D.N., 2006, с. 9].

Сходные результаты показали два недавних исследования, проведенные Евростатом и рейтинговым агентством «Standard & Poor's». В исследовании Евростата суммарные расходы с выраженной ориентацией на определенные возрастные группы были оценены в среднем по странам ЕС на уровне 23% ВВП [The 2009 Ageing report: Economic and budgetary projections, 2009, с. 26]. За вычетом дополнительно включенных расходов на социальную опеку и пособия по безработице результат полностью совпадает с ранее сделанной оценкой для стран ОЭСР. Отметим существенные различия между «возрастными» расходами для развитых стран (более 26% ВВП) и стран с формирующейся рыночной экономикой (17% ВВП) [The 2009 Ageing report: Economic and budgetary projections, 2009, с. 26].

Исследования агентства «Standard & Poor's» отличаются более широкой выборкой: в него включены не только все крупные развитые страны, но и практически все страны с формирующейся рыночной экономикой (СФРЭ) (всего 50 стран), в частности все представители группы БРИКС [Mrsnik M., Beers D.T., Morozov I., 2010; Global aging 2013: Rising to the challenge, 2013]. Агрегированные оценки показывают существенные количественные различия между рассматриваемыми группами стран при качественно сходной ситуации (правда, здесь не учитывались расходы на образование).

В целом, бюджетные расходы на поддержку старших возрастных категорий населения для СФРЭ в 2010 г. (около 12,2% ВВП) здесь также оказались значительно ниже, чем для развитых стран (более 18,8% ВВП) [Global aging 2013: Rising to the challenge, 2013]. При этом структуры «возрастных» расходов для этих групп стран примерно похожи: 37–39% приходится на долю общественного здравоохранения, примерно 55% – на долю пенсионных выплат [Global aging 2013: Rising to the challenge, 2013].

В целом, долгосрочные прогнозы «Standard & Poor's», учитывающие возможное воздействие демографических тенденций на бюджетные расходы, рисуют неутешительную картину. Для развитых стран они предсказывают необходимость увеличения зависящих от возраста бюджетных расходов примерно на 6,1 проц. пункта ВВП (до 24,9% ВВП). СФРЭ потребуется увеличить финансирование по этим статьям на 4,6 проц. пункта (до 16,8% ВВП), в том числе для России возникающая потребность в дополнительных бюджетных ресурсах оценивается в 10,1 проц. пункта ВВП (с 11,8% ВВП в 2010 г. до 21,9% в 2050 г.). Иными словами, неблагоприят-

ные демографические сдвиги могут потребовать удвоения (в процентах ВВП) государственных расходов на поддержку пожилого населения. При этом наиболее сильно должны возрасти бюджетные расходы на пенсионное обеспечение – с 8,1% ВВП до 14,9% (т.е. на 6,8 проц. пункта), а рост расходов на здравоохранение должен быть меньшим – с 3,5% ВВП до 6% (т.е. на 2,5 проц. пункта) [Global aging 2013: Rising to the challenge, 2013].

Увеличение бюджетных «возрастных» расходов останется одним из главных факторов дестабилизации государственного бюджета России в ближайшие десятилетия, как, впрочем, и других стран мира. Согласно базовому сценарию «Standard & Poor's» (no policy change scenario), исходящему из предположения, что государство не будет менять свою политику в связи со старением населения, размер чистого государственного долга развитых стран может возрасти с 59% ВВП в 2010 г. до 216% в 2050 г., а СФРЭ – с 31% до 149%. Для России прогнозируется повышение этого показателя до 444% ВВП в 2050 г. По другим сценариям, предполагающим действия государств по стабилизации бюджета, изменению его структуры и т.д., прогнозы на 2050 г. выглядят более оптимистично, в частности размер чистого государственного долга России можно удержать в рамках 50% ВВП, а развитых стран и СФРЭ – соответственно 71 и 47% [Global aging 2013: Rising to the challenge, 2013].

Данные Федерального казначейства об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации показывают, что основные «возрастные» расходы российской бюджетной системы составили в 2011 г. 8869 млрд. руб., или 16,3% ВВП, в том числе пенсионное обеспечение – 4704 млрд. руб., или 8,7% ВВП, здравоохранение – 1933 млрд., или 3,6%, образование – 2232 млрд., или 4,1% [Кудрин А., Гурвич Е., 2012, с. 59].

Сопоставление этих данных с оценками для других стран свидетельствует о том, что «возрастные» расходы в России несколько ниже, чем в наиболее развитых странах, однако существенно выше, чем СФРЭ, куда включается и РФ. Следовательно, ухудшение демографических показателей может оказать значительное негативное воздействие на нашу бюджетную систему.

Помимо увеличения расходов государственного бюджета и рисков его существенной дестабилизации, старение населения может привести к замедлению темпов роста душевого ВВП. На этот момент указывает, в частности, М.Э. Дмитриев, президент Центра стратегических разработок [Дмитриев М.Э., 2010]. Это связано с несколькими причинами.

1. Снижение численности трудоспособного населения при тех же темпах роста производительности труда и уровне экономической активности обеспечивает более медленные темпы роста совокупного ВВП, а так как при этом снижается как доля трудоспособных людей во всем населении, так и темпы роста ВВП. Последние показатели могут снизиться по этой причине примерно на 0,8 процентного пункта в год даже без учета возможного повышения рождаемости в ближайшие годы, которое влечет дополнительное снижение доли трудоспособного населения в общей численности населения в период до 2025–2030 года. При прочих равных условиях, это снижение доли трудоспособного населения эквивалентно уменьшению в 2020 г. душевого ВВП на 10% (т.е. на 3 тыс. долл. в ценах 2007 г.) по сравнению со сценарием стабильной доли трудоспособного населения [Дмитриев М.Э., 2010, с. 12].

2. Уменьшение доли населения трудоспособных возрастов может привести к существенному росту социальных расходов в процентах к ВВП вследствие роста демографической нагрузки на одного трудоспособного. В свою очередь, рост демографической нагрузки может обернуться ростом налоговой нагрузки и стать фактором бюджетно-финансовой дестабилизации, что может привести к замедлению темпов экономического роста.

3. Отсутствие притока рабочей силы затрудняет инвестиции в новые производства и технологические инновации, как минимум по трем направлениям:

- во-первых, создание новых рабочих мест оказывается в зависимости от ликвидации существующих рабочих мест; если процесс ликвидации рабочих мест почему-либо не происходит, это препятствует и созданию новых рабочих мест;

- во-вторых, освоение новых компетенций в меньшей степени происходит за счет притока молодых кадров с современным образованием и в большей мере за счет переподготовки кадров в зрелых возрастах, обладающих устаревшими компетенциями; такая переподготовка не всегда может приводить к желаемому результату;

- в-третьих, по мере приближения экономики к мировой границе производительности все возрастающую роль в поддержании темпов роста душевого ВВП начинают играть инновации. Как показали исследования, интенсивность инноваций тесно связана с ростом численности экономически активного населения и повышением его образовательного уровня. Вступление российской экономики в инновационную стадию роста и ее приближение к мировой

технологической границе со временем тоже приведет к повышению роли инноваций в поддержании экономического роста. В этом контексте снижение численности трудоспособного населения России при относительно высоком стартовом уровне его образования может замедлять темпы роста инновационной активности и общие темпы экономического роста.

4. Повышение доли пожилого населения может повлечь за собой уменьшение сбережений. Чистый вклад пожилых людей в прирост сбережений населения, как правило, является отрицательным. Иными словами, обычно пенсионеры в большей степени расходуют уже сформированные накопления и в меньшей степени формируют новые сбережения [Дмитриев М.Э., 2010, с. 13].

В условиях сокращения численности трудоспособного населения рост производительности труда становится ключевым условием поддержания высоких темпов роста российской экономики.

Старение населения и повышение коэффициента демографической нагрузки представляют собой фундаментальный вызов для пенсионной системы. Проблемы пенсионной системы страны, накопленные в течение долгого времени, уже не могут быть устранены одним или двумя локальными решениями. Поддержание пенсионной системы в прежнем виде возможно только двумя путями: во-первых, за счет увеличения трансфертов из федерального бюджета в Пенсионный фонд, что имеет свои естественные пределы или же на предстоящие десятилетия деформирует сам бюджет, что станет тормозом для экономического развития страны, или же, во-вторых, за счет увеличения отчислений в пенсионную систему со стороны работодателей, что поставит под удар едва ли не единственное достижение экономической политики 2000-х годов [Гонтмахер Е., 2012]. Наиболее вероятное следствие таких решений – новый виток «тенеvizации» экономики и ухудшение делового климата в стране. Кризис пенсионной системы в этих условиях неминуем. Пенсионная система не только перестанет выполнять свою важнейшую социальную функцию – обеспечение достойного уровня жизни лиц, ушедших по возрасту с рынка труда, но и превратится в остро негативный макроэкономический фактор и препятствие для экономического роста.

По существу на повестку дня встает вопрос о новом этапе реформирования пенсионной системы. Новая пенсионная система, считает Е. Гонтмахер, должна превратиться из инструмента борьбы с бедностью в систему страхования и накоплений. Только в таком случае эта система окажется адресованной не только бедным, но и

всем социальным группам, включая средне- и высокооплачиваемых работников. Необходимо усилить роль накопительного элемента в пенсионной системе, исходя из понимания необратимого влияния демографических факторов. В результате их действия полное финансирование пенсии многочисленных и постоянно растущих поколений пожилого населения за счет неизменных или даже сокращающихся поколений экономически активного населения в ближайшей перспективе крайне затруднено, а в долгосрочной – невозможно. Усиление роли накопительных принципов должно касаться как добровольной пенсионной системы, так и обязательной.

Для этого целесообразно действовать одновременно по двум направлениям, считает Е. Гонтмахер:

- дальнейшее повышение, начиная с 2014 г., размера обязательного страхового платежа в накопительную часть – с нынешних 6% заработной платы до 8–10%, а, возможно, даже 12% для наиболее молодых категорий работников. При этом, соответственно, должны снижаться обязательные отчисления на обеспечение страховой части будущих пенсий. Это должно обеспечить за счет обязательного накопительного элемента тем, кто будет выходить на пенсию начиная с 2022 г., не менее 10–15% от будущей пенсии, а для последующих возрастных когорт уже к 2030–2035 гг. обеспечить повышение этой доли до 30–40%;

- дополнительным источником повышения пенсии за счет собственных накоплений может стать дальнейшее развитие программы добровольного софинансирования будущей пенсии. Необходимо уже в ближайшие 2–3 года существенно поднять объемы государственного софинансирования с нынешних 12 тыс. руб. до не менее 40–50 тыс. руб. в год. Наряду с взносом работодателя это поможет сформировать сумму, достаточную для увеличения средней трудовой пенсии не на 2 тыс. руб., как это вытекает из нынешних правил, а на 10–15 тыс. руб. в месяц (практически вторая пенсия) [Гонтмахер Е., 2012, с. 27].

Оба вышеприведенных предложения возлагают на федеральный бюджет дополнительные расходы (компенсация постоянно растущей части страховых платежей в пенсионную систему, идущую на накопительные счета, а также увеличение объемов государственного софинансирования добровольных дополнительных пенсионных программ). Для поддержки устойчивости федерального бюджета могут быть, во-первых, использованы средства Фонда национального благосостояния (ФНБ) и, во-вторых, средства, вы-

рученные от массовой приватизации государственного имущества и пакетов акций, принадлежащих государству.

Кроме того, Е. Гонмахер считает, что должен быть принят целый ряд мер, касающихся негосударственных пенсионных фондов (НПФ), в целях создания для частных вкладчиков максимально привлекательных условий работы с подобными фондами, повышения надежности их деятельности. К числу таких условий относятся:

- освобождение пенсионных взносов работодателей в НПФ от обязательного пенсионного страхового платежа;

- освобождение пенсионных взносов граждан в НПФ от подоходного налога;

- освобождение пенсионных выплат из НПФ от налога на доходы физических лиц;

- унификация налогообложения НПФ и других субъектов негосударственного пенсионного обеспечения и др.

Обсуждается и еще один путь решения проблем пенсионного обеспечения в России – повышение пенсионного возраста. За счет этого достигается коррекция соотношения между числом работников (плательщиков взносов и налогов) и числом пенсионеров. У этого подхода есть как сторонники, так и противники.

Если мы будем регулярно корректировать пенсионный возраст так, чтобы сохранять неизменным соотношение между продолжительностью работы и пребыванием на пенсии, то у нас не возникнет проблем вообще, потому что поддерживается стабильное соотношение между числом работников и пенсионеров. Получается, что это единственный устойчивый с долгосрочной точки зрения способ ответа на демографические вызовы, делает вывод Е.Т. Гурвич [Гурвич Е.Т., 2012, с. 180]. По его мнению, повышение пенсионного возраста при сохранении пропорции между трудом и отдыхом – оптимальный для граждан и единственно устойчивый ответ на повышение длительности жизни.

Теоретически для реализации этой рекомендации возможны два препятствия. Одно – со стороны рынка труда, но у нас демографический прогноз таков, что с нынешнего года начинается затяжной период сокращения численности рабочей силы. Трудовые ресурсы скоро станут остро дефицитными, следовательно, повышение пенсионного возраста не создаст проблем на рынке труда, а напротив, поможет их смягчить. Второе потенциальное возражение – смогут ли работники дольше работать с точки зрения состояния своего здоровья. Исследования показывают, что вместе с

общей длительностью жизни примерно пропорционально растет продолжительность здоровой жизни. Об этом говорит анализ данного показателя, рассчитываемый ВОЗ.

Государственная политика в отношении пожилых граждан

Кроме отмеченных выше последствий, старение населения создает и достаточно серьезные вызовы политической системе. В составе электората становится все больше пожилых людей. Так, в частности, в России сейчас насчитывается около 110 млн. избирателей. Из них примерно 21% – это люди пенсионного возраста (женщины в возрасте 55 лет и старше, мужчины в возрасте 60 лет и старше). Причем реально влияние мнения пожилых людей во время выборов намного выше, чем упомянутые 21%, так как эта категория наиболее активна в плане явки на избирательные участки [Гонтмахер Е., 2012, с. 28].

Среди этих людей наиболее распространены симпатии к партиям, которые либо стоят на национал-консервативных позициях (КПРФ, ЛДПР), либо олицетворяют власть («Единая Россия»). Кроме этого, надо иметь в виду, что контролируемые государством федеральные телеканалы (прежде всего, «Первый», «Россия», НТВ) по-прежнему являются основным источником информации для пожилого населения.

Эти обстоятельства серьезно усложняют возможности для формирования широкой общественной коалиции за реформы в России. Чтобы адекватно ответить на этот вызов, указывает Е. Гонтмахер, необходимо более активно привлекать пожилых людей не только в качестве избирателей, но и депутатов всех уровней законодательной власти. Вовлечение представителей этого слоя в дискуссии с людьми, разделяющими другие взгляды, в совместные законодательные инициативы позволит донести до пенсионеров аргументы в пользу реформ, выработать адекватные механизмы социальных компенсаций и гарантий для них.

На протяжении последних десяти лет было принято немало законодательных и нормативных правовых актов в целях улучшения условий и качества жизни пожилых людей в области пенсионного обеспечения, оказания медицинской помощи, предоставления мер социальной поддержки и социальных услуг. В отношении пожилых людей созданы новые институциональные структуры.

Так, с целью совершенствования оказания медицинской помощи населению, в том числе гражданам пожилого возраста, при-

няты региональные программы модернизации здравоохранения, предусматривающие мероприятия, направленные на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи, в том числе на селе. Особым приоритетом при реализации программ выбрано совершенствование оказания первичной медицинской помощи, в том числе сельскому населению, значительную часть которого составляют пожилые люди, указывает О.В. Самарина [Самарина О.В., 2012].

В России государственные расходы на здравоохранения ниже, чем в странах «восьмерки». Так, по данным Счетной палаты в 2008 г., в России на эти цели расходовалось 3,5–3,7% ВВП, в то время как в США, Франции, Великобритании, Канаде и Японии их ежегодная доля составляла 7,1–7,9, в Германии и Италии – 6,2–6,8% ВВП [Танас О.]. Чтобы появилась возможность существенно нарастить объем бесплатных услуг, в том числе и в пользу пожилых людей, указывает Е. Гонтмахер, необходимо провести экономическую модернизацию, основанную на быстром росте производительности труда, которая позволит значительно увеличить налоговые поступления в бюджеты всех уровней, а также реформу российского здравоохранения на основе модели, адекватной нынешним вызовам [Гонтмахер Е., 2012].

В ближайшие годы систему здравоохранения в России ждут структурные преобразования. Государственная программа развития здравоохранения, утвержденная Правительством РФ в конце декабря 2012 г., считает глава Минздрава В. Скворцова, «отражает основные подходы к решению таких основополагающих для отрасли вопросов, как совершенствование инфраструктуры здравоохранения, формирование единой профилактической среды, повышение качества оказываемой медицинской помощи, повышение уровня подготовки медицинских кадров и заработной платы в отрасли» [Правительство утвердило..., 2012].

По прогнозной оценке, из бюджетов всех уровней на мероприятия этой программы будут направлены средства в размере около 3,3 трлн. руб., что означает снижение расходов госбюджета до 2,5% от ВВП. Эти цифры соответствуют так называемому «бюджетному сценарию», который вписывается в выделяемые лимиты Минфина. Модернизационный сценарий, на котором настаивал Минздрав, предполагает к 2020 г. рост бюджетных расходов на отрасль до 4,7% ВВП, что составляет 6,5 трлн. руб. (В проекте бюджета 2013 г. эти затраты составляют 3,4% ВВП – 2,32 трлн. руб., и расхождение с модернизационным сценарием составляет 0,2%.)

Важной составной частью формирования доходов пожилого населения являются законодательно закрепленные *меры социальной поддержки* – льготы и доплаты, неразрывно связанные с пенсиями, пособиями и социальным обслуживанием. Основание их предоставления – принадлежность гражданина к той или иной категории, наделенной особым правовым статусом. Так, пожилым людям из числа федеральных льготников с 1 января 2005 г. устанавливается ежемесячная денежная выплата и предоставляется государственная социальная помощь в виде набора социальных услуг.

Меры социальной поддержки пожилых людей

Размер ежемесячных денежных выплат в зависимости от принадлежности к той или иной льготной категории варьируется от 958,66 до 3834,65 рублей [Самарина О.В., 2012, с. 17]. Ежегодно с 1 апреля указанные суммы подлежат индексации. Проиндексированы ежемесячные выплаты будут и в 2013 г.

Сумма средств, направляемая на оплату предоставления гражданам набора социальных услуг, составляет 796 руб. в месяц в расчете на одного гражданина. В рамках набора социальных услуг федеральные льготники, в частности, пожилые люди, с 1 января 2011 г. получили право выбора той или иной социальной услуги: отказаться либо получать лекарства или санаторно-курортное лечение (отдельно, либо одновременно).

Гражданам пожилого возраста оказывается социальная поддержка по оплате жилого помещения и коммунальных услуг (жилого помещения, отопления, холодного и горячего водоснабжения, газо- и электроснабжения).

С 2011 г. меры социальной поддержки по 50%-ной оплате коммунальных услуг, установленные для инвалидов войны, распространены на совместно проживающих с ними членов семей.

В рамках реализации Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2008 г. № 714 «Об обеспечении жильем ветеранов Великой Отечественной войны 1941–1945 годов» улучшены жилищные условия 203 130 ветеранов Великой Отечественной войны (из 272 155 ветеранов Великой Отечественной войны, вставших на учет) [Самарина О.В., 2012, с. 18].

Органами власти субъектов Российской Федерации осуществляется в соответствии со своими полномочиями поддержка пожилых граждан из числа региональных льготников (в том числе ветеранов труда, тружеников тыла). Меры поддержки включают

региональные ежемесячные денежные выплаты; социальную поддержку по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, предоставлению льготного проезда на городском общественном транспорте, по осуществлению ремонта жилых помещений, установке квартирных телефонов и компенсации расходов на оплату услуг телефонной связи; единовременную социальную помощь.

Кроме того, пожилым гражданам оказывается социальная поддержка в области торговли и бытового обслуживания, в том числе в виде выдачи продуктовых наборов, продажи по льготной цене продуктов питания, ремонта сложной бытовой техники, ремонта сантехники и замены сантехнического оборудования. Расширяется практика создания социальных магазинов.

В системе мер социальной защиты населения одной из важнейших составляющих является *социальное обслуживание пожилых граждан*. Социальные службы в российских регионах стремятся устанавливать партнерские отношения с пожилыми гражданами, они открыты для сотрудничества и способны принимать участие в решении вопросов, затрагивающих насущные проблемы пожилого населения. В регионах Центрального федерального округа пожилые люди, как и в других регионах России, нуждаются в предоставлении разнообразных социальных услуг. Одни из них нуждаются в большей степени в надомном обслуживании, другие – в стационарном. Но для всех одинаково важно – получить помощь со стороны государства и общества с тем, чтобы преодолеть одиночество, повысить уровень жизнеобеспечения, использовать имеющийся физический, социальный и оставшийся трудовой потенциал.

Что касается социального обслуживания, подчеркивает О.В. Самарина, то в современных условиях необходимо более четко сформулировать новый базовый принцип социального обслуживания – ориентация на индивидуальную оценку нуждаемости клиента, более совершенный механизм предоставления социальных услуг на основе индивидуальных планов, участие в предоставлении социальных услуг пожилым людям некоммерческого сектора и индивидуальных предпринимателей.

В субъектах Центрального федерального округа создана сеть стационарных и нестационарных учреждений социального обслуживания. Что касается *стационарного социального обслуживания*, то, по данным федерального статистического наблюдения, в 2011 г. в Центральном федеральном округе количество стационарных учреждений социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов составляло 400 единиц. В их числе: 230 домов-интер-

натов общего типа, среди которых 12 специальных домов-интернатов и 130 домов малой вместимости, 140 психоневрологических интернатов, 2 реабилитационных центра для инвалидов молодого возраста, 17 домов милосердия, 11 геронтологических центров. При учреждениях созданы отделения: 12 специальных, 32 реабилитационных, 523 милосердия, 7 геронтологических [Самарина О.В., 2012, с. 20].

Различные услуги в стационарных учреждениях для граждан пожилого возраста и инвалидов в 2011 г. получили 67 380 человек, в том числе: в домах-интернатах общего типа – 25 192 человек; в психоневрологических интернатах – 38 582 человек [Самарина О.В., 2012, с. 21].

Нестационарное социальное обслуживание, осуществляется в отделениях социального обслуживания на дому, отделениях срочного социального обслуживания, социально-реабилитационных отделениях, центрах социального обслуживания, социально-оздоровительных центрах, домах для одиноких престарелых, социальных квартирах. Так, по данным федерального статистического наблюдения, всеми этими учреждениями в 2011 г. в субъектах Центрального федерального округа было обслужено 4 527 384 человека [Самарина О.В., 2012, с. 23].

Несмотря на предпринимаемые правительством усилия в области социальной поддержки и пенсионного обеспечения, пенсионеры по-прежнему идентифицируются как бедная категория, признак которой – высокая доля затрат на питание в доходе. Так, в «чистых» семьях пенсионеров затраты на покупку продуктов превышают 43%, а в семьях, где нет пенсионеров, этот показатель составляет 27% [Ржаницина Л.С., 2012, с. 81].

Еще одна характеристика для оценки жизненной ситуации – обеспеченность предметами длительного пользования. У пенсионеров их хотя и меньше (на одно домохозяйство чистых пенсионеров 7,8 изделия при 11,5 в среднем по всему населению), но основные и главные в хозяйстве, тем не менее, имеются. Но в их домохозяйствах почти отсутствует современная техника – компьютеры, плееры, музыкальные центры, видеокамеры, микроволновки, мобильные телефоны. Пенсионеры сегодня в массе своей живут не на пенсию, а на доход – пенсия составляет от трети до половины располагаемых ресурсов. Дополнительные доходы к пенсии позволяют пожилым иметь более-менее сносные условия жизни (особенно по питанию, которое не хуже, чем у всего населения), зарплата или тем более только пенсия этого не обеспечи-

вают. Экономическая активность людей старшего возраста разнообразна – оплаченный труд, сдача в аренду жилья, земли, ведение подсобного хозяйства, ремесло на дому, проценты на сбережения в банках и пр.

По оценкам экспертов, при повышении возраста выхода на пенсию до 63 лет будущие пенсионеры будут жить значительно хуже, чем при действующей системе «пенсия плюс заработная плата». Тем самым ухудшается перспектива для миллионов пожилых граждан на фоне серьезного отставания России по показателю соотношения пенсии и заработной платы в системе социального страхования на Западе: в ОЭСР – 57,2%, в ЕС – 61,6, в РФ – 35% (данные за 2011 г.) [Ржаницина Л.С., 2012, с. 81].

Современное социальное самочувствие пожилых видно из систематически проводимого Росстатом опроса граждан об их финансовых возможностях. В советские времена большинству на пенсии жилось лучше – низкая квартплата, дешевый проезд на транспорте, недорогие отечественные лекарства, бесплатная медицина, недорогой загородный отдых на заводской турбазе и т.п. С нынешним ростом платности всех услуг именно пожилые люди, помнящие жизнь в советских условиях, чувствуют себя дискриминируемыми.

В 2010 г. среди самых бедных семей одиноких пенсионеров с доходами до 5 тыс. руб. в месяц на душу 28% заявили, что им не хватает денег даже на продукты, 54% – на покупку промтоваров, оплату жилья, никто из них не «имеет средства, чтобы купить то, что считает нужным». Показателя душевых доходов здесь недостаточно, ибо покупательная способность определяется общесемейными доходами. А они у пенсионеров в 1,5–2 раза ниже, чем у остального населения, из-за малочисленности семьи, тогда как риски в связи с возрастом выше (болезнь, похороны, нужда в уходе и пр.) выше.

В сложившемся формате социального самочувствия пожилых граждан, считает Л.С. Ржаницина, представляется неконструктивной официальная ориентация властей на прожиточный минимум (ПМ) в процессе развития пенсионной системы. Лежащая в основе такой идеологии потребительская корзина нетрудоспособного человека на фоне объективно измеренной ситуации не отражает его минимальных потребностей. В ней занижены расходы на самые востребованные лекарства, предметы первой необходимости, транспорт, телефон. По расчетам, ПМ при самом элементарном уточнении должен быть повышен на 15%, и число бедных пенсионеров должно увеличиться на 1 млн. человек [Ржаницина Л.С., 2012, с. 82].

Необходимо предпринять действия по определению величины минимальной пенсии на перспективу. Такой величиной может быть забытый ныне, но существующий в российском законодательстве минимальный потребительский бюджет (МПБ). Этот норматив предполагает более качественное питание, разнообразие промышленных товаров, рост доли услуг по более широкому кругу, включая социальные и культурные, наконец, такой признак достатка, как появление заметных сбережений. Он был обозначен в 1992 г. в Указе Б. Ельцина о минимальных потребительских бюджетах в РФ. По расчетам Л.С. Ржанициной, МПБ пенсионера к 2020 г. должен составлять 2,8 нынешнего ПМ, это и есть будущая минимальная пенсия, при которой средняя пенсия по старости (исходя из действующего соотношения) должна составить 4,5 ПМ [Ржаницина Л.С., 2012, с. 82].

Многие исследователи отмечают, что в России существует (причем в большей степени, чем за рубежом) возрастная дискриминация по отношению к пожилым группам населения. Уже привычными становятся нелегитимные отказы в приеме на работу и увольнения пожилых работников, их исключение из других форм социальной жизни. На рынке труда пожилые люди могут рассчитывать в лучшем случае на низкооплачиваемую, малоквалифицированную и не престижную работу, либо на трудоустройство «без трудовой книжки».

В подавляющем большинстве пожилые россияне лишены возможности приобретать качественные товары и услуги, что является противоестественным для промышленно развитых держав, где именно пенсионеры – вполне платежеспособная группа населения.

«Третье поколение» в нашей стране недополучает образовательные, медицинские и культурные услуги. Дискриминация этой группы граждан проявляется и в проводимой государством политике: отношение к пожилым людям строится не на гуманистических принципах, а определяется исключительно утилитаристскими соображениями, базирующимися на приоритетах, по сути дела, «биологического» (возрастного) характера. «Лифты социальной мобильности» для пожилых людей работают, как правило, лишь в направлении снижения их социального статуса и ухудшения качества жизни.

Такой контрпродуктивный и социально несправедливый подход, считает В.Д. Роик, приводит к «зауживанию» социальной политики, в рамках которой социальные, экономические и культурные проблемы пожилых сводятся к оценке и регулированию расходов на социальное обеспечение пенсионеров [Роик В.Д., 2012]. Во вни-

вание не принимаются потенциальные возможности этой категории граждан, включая их положительное влияние на молодые и средние возрастные группы.

В европейских странах, где недопустимость дискриминации пожилых людей осознается политическими лидерами и научной общественностью, активно обсуждаются возможные стратегические преобразования базовых институтов, связанных с доходами населения, способами регулирования рынков труда, демографических и миграционных систем, а также систем социального обеспечения, способных в определенной степени демпфировать социально-экономические последствия старения населения.

В России все больше экспертов поднимают вопрос о трудовой дискриминации пожилого населения и обосновывают необходимость осуществления в отношении пожилых людей более дифференцированной политики. Данная возрастная категория неоднородна и состоит как из активных, имеющих нереализованный социальный, в том числе трудовой потенциал, нуждающихся в организации их занятости, досуга, культурного развития, туризма, так и из одиноких, либо одиноко проживающих граждан, требующих определенных мер социальной защиты населения, а также тяжелобольных людей, нуждающихся в паллиативной помощи, включающей как медицинские, так и социальные услуги.

Первая группа пенсионеров в условиях сокращения трудоспособного населения России может стать важным резервом дополнительной рабочей силы. В связи с этим встает проблема о развитии рынка труда для пенсионеров. Сейчас мужчины в 60 лет (женщины – в 55) уходят на небольшую пенсию, продолжая получать маленькую зарплату. В результате они более или менее выживают. Конечно, работу можно найти и в 65 лет, но когда в результате повышения пенсионного возраста люди будут лишены половины дохода в виде пенсии, то тогда им будет очень сложно прожить на маленькую заработную плату и они все равно обратятся в систему социальной защиты. Государству придется оказывать им помощь через программы борьбы с бедностью. Так что сокращения для бюджетных расходов таким путем нельзя добиться, пока на рынке труда человек в возрасте 60–65 лет не станет конкурентоспособным [Гонтмахер Е., 2012].

Старение населения в России требует глубоких, а возможно, и радикальных изменений в концепции и практике государственной социальной политики в отношении пожилых граждан. Уже сегодня системы пенсионного обеспечения, здравоохранения, социальной

поддержки старших возрастных групп не справляются со своими основными функциями. По этой причине перед руководством страны стоит достаточно конкретная цель: разработать концептуальные подходы совершенствования пенсионной системы, здравоохранения и социальной поддержки пожилого населения России в условиях долгосрочной тенденции старения населения.

Между тем, как это не парадоксально, но такой глобальный вызов, как старение населения, российским социумом в должной мере не осознан. Так, в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г., подготовленной Минэкономразвития России, отсутствует даже упоминание об этой проблеме, не подсчитана, к примеру, даже приблизительно «цена вопроса» старения населения, не разработаны программные цели и методы адаптации населения к стареющему обществу.

Список литературы

1. Андреев Е., Вишневский А. Население России через 100 лет. Вторая Статья. «Возрастная пирамида» все меньше напоминает пирамиду // Демоскоп weekly: Электр. версия бюллетеня «Население и общество». – 2004. – № 153–154. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2004/0153/tema01.php> (Дата обращения 20.08.2013).
2. Белый М. Не в этой жизни: Россияне рано умирают из-за пьянства, плохого настроения и боязни старости // Новые известия. – М., 2013. – 27 марта. – Режим доступа: <http://www.newizv.ru/society/2013-03-27/180019-ne-v-etoj-zhizni.html> (Дата обращения 20.08.2013).
3. Вишневский А. Россия: Демографические итоги двух десятилетий // Мир России. – М., 2012. – № 3. – С. 3–40.
4. Возраст выхода на пенсию в России, странах Европы, США: Справка // РИА. НОВОСТИ. – 27.04.2010. – Режим доступа: <http://ria.ru/spravka/20100425/227286221.html#ixzz2PCflohq> (Дата обращения 20.08.2013).
5. Гонтмахер Е. Проблема старения населения в России // Мировая экономика и международные отношения. – М., 2012. – № 1. – С. 22–29.
6. Гурвич Е.Т. Пенсионная политика в долгосрочной перспективе // Журнал Новой экономической ассоциации. – М., 2012. – № 3(15). – С. 178–180.
7. Демографическая политика Российской Федерации на период до 2025 года / Министерство труда и соц. защиты РФ. – Опубликовано на сайте в 11:59, 13/11/2012. – Режим доступа: <http://www.rosmintrud.ru/ministry/programms/6> (Дата обращения 20.08.2013).

8. Денисенко М. Население России до 2025 года // PRO et CONTRA (ЗА и ПРОТИВ). – М., 2012. – Т. 16, № 4–5(56). – С. 153–170.
9. Дмитриев М.Э. Долгосрочные вызовы на рынке труда в свете демографического кризиса // X Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: Сб. докладов: В 4-х книгах / Отв. ред. Е. Ясин – М.: Изд. дом ГУ-ВШЭ, 2010. – Книга 3. – С. 11–21.
10. Захаров С. Какой будет рождаемость в России? // Демоскоп weekly: Электр. версия бюллетеня «Население и общество» – М., 2012. – № 495–496. – 31 с. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2012/0495/demoscope495.pdf> (Дата обращения 20.08.2013).
11. Кудрин А., Гурвич Е. Старение населения и угроза бюджетного кризиса // Вопросы экономики. – М., 2012. – № 3 – С. 52–79.
12. Лялякина А. Росстат зафиксировал конец эпохи беби-бума // Известия. – М., 2013. – 3 апреля. – Режим доступа: <http://izvestia.ru/news/547880#ixzz2QFIr2 NC7> (Дата обращения 20.08.2013).
13. Правительство утвердило Госпрограмму развития здравоохранения // Газета. Ru. – 2012. – 25.12. – Режим доступа: http://www.gazeta.ru/social/news/2012/12/25/n_2682165.shtml
14. Ржаницына Л.С. Как сегодня живут пенсионеры // XIII Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества: Сб. докладов: В 4-х книгах / Отв. ред. Е. Ясин. – М.: НИУ-ВШЭ, 2012. – Книга 3. – С. 79–86.
15. Роик В.Д. Концептуальные подходы совершенствования пенсионной системы и социальной поддержки пожилого населения России в условиях долгосрочной тенденции старения населения: Доклад для обсуждения на Ученом совете Института / Научно-исследовательский институт труда и социального страхования Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – М., 2009. – Режим доступа: http://niitruda.ru/publications/Roik_09.pdf (Дата обращения 20.08.2013).
16. Росстат. Официальная статистика. Распределение населения Российской Федерации по возрастным группам. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (Дата обращения 20.08.2013).
17. Росстат. Официальная статистика. Рождаемость, смертность и естественный прирост населения. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (Дата обращения 20.08.2013).
18. Росстат. Официальная статистика. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации. – Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/ (Дата обращения 20.08.2013).
19. Росстат. Официальная статистика. Суммарный коэффициент рождаемости (число детей в расчете на 1 женщину). – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/>

connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography/# (Дата обращения 20.08.2013).

20. Самарина О.В. Законодательство Российской Федерации в отношении пожилых граждан – важный инструмент реализации Мадридского Международного плана действий по проблемам старения // Пути преодоления последствий старения населения в Российской Федерации в контексте реализации мадридского плана действий по проблемам старения: Материалы окружной конференции. 27 сентября 2012 года. Суздаль, 2012 / Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации, Администрация Владимирской области. – 209 с. – С. 12–36. – Режим доступа: http://www.social33.ru/files/dayjest/souzdal_itogi_2012.pdf
21. Танас О. Не добрали с медициной. – Режим доступа: <http://www.gazeta.ru/financial/2010/10/15/3428907.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
22. Global aging, 2010: An irreversible truth // Standard & Poor's. Global credit portal: Rating direct. – October 7, 2010. – 49 p. – Mode of access: <http://www.apapr.ro/images/stories/materiale/COMUNICATE/2010/2010%2031%20attach.pdf> (Дата обращения 20.08.2013).
23. Global aging 2013: Rising to the challenge. – Mode of access: <http://www.standardandpoors.com/ratings/articles/en/us/?articleType=HTML&assetID=1245349076851> (Дата обращения 20.08.2013).
24. Dang T., Antolin P., Oxley H. Fiscal implications of aging: Projections of age-related spending // OECD Economics department Working papers. – P., 2001. – N 305. – 57 p. – Mode of access: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5lgsjvhj80lv.pdf?expires=1365415023&id=id&accname=guest&checksum=660C119A27AC1C1411B6DC578D3CFF17> (Дата обращения 20.08.2013).
25. Mrsnik M., Beers D.T., Morozov I. Global aging 2010: An irreversible truth. – L.: Standard & Poor's, 2010. – 49 p. – Mode of access: www.standardandpoors.com/ratingsdirect (Дата обращения 20.08.2013).
26. The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008–2060) // European economy. – Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities.–2009. – N 2. – 444 p. – Mode of access: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication14992_en.pdf (Дата обращения 20.08.2013).
27. The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2010–2060) // European economy. Luxembourg: Office for Official publications of the European Communities, 2012. – N 2. – 470 p. – Mode of access: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf (Дата обращения 20.08.2013).
28. Weil D.N. Population aging // NBER Working paper. – Cambridge, 2006. – N 12147. – 15 p. – Mode of access: http://www.nber.org/papers/w12147.pdf?new_window=1 (Дата обращения 20.08.2013).

Е.А. Пехтерева

ПЕНСИОННАЯ РЕФОРМА В РОССИИ

Ухудшение демографической ситуации в России, как, впрочем, и во всем мире, вынуждает государство совершенствовать систему пенсионного обеспечения своих граждан.

Численность экономически активного населения России сократится с 72,8 млн. человек в 2011 г. до 66,1 млн. человек в 2030 г., или на 9%, говорится в прогнозе долгосрочного социально-экономического развития РФ на период до 2030 г., распространенном Министерством экономического развития (МЭР) РФ. При более благоприятной демографической ситуации численность экономически активного населения составит в 2030 г. 68,4 млн. человек, если к 2030 г. суммарный коэффициент рождаемости увеличится до 1,96, общий коэффициент смертности снизится до 11,2, а продолжительность жизни вырастет до 78 лет. Ранее Министерство труда и социальной защиты РФ опубликовало прогноз, в соответствии с которым численность трудовых ресурсов России в 2013–2015 гг. будет ежегодно снижаться примерно на 1 млн. человек.

Негативные демографические тенденции могут быть смягчены, в частности, ростом численности работающих лиц пенсионного возраста, удельный вес которых в объеме трудовых ресурсов возрастет с 9,6% в 2011 г. до 10,5% в 2015 г.

Под влиянием демографических тенденций реформирование пенсионной системы России началось еще в 2002 г., когда малоэффективная распределительная модель была преобразована в смешанную систему, основанную на принципах страхования. Размер трудовой пенсии стал напрямую зависеть от размера пенсионных взносов, сформированных за всю трудовую деятельность на личном счете трудящегося гражданина России. В результате преобразований 2002 г. в России сложилась трехуровневая пенсион-

ная модель, предусматривающая базовый, страховой и накопительный компоненты.

Однако преобразования в пенсионной системе России этим не закончились. В 2009 г. начал действовать четвертый компонент пенсионной системы – добровольное пенсионное страхование, который складывается за счет взносов работников и / или работодателей и софинансируется государством. Государство обязуется ежегодно софинансировать дополнительные пенсионные накопления россиян в пределах от 2000 до 12 000 руб. включительно в течение 10 лет с момента уплаты первых взносов в рамках Программы. Гражданин может сам определять и менять размер своих взносов, а также прекратить или возобновить выплаты в любое удобное для него время. Вступить в Программу можно до 1 октября 2013 г.

С 1 января 2010 г. базовый компонент трудовой пенсии по старости был отменен. Вместо базовой части трудовой пенсии был введен фиксированный базовый размер страховой части трудовой пенсии, как составная часть страховой части трудовой пенсии. Этот элемент пенсии не зависит от трудового стажа и размеров прошлой заработной платы. С 1 апреля 2013 г. фиксированный базовый размер пенсии по старости составил 3610 руб. Условием назначения трудовой пенсии по старости сегодня пока является пять лет трудового стажа и достижение установленного законодательством пенсионного возраста.

В настоящее время отечественная пенсионная система функционирует следующим образом.

1. Страховые взносы работодателей в Пенсионный фонд составляют 22% от годового заработка работника в пределах 568 тыс. руб. по каждому месту работы. Страховой взнос свыше указанной суммы составляет 10%.

2. Для граждан 1967 года рождения и младше 16% страховых взносов работодателей перечисляется на страховую часть трудовой пенсии, 6% – на ее накопительную часть. Для людей 1966 года рождения и старше взносы работодателей полностью поступают на страховую часть трудовой пенсии. На каждого застрахованного в Пенсионном фонде открыт индивидуальный лицевой счет, на который зачисляются взносы, уплачиваемые работодателем. Это похоже на банковский вклад. Только накапливаемые таким образом средства нельзя снять со счета, и вместо начисления процентов по вкладу пенсионный капитал ежегодно индексируется.

3. К пенсионным накоплениям ежегодно добавляется инвестиционный доход, полученный от управления средствами накопительной части пенсии управляющими компаниями.

Государство гарантирует, что каждый рубль уплаченных взносов и полученного инвестиционного дохода, зафиксированного на дату назначения пенсии, будет возвращен застрахованному лицу в виде пенсии.

В 2010 г. в отношении пенсий была произведена так называемая валоризация, т.е. переоценка денежной стоимости пенсионных прав, которые были приобретены гражданами до пенсионной реформы 2002 г. Валоризация коснулась всех нынешних пенсионеров, а также всех россиян, работавших в любой период времени до 2002 г. В результате валоризации средства, накопленные на пенсионных счетах россиян до 1 января 2002 г. с 1 января 2010 г. были увеличены на 10%. Кроме того, пенсионный капитал дополнительно был увеличен на 1% за каждый год стажа, выработанного до 1991 г.

Демографическая ситуация и складывающийся серьезный дефицит Пенсионного фонда России вынуждает власти продолжать преобразования в отечественной пенсионной сфере, которые соответствуют общим мировым тенденциям реформирования пенсионных систем. К 2025 г. доля людей старше 60 лет в России превысит 47%, что касается дефицита ПФ РФ, то в 2012 году он составил 1,75 трлн. руб. или 3% ВВП. Причины роста дефицита – снижение ставки социальных взносов на 10 процентных пунктов (только это пробьет в бюджете ПФР дыру в 304 млрд. руб.) и резкий рост числа пенсионеров (на пенсию выйдет полмиллиона человек).

В апреле 2013 г. после широкого экспертного и общественного обсуждения Правительством России была утверждена Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации, разработанная рабочей группой, созданной при Министерстве труда и социальной защиты.

По мнению разработчиков указанной Стратегии, действующий до последнего времени порядок исчисления размера трудовых пенсий приводит к неэквивалентности пенсионных прав застрахованных лиц и обязательств по выплате им пенсий. В состав трудовой пенсии включен нестраховой по своей природе фиксированный базовый размер страховой части трудовой пенсии и накопительная часть трудовой пенсии. При расчете размера трудовой пенсии практически не учитывается страховой (трудовой) стаж.

В связи с этим предложено вновь изменить систему начисления трудовых пенсий и ввести три вида пенсий:

- **базовую пенсию** в рамках государственного пенсионного обеспечения, размеры которой будут соответствовать фиксированному базовому размеру страховой части трудовой пенсии;

- **страховую пенсию**, которая будет рассчитываться с применением индивидуального пенсионного коэффициента;

- **накопительную пенсию**, размеры которой будут идентичны размерам накопительной части трудовой пенсии.

Право на базовую и накопительную пенсии будут иметь граждане, заработавшие право на страховую пенсию. Условия назначения страховой пенсии по инвалидности и по случаю потери кормильца остаются неизменными.

Нововведением является то, что размер базовой пенсии по старости (сегодня он составляет 3495 руб.) будет рассчитываться с применением повышающего коэффициента, если будет назначен **позднее** установленного пенсионного возраста.

Предлагается также после пятилетнего переходного периода перестать выплачивать базовую пенсию работающим пенсионерам.

Индексация базовой пенсии будет проводиться по-прежнему ежегодно с 1 апреля с учетом темпов роста прожиточного минимума пенсионера в Российской Федерации за прошедший год.

Ввести новую формулу расчета размеров пенсии предполагается с 1 января 2015 г. Ранее сформированные пенсионные права будут преобразованы по правилам новой формулы. Важно отметить, что пенсии, рассчитанные до даты перехода на новую формулу, полностью сохраняются.

Тариф отчислений на формирование страховой пенсии составит 22% с сумм, соответствующих 230% от средней заработной платы (около 1 млн. руб.) за год. С учетом отвлечения части этого тарифа на финансирование накопительной пенсии, сегодня этот порог равен примерно 160% (568 тыс. руб. в год). Отчисления с более высоких сумм заработка составят 10%. Их предлагается направлять на предоставление дополнительных пенсионных коэффициентов россиянам, имеющим трудовой стаж больше 30 лет. Таким образом, чем выше зарплата работника, тем больше взносов платит его работодатель в Пенсионный фонд РФ, обеспечивая ему тем самым более высокий пенсионный коэффициент. Специалисты, однако, считают, что последствия двукратного увеличения предельной суммы годового заработка, с которого работодателем платятся взносы в Пенсионный фонд, выглядят неоднозначно. Сегодня

владельцам бизнеса выгодно платить самым дорогим и квалифицированным сотрудникам высокую белую зарплату, потому что налоговая нагрузка ниже. Конфликт работников и работодателей неизбежен, и нет уверенности, что он решится в пользу первых [Перечнева И., М., 2013].

Условиями формирования права на страховую пенсию по старости являются наличие минимального трудового стажа и зарплата в течение этих лет не менее двух МРОТ, с которой работодатель аккуратно перечислял в бюджет ПФР все положенные взносы. Сегодня МРОТ составляет 5,2 тыс. руб., значит, зарплата гражданина должна быть как минимум 10,4 тыс. руб. в месяц. Те, кто не будет соответствовать этим условиям, смогут рассчитывать только на так называемую социальную пенсию, размер которой сегодня составляет чуть больше 6 тыс. руб.

*Для формирования права на страховую пенсию по старости предлагается плавно повысить минимальный трудовой стаж (минимальный период уплаты страховых взносов) с сегодняшних **5-ти до 15-ти лет.***

Остальные условия назначения страховой пенсии по старости, в том числе пенсионный возраст по сравнению с сегодняшней системой не меняются.

Льготы по страховым тарифам и пенсионные права «нестрахового» характера предлагается, как и сегодня продолжить финансировать за счет трансфертов федерального бюджета.

По новым правилам размер страховой пенсии по старости в году ее назначения, будет зависеть от индивидуального пенсионного коэффициента, (параметра, оценивающего индивидуальный вклад в страховую пенсионную систему), коэффициента повышения страховой пенсии по старости при ее назначении позднее установленного пенсионного возраста и стоимости одного пенсионного коэффициента в году назначения пенсии. Индивидуальные пенсионные коэффициенты рассчитываются каждый год, суммируются в течение трудовой деятельности, а после умножаются на свою стоимость (предлагаемое значение стоимости одного пенсионного коэффициента – 647,7 руб. в нынешних ценах). Полученное число и будет определять размер страховой пенсии [Яковенко Д., М., 2013].

Индивидуальный пенсионный коэффициент рассчитывается исходя из соотношения начисленных за год за работника страховых взносов к их нормативному максимальному размеру (произведение тарифа и предельной заработной платы, облагаемой страховыми взносами). Кроме того, к индивидуальному коэффициенту будет

применяться дополнительный пенсионный коэффициент 1,0 для лиц, имеющих страховой стаж в 30 лет. Этот коэффициент будет увеличиваться на 0,1 за каждый год страхового стажа сверх 30 лет.

Данный порядок будет распространен и на граждан, которым уже была назначена пенсия до 1 января 2015 г. Соответственно, размер страховой пенсии будет напрямую зависеть от продолжительности трудового стажа и размера заработной платы, на которую начислялись и уплачивались страховые взносы в Пенсионный фонд.

Стоимость одного пенсионного коэффициента будет утверждаться законом о бюджете Пенсионного фонда РФ.

Индексация страховых пенсий будет проводиться ежегодно с 1 апреля с учетом динамики роста стоимости одного пенсионного коэффициента. При этом снижение реальных размеров ранее назначенных страховых пенсий не допускается.

Министерство труда и социальной защиты РФ разработало и внесло на рассмотрение кабинета министров законопроект, который призван улучшить пенсионное обеспечение работающих женщин, решивших родить ребенка. По новому закону максимальный период выплаты страховых взносов для женщин, ухаживающих за детьми, будет увеличен до 4,5 лет. Сегодня женщины имеют право на страховой период до 3-х лет – по полтора года на каждого ребенка и страховка покрывает рождение только двух детей. В 2012 г. 11% детей родились в семьях третьими. Реализация новых мер по поддержке многодетных семей кроме того, что будет способствовать увеличению рождаемости на 35–40 тыс. человек в год, улучшит пенсионное обеспечение женщин-матерей.

Специалисты подсчитали, что после введения новой системы начисления пенсии, работник, активно участвующий во всех трех уровнях новой пенсионной системы (государственной, корпоративной и частной), будет получать пенсию в размере до 60% утраченного заработка. Согласно предварительной схеме, только государственная пенсия составит до 40% от заработка при условии, что гражданин отработает нормативный стаж в 30–40 лет. Сейчас средний размер пенсии составляет по разным расчетам от 34 до 36,8% от средней зарплаты. В развитых странах коэффициент замещения достигает 60–70%.

Итак, по новым правилам будущим пенсионерам становится выгодно получать высокую зарплату официально. Сейчас пенсия растет пропорционально росту зарплаты только до тех пор, пока зарплата не достигнет примерно 50 тыс. руб. в месяц. После этого рост зарплаты на размер будущей пенсии уже не влияет. По новой

формуле этот предел достигается на уровне зарплаты в 84 тыс. руб. в среднем по России.

Дополнительные выгоды новая формула обещает тем, кто не собирается выходить на пенсию сразу после достижения установленного законом возраста. Каждый отработанный «сверхсрочно» год будет означать заметную прибавку к пенсии. Если говорить, к примеру, о мужчинах, то расчеты показывают, что если на пенсию пойти не в 60 лет, а в 65, то прирост пенсии составит до 85% к тому, какой она могла бы быть. Сегодня средняя пенсия составляет 10 тыс. 400 руб., в 2015 г. (при стаже в 35 лет) при выходе на пенсию в общеустановленном возрасте средняя пенсия будет составлять 16–16,5 тыс. руб. Если же оформить пенсию на пять лет позже, то размер ее составит уже порядка 23 тыс. руб.

Те же, кто собираются выйти на пенсию, но даже после этого намерены продолжать работать, по новым правилам, скорее всего, должны будут выбрать или пенсионные выплаты или зарплату. В настоящее время работающий пенсионер может получать и пенсию, и зарплату. Однако, ограничение выплат работающим пенсионерам – вопрос пока нерешенный. В том числе и потому, что их в России сегодня насчитывается 12 млн. человек, что составляет значительную долю всех работников. В ряде случаев заменить этих сотрудников в непростой демографической ситуации в России практически невозможно. Специалисты считают, что нельзя допустить, чтобы с рынка труда резко ушли 12 млн. пенсионеров.

Принятие решения о лишении работающих пенсионеров части их пенсии может серьезно ухудшить их материальное положение. По данным опроса исследовательской компании Ромир, 70% россиян заявили, что основной причиной, почему некоторые пенсионеры продолжают работать, является недостаточный размер пенсии, на которую трудно или невозможно прожить. Исследование показывает, что минимально необходимый для россиян размер пенсии варьируется в пределах 15–30 тыс. руб. в месяц. В среднем россияне хотели бы получать пенсию на уровне в 21 тыс. руб.

Пока также не ясно, согласятся ли граждане в добровольном порядке продолжать работать по достижении пенсионного возраста, чтобы затем получать большую пенсию, и захотят ли держать у себя таких сотрудников работодатели. Так, в сельских и депрессивных регионах с низким уровнем деловой активности найти работу сложно даже молодежи. Как показывают опросы Фонда общественного мнения, по достижении пенсионного возраста 27% респондентов прекратили бы работать, 48% продолжили бы и 25% не

решили. Чаще других говорят, что продолжили бы работать, люди трудоспособного возраста (48%) с доходом 9001–20 000 руб. (53%), имеющие высшее образование (54%) и живущие в городах с населением от 250 тыс. до 1 миллиона (62%) [Перечнева И., М., 2013].

Следует заметить, что новая пенсионная формула обеспечит гражданину с 35-летним стажем работы со средней зарплатой государственную пенсию в размере 40% от заработной платы в год назначения только работникам, отказавшимся от участия в накопительной системе и отдавших все 22% своих страховых выплат в распределительную часть.

По оценкам экспертов Morgan Stanley, обязательства по пенсионному обеспечению, взятые Правительством, обойдутся государству в ближайшие десять лет приблизительно в 2,3 трлн. руб., или 3,6% от ВВП. Эта сумма обусловлена, во-первых, увеличением числа пенсионеров в России в ближайшие десять лет на 10 млн. человек (по прогнозу Росстата). При средней пенсии в 10 тыс. руб. (на февраль 2013 г.) размер пенсионных выплат в государственном секторе уже в самое ближайшее время вырастет на 1,2 трлн. руб., или на 1,9% от ВВП. Во-вторых, доведение пенсий до обещанных 40-ка % от среднего заработка приведет к увеличению пенсионных выплат еще на 1,2 трлн. руб., или на 1,9% от ВВП [Сангалова И., М., 2013].

Решить эту сложную проблему российским властям еще предстоит. В начале июня 2012 г. Международный валютный фонд (МВФ) рекомендовал России в ходе пенсионной реформы увеличить к 2030 г. возраст выхода на пенсию до 63 лет и для мужчин, и для женщин, а к 2050 – до 65 лет. На фоне общемировых тенденций старения населения, в России по сравнению с другими странами возраст выхода на пенсию низкий (для сравнения: в Японии он составляет и для женщин, и для мужчин 70 лет, в Норвегии – 67 лет, в США, Германии и Испании – 65 лет, а во Франции – 61 год). Такая мера, по мнению специалистов МВФ, позволила бы стабилизировать государственные расходы на пенсионное обеспечение на уровне 2010 г. Однако при этом оговаривалось, что повышение пенсионного возраста должно происходить одновременно с ростом продолжительности жизни в стране, ужесточением критериев предоставления права досрочного выхода на пенсию, совершенствованием программ помощи инвалидам и социального обеспечения уязвимых категорий населения.

Аналитики американского инвестиционного банка Morgan Stanley также уверены, что именно повышение пенсионного возраста способно решить все проблемы. По оценкам экспертов ком-

пании, повышение пенсионного возраста в России только на один год способно ежегодно пополнять долгосрочные пенсионные накопления на 250 млрд. руб. – на 150 млрд. руб. за счет женщин и на 100 млрд. руб. за счет мужчин. Учитывая разницу в 13% в численности рабочей силы между женщинами и мужчинами в возрастной группе 55–59 лет, численность работающих женщин в России может возрасти на 120 тыс., а мужчин – на 80 тыс., что в итоге увеличит численность рабочей силы примерно на 0,3%.

В Morgan Stanley считают, что если увеличить пенсионный возраст до 63 лет и для мужчин, и для женщин, как рекомендовал России МВФ, то будет гарантирован заявленный уровень пенсий в размере 40% от средней заработной платы (что позволит решить социальную задачу пенсионной реформы), значительно возрастут объемы пенсионных фондов (примерно на 25% от ВВП) и существенно снизится зависимость России от внешнего финансирования (решится тем самым финансовая задача), а рост численности рабочей силы на 1,2 млн. человек решит в конечном счете и экономическую задачу [Сангалова И., М., 2013].

Вопрос повышения пенсионного возраста разработчики новой формулы решили пока вообще не поднимать. Все расчеты новой пенсионной стратегии сделаны так, что до 2030 г., и даже до 2050 г. этот вопрос не будет рассматриваться. Однако уже решено пересмотреть порядок начисления так называемых досрочных пенсий. В частности, Минфин предлагает сократить количество категорий граждан, получающих досрочные пенсии и перенести обязанности по выплате досрочных пенсий с государства на работодателей.

По мнению специалистов, существующий сегодня в России порядок начисления досрочных пенсий не соответствует современным условиям рыночной экономики и социально несправедлив. По данным Росстата, на 2010 г. на получателей досрочных пенсий приходилось 30% новых назначений пенсий и около 10% бюджета Пенсионного фонда. При этом право на досрочную пенсию имеют около 40% экономически активных россиян. «Досрочники» получают выплаты в связи с особыми (вредными) и специальными условиями труда. Выплата пенсий этим категориям граждан осуществляется из общих средств Пенсионного фонда, а не страховых взносов работодателей. Таким образом, содержанием «досрочников» занимаются те, кто работает сейчас.

Льготные, досрочные пенсии компенсируют неблагоприятные условия труда, а также позволяют работодателям решать проблему привлечения рабочей силы на производства с вредными и

опасными условиями труда. Соответствующие издержки, по новым правилам, должен нести работодатель в целях обеспечения прав на досрочную пенсию для тех, кто работает на принадлежащем ему вредном производстве. Предлагается ввести для работодателей соответствующие дополнительные тарифы: в 2013 г. – 2–4% фонда оплаты труда, в 2014 г. – 4–6%, в 2015 г. – 6–9%. При этом работодатель будет иметь выбор: либо платить повышенный тариф, либо вывести опасные для здоровья места из разряда вредных путем переаттестации.

Специалисты опасались, что пенсионная реформа может серьезно ударить по самозанятому населению – индивидуальным предпринимателям, нотариусам и адвокатам. Предлагалось повысить платеж в ПФР для самозанятого населения с 26% от годового МРОТ до 26% от 2-, 2,5- и 3-годовых МРОТ в 2013, 2014 и 2015 гг. соответственно. Однако 21 мая 2012 г. российское Правительство поддержало законопроект «Единой России», уменьшающий размер страховых отчислений для индивидуальных предпринимателей (ИП).

С 1 января 2013 г. страховые взносы для ИП рассчитываются исходя из двух МРОТ, т.е. они удвоились и составили 35,6 тыс. руб. Специалисты отметили небывалое сокращение числа индивидуальных предпринимателей: с начала 2013 г. более 500 тыс. предпринимателей снялись с учета. Это были индивидуальные предприниматели, чей доход составляет от 100 до 180 тыс. руб. в год и расходуется на собственное содержание и содержание семей.

Новый законопроект, поддержанный всеми фракциями в Госдуме, предлагает сохранить ставку, рассчитываемую с базы в 1 МРОТ (размер страхового взноса составит 19 тыс. 425 руб. в год) для компаний с годовым оборотом до 300 тыс. руб. При этом для предпринимателей, чей годовой оборот превышает эту сумму, предусмотрена ставка с базой 1 МРОТ плюс 1% от оборота.

Ранее в ходе прямой линии с гражданами президент Владимир Путин выступил в поддержку дифференцированной системы для решения вопроса пенсионных взносов для индивидуальных предпринимателей.

В настоящее время специалисты активно обсуждают судьбу третьей части пенсии – накопительной. Формально она остается в составе пенсии, однако для работающих граждан она, по сути, становится добровольной.

Новый порядок распределения средств между накопительной и страховой частями пенсий для граждан моложе 1966 года рождения должен начать действовать в России с 1 января 2014 г.

Согласно нему, у «молчунов» (граждан, не выбиравших УК или НПФ для управления своими накоплениями) из 6% страховых взносов, которые в настоящее время направляются на накопления, 4% будут распределены в пользу страховой части пенсий, а 2% останутся в накопительной. У тех же, кто выбирал управляющих для своих пенсионных накоплений, все 6% по-прежнему будут идти в накопительную часть пенсии. Однако при расчете страховой части пенсии таких граждан их балл (индивидуальный коэффициент) не превысит 0,75 в год.

При этом обеим категориям граждан РФ в течение 2013 г. предоставляется право выбрать, как будут распределяться 4% их страховых взносов (останутся в накоплениях или будут переведены в страховую часть). В январе 2013 г. В. Путин заявил, что необходимо продлить возможность передачи 4% социальных взносов на солидарную или накопительную часть пенсии и после 1 января 2014 г.

В дальнейшем предполагается полный отказ от накопительной части пенсии: для будущих поколений, только вступающих в работоспособный возраст, эта составляющая пенсии не предполагается [Перечнева И., М., 2013].

Чтобы понять логику принятия властями подобных решений, необходимо рассмотреть историю вопроса.

Обязательная накопительная часть пенсионной системы была введена в России в 2002 г. Этот элемент пенсионной системы должен был в будущем обеспечить россиянам прирост пенсионных выплат благодаря грамотному управлению пенсионными накоплениями.

Недавно, с 1 июля 2012 г. более 900 тыс. пенсионеров, имеющих средства на накопительных счетах, начали получать эту часть пенсии. Однако уже 1 октября 2012 г. правительство РФ представило В. Путину проект Стратегии развития пенсионной системы России до 2030 г., который предусматривает сокращение накопительного элемента с 6% до 2% и перевод его в добровольный формат. Многие эксперты расценили такой шаг как возврат к уравнительной распределительной системе, которая действовала в Советском Союзе, а потом и в России до 2002 г. Эта пенсионная система была основана на принципе солидарности поколений, в соответствии с которым работающие граждане за счет отчислений их работодателей в пенсионный фонд содержат пенсионеров. Такая система работает без сбоев и обеспечивает достойный уровень пенсий, когда численность работающих граждан в стране значительно превышает число пенсионеров. Принято считать, что в со-

ветское время так и было. Однако негативные демографические процессы, связанные со старением населения, сделали эту модель неэффективной. Поэтому в 2002 г. в России была проведена пенсионная реформа, главным достижением которой было появление обязательного накопительного компонента в дополнение к страховой части пенсии. В 2002 г. мужчинам моложе 1952 и женщинам моложе 1956 года рождения были открыты персональные накопительные счета. Средства с этих счетов уже не должны расходоваться на выплату текущих пенсий, а инвестируются для увеличения доходов будущих пенсионеров-владельцев счетов. В 2005 г. реформа была скорректирована: пополнение накопительных счетов продолжилось только для граждан моложе 1966 года рождения.

В настоящее время пенсионные накопления россиян составляют 2,3 трлн. руб. Судьба этих накоплений и является сегодня предметом дискуссии среди чиновников и экспертов [Привалова М., М., 2012].

Реформы последнего десятилетия улучшили положение пенсионеров. Трудовые пенсии выросли в среднем на 44%. Доля пенсионеров в малоимущем населении России сократилась с 19% (2002 г.) до 15,6% в 2011 г. Однако увеличение размера пенсий способствует одновременно и росту дефицита Пенсионного фонда, который сегодня превышает 1 трлн. руб. [Перечнева И., 2013; Сангалова И., М., 2013].

Дефицит Пенсионного фонда продолжает расти на фоне усугубляющейся демографической ситуации в стране. Сейчас почти два работающих обеспечивают одного пенсионера, в 2031 г. соотношение будет 1:1. Эксперты отмечают, что усугубили состояние Пенсионного фонда валоризация пенсионных прав и повышение пенсий довольно высокими темпами в последние годы. К 2020 г. прогнозируется утроение дефицита ПФР. В этих условиях и Министерство труда и социальной защиты вместе с ПФР предложили «залатать дыру» в Пенсионном фонде в частности за счет перераспределения 4% из 6% отчислений из накопительной части пенсии в распределительную (солидарную). Эта мера позволила бы сбалансировать дефицит бюджета пенсионной системы на уровне не более 0,9% ВВП к 2030 г. и в дальнейшем постепенно его снизить, считают специалисты Министерства труда.

Авторы стратегии аргументируют свою позицию по накоплениям тем, что граждане, у которых сегодня формируются пенсионные накопления в системе обязательного пенсионного страхования, терпят убытки из-за низкой доходности инвестирования пенсион-

ных средств Внешэкономбанком и частными управляющими компаниями. Эта доходность хотя и положительная, но существенно ниже темпов инфляции. По некоторым расчетам, размер трудовой пенсии по старости гражданина 1966 г. рождения, не участвующего в накопительной системе, к моменту выхода на пенсию окажется на 13,8% выше, чем у гражданина 1967 г. рождения, который участвует в накопительной системе. Накопительный элемент по новым правилам будет для граждан добровольным. Обещано также, что пенсионные накопления, которые к текущему моменту уже имеются на счетах граждан, в любом случае останутся закрепленными за ними и не будут истрачены на текущие выплаты пенсионерам.

Министерство финансов РФ по-прежнему выступает против отмены обязательной накопительной части пенсии. Такого же мнения придерживаются экс-министр финансов РФ Алексей Кудрин, глава Сбербанка Герман Греф и многие эксперты. Все они, так или иначе, говорят о том, что в будущем распределительная пенсионная система все равно не выживет без принятия каких-то других непопулярных мер, поскольку перевод 4% в солидарную часть сможет заткнуть «дыру» в ПФР лишь на время. Кроме того, из-за отмены обязательной накопительной части российская экономика лишится «длинных денег» и инвестиционной привлекательности, не решив долгосрочных задач. При этом частные пенсионные фонды опасаются, что добровольный формат накопительной части будет фактически означать ее отмену, поскольку у большинства россиян нет мотивации участвовать в накоплениях из-за низкого уровня зарплат.

Противники отмены накопительной части пенсии считают, что оценивать доходность инвестирования пенсионных накоплений можно только через 30–40 лет. Эксперты призывают принять законодательные изменения, позволяющие государственной управляющей компании, Внешэкономбанку (ВЭБ), инвестировать пенсионные накопления в высокодоходные инструменты. Ведь именно ВЭБ управляет средствами более 90% работающих граждан, так называемых «молчунов».

Президент Центра стратегических разработок М. Дмитриев выражает опасения, что сворачивание накопительной системы приведет к тому, что пенсионная система России станет напоминать нынешние пенсионные системы Греции, Испании, Италии и все может закончиться резким сокращением размеров пенсий.

В качестве альтернативы отмене накопительного элемента предлагалось повысить страховые взносы или пенсионный возраст.

В частности, А. Кудрин предлагал постепенно повысить пенсионный возраст до 63 лет. Если каждый год повышать пенсионный возраст на 6 месяцев, то, по его мнению, через 5 лет масштаб пенсионных проблем уменьшился бы, а спустя 13 лет они уже были бы решены. В противном случае России вскоре придется повышать страховые взносы, полагает экс-министр. Предлагали также снизить индексацию пенсий (индексировать в расчете на среднеарифметическое между инфляцией и зарплатами), а также не выплачивать пенсию работающим пенсионерам. По подсчетам экспертов, экономия от индексации составит около 500 млрд. руб. к 2015 г. [Привалова М., М., 2012].

Эксперты не перестают обсуждать вопрос: что мешает развитию в России накопительной пенсионной системы. Среди важнейших факторов называются следующие.

1. Классический конфликт между надежностью и доходностью инвестиций. В мире не существует таких активов, которые одновременно обладали бы высокой доходностью и надежностью вложений. Доходность вложений является мерой эффективности накопительной пенсионной системы. Если доходность в долгосрочном периоде ниже инфляции, то делать такие накопления бессмысленно. Если доходность накоплений ниже темпа роста фонда оплаты труда, скорректированного на темп роста числа пенсионеров, то распределительная пенсионная система более эффективна, чем накопительная. Следовательно, низкая доходность вложений в долгосрочной перспективе – это приговор накопительной системе. К сожалению, в последние годы в России из-за объективных и субъективных причин доходность пенсионных накоплений была крайне низкой.

Надежность вложений пенсионных денег также крайне важна. Здесь главное – сберечь, а не приумножить. Диверсифицированный портфель акций приносит реальную положительную доходность в течение 30–40 лет. Но пенсионные накопления – проблема в основном политическая. Если они приумножатся через 5, 10 или тем более 30 лет, то сложно будет объяснять людям, почему в какой-то период сумма накопленных пенсионных средств уменьшилась.

2. Структура российского фондового рынка не позволяет обеспечить необходимую диверсификацию вложения пенсионных денег, а инвестировать их за рубеж невозможно по политическим соображениям. Среди 30 крупнейших компаний, чьи акции обращаются на фондовом рынке, Сбербанк и «Газпром» формируют больше половины всего месячного оборота рынка. По количеству доминируют компании сырьевого сектора.

3. Главной проблемой формирования накопительной части пенсии является проблема двойного платежа, когда нынешнее поколение работающих вынуждено платить за нынешнее поколение пенсионеров и одновременно накапливать средства на свою собственную пенсию. По этой причине из 34 стран ОЭСР обязательную накопительную компоненту решились ввести лишь в 13. Наилучший способ решения данной проблемы – привлечь в пенсионную систему дополнительные ресурсы, например, средства от приватизации. Однако в России не были определены источники финансирования переходного периода, в результате чего накопительная система неизбежно воспринимается как отвлечение ресурсов из распределительной системы. Действительно, если бы накопительной системы не было, дефицит Пенсионного фонда был бы меньше и/или пенсии нынешним пенсионерам были бы больше.

4. Необходимость гарантировать доходность пенсионных накоплений не ниже инфляции (иначе власть своим решением о создании накопительной компоненты пенсии, по сути, обкрадывает население). В целом обеспечение таких гарантий вполне возможно, но требует больших институциональных усилий по созданию риск-ориентированного надзора и / или системы страхования пенсионных накоплений [Назаров В., М., 2012].

В настоящее время разрабатываются изменения в законодательстве об управлении накопительной частью пенсий. Так, в Министерстве финансов сейчас прорабатывают идею банковских пенсионных депозитов. Соответствующий пенсионный депозит могли бы предлагать все банки, имеющие право привлекать средства физических лиц. Таким образом, граждане могут получить возможность делать пенсионные вклады, но не в рамках одного-трех лет (такую услугу уже сейчас предлагают некоторые банки), а осуществлять полноценные пенсионные взносы на сроки от 10 до 40 лет. Причем вклады должны быть безотзывными до наступления пенсионного возраста. Наиболее экономически активные граждане заранее самостоятельно смогли бы откладывать себе на пенсию, а государство увеличивало бы данные вклады или могло бы обеспечить дополнительные взносы.

Под названием «пенсионный депозит» можно будет предлагать, по сути, любой пенсионный продукт. Однако необходимо разработать соответствующую систему гарантий и надзора. Реально долгосрочные пенсионные депозиты предполагается полностью запустить не ранее 2022 г.

Пока только сам Пенсионный фонд осторожно начал размещать пенсионные средства в банках. Общий объем временно свободных средств у ПФР составляет порядка 400 млрд. руб. Эти деньги могут находиться у фонда до 6 месяцев до передачи их управляющим компаниям и негосударственным пенсионным фондам. Раньше Пенсионный фонд инвестировал эти деньги в ГСО и ОФЗ, получая сравнительно низкую доходность. По информации ПФР, в 2012 г. он размещал временно свободные средства по ставке 5,2% годовых, т.е. ниже инфляции [Шлыгин И., М., 2013].

В марте 2013 г. Пенсионный фонд РФ впервые разместил часть средств пенсионных накоплений на банковские депозиты. Первый депозит составил 8,5 млрд. руб., второй около 40 млрд. руб. ПФР размещает депозиты в кредитных учреждениях, соответствующих определенным требованиям: не менее 5 млрд. руб. уставного капитала, без убытков и нареканий со стороны Центрального банка РФ. Помимо этого, банк должен иметь рейтинг не ниже ВВ по шкале Standard & Poor's или по шкале российских рейтинговых агентств не ниже AAA, т.е. наивысший рейтинг национальных рейтинговых агентств. По состоянию на конец 2012 г. таким критериям соответствовали более 20 российских банков.

Таким образом, у Пенсионного фонда теперь есть три инструмента для временного вложения средств пенсионных накоплений: государственные сберегательные облигации (ГСО), облигации федерального займа (ОФЗ) сроком до года и депозиты в коммерческих банках.

Что касается Управляющих компаний (УК) и Негосударственных пенсионных фондов (НПФ), то они в настоящее время имеют право инвестировать пенсионные средства в акции котировального списка ММВБ А1 (список высшего уровня). В то время как у ВЭБа такой возможности нет. В котировальный список А1 входят многие «голубые фишки» российского рынка, включая акции ЛУКОЙЛа, Сбербанка и «Уралкалия». Могут вкладывать НПФ в облигации «Газпрома», которые входят в список А1 долговых бумаг. ВЭБ же до недавнего времени мог инвестировать пенсионные деньги только в суверенные облигации. С 2013 г. возможности инвестирования пенсионных накоплений расширены [Глушенкова М., М., 2013]. В частности, УК и НПФ могут теперь инвестировать пенсионные деньги в бумаги и на внебиржевом рынке. А ВЭБ получил право инвестировать в инфраструктуру и оборонно-промышленный комплекс. В марте 2013 г. наблюдательный совет ВЭБа уже утвердил параметры сделок по инвестированию пенсионных средств в кор-

поративные облигации ФСК (управляет Магистральными электросетями России), РЖД, АИЖК, «Оборонпрома» и «Роснано»). Инвестиции в акции в долгосрочной перспективе, как правило, приносят большой доход.

В ближайшее время количество компаний, которые могут управлять пенсиями увеличится. Минфин дорабатывает законопроект, который содержит единые требования ко всем финансовым институтам, допущенным до управления пенсионными средствами. К числу таких институтов предполагается добавить банки и страховые компании. В документе содержатся нормы о разработке четырех типовых пенсионных программ, которые смогут выбрать граждане, оставившие 6% в накопительной части пенсии.

Многие специалисты считают, что единственный разумный вариант приумножения пенсии – это программа софинансирования пенсий, в которую еще можно вступить до 1 октября 2013 года. Помимо того что эта программа позволяет удвоить каждый взнос в течение следующих десяти лет (от 2 тыс. до 12 тыс. руб.) за счет государства, она еще дает возможность увеличить в будущем выплаты за счет уменьшения расчетного срока до десяти лет. Сейчас по закону и мужчинам, и женщинам пожизненная накопительная пенсия рассчитывается путем деления накоплений на 228 месяцев (19 лет). Однако каждый, кто принимал участие в программе государственного софинансирования пенсии или направлял материнский капитал в накопительную часть пенсии, сможет получать деньги из накопительной части в течение 10 лет, а не 19, предусмотренных для распределительной части пенсии. Кроме того, по программе софинансирования можно получить и социальный налоговый вычет до 120 тыс. руб., чем, по данным ФНС, в прошлом году воспользовались почти 40 тыс. человек [Глушенкова М., М., 2013].

В настоящее время, однако, выясняется, что в программе софинансирования большинство зарегистрированных участников не сделало ни одного дополнительного взноса на формирование своей будущей пенсии. Министерство труда и социальной защиты предлагает исключить таких участников из программы. Соответствующее положение содержится в проекте федерального закона, разработанного в Министерстве труда и социальной защиты. Из документа следует, что если участники программы не уплатят до 1 октября 2013 г. необходимые взносы, то лишатся права на получение государственной поддержки в рамках данного проекта. Как сообщили в ПФР, в программу вступило 11,5 млн. человек, но платежи осуществляют около 1 млн. человек. При этом в целом,

по данным ПФР, за четыре года работы программы ее участники внесли на накопительную часть пенсии более 12 млрд. руб.

М. Прохоров, бизнесмен и лидер партии «Гражданская платформа» предлагает решение, которое, по его мнению, должно стать компромиссом для рыночников и сторонников консервативных подходов к пенсионной реформе. Он предлагает всю сумму страховых взносов тех, кто получает до полумиллиона рублей в год, перечислять на формирование страховой части пенсии, а не накопительной. М. Прохоров считает, что серьезную пенсию при маленькой заработной плате не накопишь. Но при этом расчеты показывают, что если все пенсионные платежи за такого работника будут направляться в страховую часть, его пенсия в самом плохом варианте будет расти на 20% быстрее, чем при существующей системе, уверен М. Прохоров.

Всем, кто зарабатывает более 500 тыс. руб. в год, по мнению М. Прохорова, нужно дать право с их согласия направлять взимаемые с заработных плат 10% на их накопительные счета. В России таких почти 30% трудящихся. Накопительная пенсия у такого работника становится сопоставима с его заработной платой. Уже при заработной плате в 100 тыс. руб. в месяц человек будет накапливать более 100 тыс. руб. в год. При такой пенсионной системе, заявляет М. Прохоров, люди будут стремиться работать больше и лучше, повышать свой образовательный уровень и профессионализм. «Это и есть, – уверен М. Прохоров, – настоящая социальная справедливость, а не равенство в бедности, на которое обрекает народ действующая система».

В настоящее время разрабатывается довольно интересный проект повышения уровня пенсионного обеспечения и расширения рынка пенсионного страхования. Министерство финансов опубликовало на своем сайте проект закона «О деятельности финансовых организаций по формированию и реализации стандартных пенсионных схем в РФ». Авторы законопроекта предлагают предоставить возможность страховым компаниям (за исключением обществ взаимного страхования) работать на рынке пенсионного обеспечения на условиях, сопоставимых с теми, в которых действуют негосударственные пенсионные фонды (НПФ). Для этого страховые компании должны получить статус финансовой организации. Затем они в заявительном порядке смогут формировать и реализовывать стандартные пенсионные схемы, в рамках которых аккумулируются и инвестируются денежные средства физических и юридических лиц. Пенсионные схемы должны быть зарегистрированы

в ЦБ. Стандартные пенсионные схемы, прошедшие регистрацию, включаются в реестр пенсионных схем.

Принятие и реализация законопроекта, по мнению его разработчиков, позволило бы пенсионной системе развиваться быстрее, обеспечить приход новых участников на рынок пенсионного страхования. Теоретически включение страховщиков в обслуживание пенсионных счетов давало бы гражданам более широкий выбор схем формирования пенсионного обеспечения и одновременно частично снимало бы нагрузку с государственных структур.

Однако остается ряд проблем, аналогичных тем, которые связаны и с присутствием банков на рынке пенсионных услуг. Так, страховые компании вообще не имеют общей системы гарантий. И до создания такой системы, имеющей четкую поддержку государства, вопрос о присутствии страховщиков на рынке не имеет однозначного решения. Поэтому цель, поставленная авторами законопроекта, в результате может быть и не достигнута. Вероятность банкротства страховых компаний очень высока, что показал экономический кризис 2008–2009 гг. И даже при условии введения раздельного учета обязательств страховых компаний по обеспечению пенсиями и страховыми возмещениями страховщик может прекратить работу при наличии трудностей в работе. В таких случаях никто не сможет гарантировать пенсионеру соответствующий уровень пенсионного возмещения [Королева А., М., 2013].

Одним из законопроектов Минфина планируется внести поправки к закону «О негосударственных пенсионных фондах», которые позволят НПФ разносить по счетам клиентов убытки. До сих пор клиенты НПФ находились в привилегированном положении, поскольку НПФ не имели права начислять отрицательную доходность на счета клиентов. Такая возможность имела у ПФР. Теперь государственный и частные пенсионные фонды имеют в этом вопросе равные права. Закон о разнесении убытков будет увязан с законом о страховании пенсионных накоплений. Если у человека на этапе назначения пенсии на его счету сумма окажется меньше номинала, недостающие средства будут восстановлены за счет средств конкретного НПФ. Соответствующий законопроект должен был быть внесен в правительство в середине мая 2013 г. Планируется, что будут созданы внутренние резервные фонды в каждом НПФ и в ПФР, а также единый гарантийный фонд под управлением АСВ, который будет использоваться при нехватке денег во внутренних резервных фондах. Формировать этот фонд предполагается за счет отчислений самих граждан. По данным

газеты «Коммерсантъ», отчисления будут составлять 0,025–0,05% объема средств из накопительной части пенсий. По оценкам «Коммерсанта», при зарплате 40 тыс. руб. в месяц в гарантийный фонд уйдет 144 руб. в год.

Что касается работы НПФ в целом, то в результате решения правительства снизить взносы на ОПС в три раза – с 6 до 2% фонда оплаты труда рост негосударственных пенсионных фондов (НПФ) замедлится. В условиях стагнации добровольных пенсионных программ единственным фактором роста для фондов остается обязательное пенсионное страхование (ОПС). На конец 2012 года объем активов НПФ достиг 1,5 трлн. рублей, за год он увеличился на 28%. При этом сегмент ОПС вырос на 70%, а сегмент добровольного пенсионного страхования НПО увеличился лишь на 8%. Добровольные накопления растут очень медленно по причине невысокого благосостояния людей и отсутствия привычки копить на пенсию. В то же время объем обязательных пенсионных отчислений стабильно увеличивается. И все больше людей переводят эти деньги в частные пенсионные фонды. По итогам 2012 г. число застрахованных в НПФ увеличилось на 4,65 млн. и достигло 20 млн. человек. Специалисты ожидают, что к концу 2013 г. еще около 5 млн. человек переведут свои пенсионные накопления в НПФ.

ОПС было одной из главных новаций последней пенсионной реформы. Средства обязательных накоплений – это способ повышения будущих пенсий, страховка от последствий демографического спада и источник инвестиций для развития инфраструктуры и фондового рынка.

Условия сохранения ОПС в начале 2013 г. обозначил президент Владимир Путин: обеспечить сохранность средств на длительную перспективу и организовать тщательный финансовый контроль фондов. Условия эти взаимосвязаны – без продуманного контроля НПФ невозможно обеспечить сохранность пенсионных средств. Чтобы взносы на ОПС не сократились, до конца года нужно запустить систему пенсионных гарантий, изменить порядок учета результатов инвестирования, а также передать основную часть функций по регулированию НПФ мегарегулятору. В отсутствие системы пенсионных гарантий НПФ не способны конкурировать с банками, у которых есть механизм страхования вкладов.

После создания гарантийного фонда станет возможным отменить требования ежегодной безубыточности. Это, наконец, позволит НПФ инвестировать пенсионные средства надолго.

В 2013 г. одобрено создание единого финансового регулятора для НПФ. Однако полномочия его в отношении НПФ пока не ясны, и фонды могут остаться между нескольких огней. НПФ и другие участники рынка ожидают передачи основной части функций по регулированию НПФ одному-двум ведомствам.

Важной проблемой НПФ является нестабильность клиентской базы: люди регулярно переходят из одного фонда в другой, нередко – вслед за агентами. Ограничить частоту переходов планируется законодательно, например, разрешить переход из одного фонда в другой а не чаще одного раза в пять лет. Что касается доходности НПФ, то уровень доходности каждого НПФ остается одним из ключевых элементов при выборе фонда, в котором человек захочет держать накопительную часть своей пенсии. Заместитель исполнительного директора НПФ «ВТБ Пенсионный фонд» А. Львов считает, что умеренно консервативный подход к размещению средств пенсионных накоплений и резервов, качественный мониторинг рисков позволяет фондам обеспечивать стабильный уровень доходности. «За 2009–2012 годы накопленная доходность инвестирования средств пенсионных накоплений в нашем фонде составила 38,40%, превысив уровень накопленной инфляции за тот же период. За 2012 год на счета застрахованных лиц начислена доходность в размере 8,68% годовых, что выше инфляции, составившей в 2012 году 6,60% годовых».

Специалисты признают, что сегодня в России система частной пенсионной индустрии переживает сложнейший этап развития. С одной стороны, ясно, что государство будет всеми силами останавливать приток новых ресурсов из накопительного компонента для решения текущих задач. С другой стороны, 20 млн. человек по всей стране выбрали возможность самостоятельно управлять частью будущей пенсии [Перечнева И., 2013].

Многие эксперты высказывают мнение, что будущее – за добровольными пенсионными накоплениями в рамках системы негосударственного пенсионного обеспечения. Для его развития нужно устранять неудобства в использовании налоговых льгот (например, делать налоговый вычет для физических лиц сразу, а не постфактум), но еще важнее менять восприятие негосударственного пенсионного обеспечения (НПО) работниками и работодателями. Специалисты призывают граждан понять, что одним ОПС и солидарной частью высокую пенсию не накопить. Людям необходимо смириться: если хочешь на пенсии жить хорошо, нужно копить на нее самому в течение жизни.

Корпоративное НПО начнет развиваться, когда будет включаться в соцпакет, как медицинская страховка сегодня и тем самым повышать привлекательность работодателя для работника. В настоящее время корпоративные пенсионные программы являются неотъемлемым дополнением государственной пенсии в большинстве развитых стран. На пенсии, полностью или частично сформированные работодателем, приходится в среднем от 30 до 50% дохода зарубежных пенсионеров.

В целом, многие эксперты и специалисты негосударственных пенсионных фондов уверены в том, что высокие пенсии в стареющей России можно обеспечить только через накопления, добровольные или обязательные. Так, С. Эрлик из НПФ «ЛЮКойл-гарант» считает, что выплачивать достойные пенсии через тридцать-сорок лет без накопительного элемента будет практически невозможно. Поэтому более выгодным, дальновидным и ответственным вариантом развития событий является сохранение 6% страховых взносов в накопительной системе. Возврат к распределительной системе только увеличит обязательства государства и в будущем поставит пенсионную систему страны в крайне сложное положение [Курятникова О., Митрофонов П., М., 2013].

Список литературы

1. Больше половины россиян хотят работать и на пенсии. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/economics/31/01/2013/843083.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
2. В России станет на 7 млн. трудоспособных меньше. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/economics/30/01/2013/842767.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
3. Глушенкова М. Несите ваши денежки по банкам и УК // Коммерсант Деньги. – 2013. – № 15. – Режим доступа: <http://www.kommersant.ru/doc/2160967?isSearch=True> (Дата обращения 20.08.2013).
4. 10 млн. россиян не смогут софинансировать пенсию. – Режим доступа: <http://www.rbc.ru/digest/index.shtml?izvestia/2013/04/25/33935144> (Дата обращения 20.08.2013).
5. Д. Медведев поддерживает продление срока по выбору тарифа по пенсионным взносам. – Режим доступа: <http://www.rbc.ru/rbcfreenews/20130507170410.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
6. Королева А. Страховка плюс пенсия // Эксперт Online. – М., 2013. – Режим доступа: <http://expert.ru/2013/04/15/strahovka-plyus-pensiya/?n=171> (Дата обращения 20.08.2013).

7. Курятникова О., Митрофонов П. Пенсии на распутье // Эксперт. – М., 2013. – № 19. – Режим доступа: <http://expert.ru/expert/2013/19/pensii-na-raspute/> (Дата обращения 20.08.2013).
8. Михаил Прохоров: Уравниловки в пенсионном вопросе быть не должно. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/economics/27/09/2012/671706.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
9. Назаров В. Пенсионные накопления: чемодан без ручки // Ведомости. – 2012. – 14 авг. – Режим доступа: <http://www.iep.ru/ru/pensionnye-nakopleniya-pochemu-chemodan-nelzya-brosit.html> (Дата обращения 20.08.2013).
10. Новая пенсионная реформа: работающих лишат части пенсии. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/economics/25/03/2013/850663.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
11. Отпуск по уходу за детьми увеличат до 4,5 лет. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/society/13/05/2013/857303.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
12. Пенсионная реформа № 3: удар по «досрочникам» и самозанятому населению. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/economics/01/10/2012/672010.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
13. Пенсионный возраст в России надо увеличить к 2030 году до 63 лет – МВФ // РИА Новости. – 2012. – 13.06. – Режим доступа: <http://ria.ru/society/20120613/672354624.html> (Дата обращения 20.08.2013).
14. Виды пенсий, условия их назначения // Пенсионный фонд России. Официальный сайт. – Режим доступа: http://www.pfrf.ru/kinds_pensia/ (Дата обращения 20.08.2013).
15. Перечнева И. Игры разума. – Режим доступа: <http://expert.ru/ural/2013/14/igryi-razuma/> (Дата обращения 20.08.2013).
16. Правительство снизит страховые выплаты для ИП. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/politics/14/05/2013/857455.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
17. Привалова М. Пенсионная реформа: чиновники покушаются на накопительную часть. – Режим доступа: http://top.rbc.ru/spb_sz/12/10/2012/673985.shtml (Дата обращения 20.08.2013).
18. ПФР проведет отбор заявок по размещению на депозитах 40 млрд. руб. средств пенсионных накоплений. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/events/14/05/2013/857478.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
19. Россияне смогут сами определять, из чего собирать пенсию. – Режим доступа: <http://top.rbc.ru/economics/27/08/2012/666408.shtml> (Дата обращения 20.08.2013).
20. Сангалова И. Morgan Stanley: Пенсионный возраст россиян увеличат не ранее 2030 г. – Режим доступа: <http://quote.rbc.ru/topnews/2013/04/16/33927824.html> (Дата обращения 20.08.2013).
21. Справка по новой пенсионной формуле: Информация от 7 марта 2013 года / Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/law/hotdocs/24364.html?utm_campaign= hotdocs_

day5890756&utm_source=ya.direct&utm_medium=cpc&utm_content=149054975#.UZMx1bWzKuI (Дата обращения 20.08.2013).

22. Шлыгин И. Пенсионный фонд вложился в депозиты. – Режим доступа: <http://www.banki.ru/news/bankpress/?id=4671898> (Дата обращения 20.08.2013).
23. Яковенко Д. Формула трудолюбия. – Режим доступа: <http://expert.ru/expert/2013/10/formula-trudolyubiya/> (Дата обращения 20.08.2013).

М.А. Положихина, Л.А. Дартау

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИИ

Со второй половины XX в. благодаря социально-экономическому прогрессу и достижениям медицины произошло резкое и значительное увеличение продолжительности жизни людей, а также рост доли старших возрастов в структуре населения. Данные тенденции более выражены в развитых странах, где численность лиц пожилого возраста уже приблизилась к трети населения¹. Но и в развивающихся странах этот процесс набирает силу.

Такие глобальные изменения специалисты называют «вторым демографическим переходом» [Роик В., 2001, с. 15]. Связанные с ним эффекты требуют значительных изменений многих сторон общественной жизни, в том числе и отказа от сложившихся представлений о лицах пожилого возраста, их возможностей и потребностей. Речь идет о подходах к медико-социальному обслуживанию лиц пожилого возраста, организации систем здравоохранения и служб социальной защиты населения, взглядов на здоровье и жизнь человека в целом.

¹ В данной работе понятия «лица пожилого возраста», «лица старших возрастов» и «лица старше трудоспособного возраста» используются как синонимы. В статистике ООН и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) категория «пожилые люди» охватывает людей в возрасте старше 60 лет. В статистике большинства европейских стран в эту категорию входят люди старше 65 лет. В отечественной статистике в категории «лица старше трудоспособного возраста» учитываются женщины старше 55 лет и мужчины старше 60 лет. В результате расхождений между методами статистического учета при прямых сравнениях данные по России являются несколько завышенными по отношению к странам с более поздним сроком выхода на пенсию.

Согласно определению ВОЗ, здоровье человека – это полное психическое, физическое и социальное благополучие индивида, а не только отсутствие болезней и физических недостатков. Состояние здоровья является одним из основных факторов, от которого зависит выстраивание жизненных стратегий человека, особенно в пожилом возрасте [Роик В., 2011, с. 19]. В настоящее время вполне осознается, что проблемы здоровья пожилого населения (как и любой другой группы населения) являются комплексными и имеют ряд особенностей. Боль и другие физические страдания, беспомощность, одиночество и социальная изоляция – таковы зачастую, повседневные реалии «финального периода жизни» многих людей. Согласно международным рекомендациям, для преодоления этих явлений необходимо сотрудничество различных государственных институтов, общественных организаций и семей, органов здравоохранения и служб социальной защиты населения. Рост затрат на уход и лечение стареющего населения требует проведения государственной политики, направленной на повышение эффективности использования ограниченных ресурсов и согласование действий различных субъектов, обеспечивающих потребности пожилых людей. Кроме того, необходимы определенные усилия, направленные на адаптацию общества к условиям стареющего мира, активизацию человеческого потенциала пожилых людей и изменение представлений об образе жизни в этом возрасте.

Современные научные взгляды на жизнь и здоровье человека

Согласно одному из постулатов биологии, вид, по определению, бессмертен, но жизнь отдельного организма конечна и продолжается в ограниченном для данного вида интервале времени. При этом в реальных условиях живой природы большинству представителей любого вида не дано реализовать свой потенциал долголетия.

Графическое изображение зависимости от времени количества живущих особей определенного вида, одновременно появившихся на свет, называется «кривой выживания». График изменяется от первоначального значения (принимаемого для единообразия за 100%) до нуля в момент ухода из жизни последнего представителя данной когорты. Для разных видов «условно типичные» кривые выживания варьируют от сильно вогнутых, которые отражают значительные потери членов популяции в молодых возрастах (харак-

терные, например, для рыб) до практически «прямоугольных», соответствующих характеру выживания лабораторных животных, жизни которых ничто не угрожает.

С этой биологической точки зрения человечество в своем эволюционном развитии прошло несколько этапов. Многие тысячелетия оно существовало в относительно суровых условиях дефицита продуктов питания, практически непрерывных войн и эпидемий, а также отсутствия здравоохранения как такового. До середины XIX в. в Европе только четверть новорожденных доживало до пятилетнего возраста, а продолжительность жизни большинства взрослых людей редко превышала 30-летний рубеж. Этому этапу отвечает глубоко вогнутая «кривая дожития»¹ (кривая 1 на рис. 1).

С открытием бактериальной природы большинства инфекционных заболеваний, созданием и повсеместным применением с 1850 г. технологий иммунизации (против оспы, холеры и т.д.) возраст дожития людей увеличился до 50 лет, а прогиб кривой дожития уменьшился (кривая 2 на рис. 1). Добавленные к возрасту дожития 20 лет, причем в период наибольшей физической, профессиональной и творческой активности личности, способствовали значительному ускорению научно-технического прогресса и процессам индустриализации общества.

Наконец, с появлением в 30-е годы XX столетия антибиотиков, средств асептики и антисептики, обезболивающих препаратов, детская смертность снизилась (практически до нуля в развитых странах), а взрослые перестали умирать от большинства травм и оперативных вмешательств. В результате к 1970 г. ожидаемая продолжительность жизни в странах послевоенной Европы (и в СССР в том числе) достигла 70 лет. В когортах населения, сформированных из индивидов по одному и тому же году рождения, в возрастах до 40 лет потери стали незначительны.

Кривая дожития современного человека приблизилась к кривой выживания лабораторных животных (кривая 3 на рис. 1). До 40 лет доживают практически все, до 70 лет – почти половина, а время исчезновения последнего представителя когорты приближается к 100–120 годам или видовой продолжительности жизни.

¹ По этическим соображениям так называют кривую выживания для биологического вида «человек».

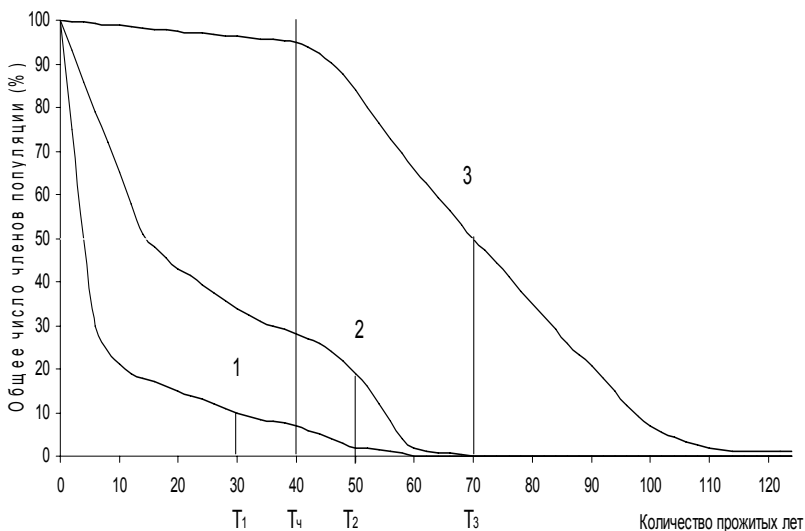


Рис. 1. Трансформация «кривой дожития» человека в процессе развития цивилизации. Источник: болезни [Дартау Л.А., 2012, с. 513, 514]

Таким образом, в значительной степени благодаря достижениям микробиологии и медицинских наук современное человечество во многом избавилось от преждевременной смерти. Но столкнулось с проблемой «смерти от старости» и изменением структуры заболеваемости, в которой стали доминировать хронические неинфекционные болезни [Дартау Л.А., 2012, с. 513, 514]. Основными причинами смерти в настоящее время являются болезни сердца и нарушения системы кровообращения (включая инсульты), а также злокачественные опухоли и нарушения иммунной системы.

Многие ученые сейчас рассматривают человеческую жизнь как генетически заданный процесс саморазвития, функционирования и саморазрушения его организма. Соответственно, в биологическом развитии человека выделяют три основных периода: эволюционный (детство), стабильный (взрослость) и инволюционный (старость). Существует свыше двухсот научных гипотез, пытающихся объяснить механизм старения и возрастные изменения в организме. Однако почему все же человек стареет, достоверно не известно до сих пор. Тем более, что старение каждого человека имеет свои ин-

дивидуальные особенности. А биологический возраст далеко не всегда совпадает с календарным [Андрианов В., 2011, с. 88, 90, 96].

Один из подходов представляет человека как биологическую открытую систему, обменивающуюся с окружающей средой веществом, энергией и информацией. Общим для всех таких систем является свойство гомеостаза – способность поддерживать некоторые из атрибутов обмена на постоянном уровне в течение всего периода существования конкретной особи. Данное постоянство обеспечивается рядом органов (тканей или подсистем), называемых механизмами гомеостаза, за счет регулирования и балансировки входящих и выходящих потоков, т.е. в результате управления ими. Нарушение механизмов гомеостаза ведет к ослаблению защитных сил организма, его болезням, старению и смерти.

В организме человека насчитывается более 1000 существенных переменных, для поддержания которых эволюционно сформированы соответствующие контуры управления, а для воздействия на потоки вещества, энергии и информации существует более 55 000 гомеостатических механизмов, таких как: сердце, легкие, железы внутренней секреции и пр. До определенного момента согласованная деятельность этих механизмов обеспечивает человеку «естественное» здоровье, создавая иллюзию безусловности его ежедневного восстановления. Но примерно в 40 лет наступает период истощения ресурсов гомеостаза. Одним из объяснений данного факта служит отсутствие у природы «интереса» к поддержанию жизнедеятельности особи, которая успела дать потомство и вырастить детей до возраста физиологической и социальной зрелости [Дартау Л.А., 2012, с. 515]. Дальнейшее замедление адаптационно-регуляторных процессов не позволяет компенсировать внутренние нарушения, что ведет к нарастанию кардинальных изменений в организме человека и, в конечном итоге, к его гибели [Андрианов В., 2011, с. 93–94].

Однако искусственно созданный «лабораторный» формат существования человека позволяет искусственным же путем (или сознательно) сохранять ресурсы механизмов гомеостаза и адаптационные возможности, отодвигая тем самым временные рамки биологического старения организма. В настоящее время признанными являются два способа: медицинский (традиционный) и поведенческий. Но продлевая молодость и здоровье человека, нельзя предотвратить его уход из жизни. Из осознания неизбежности смерти каждого человека следует необходимость обеспечения его достойного ухода из жизни. Эти три направления: медицинское и поведенческое продление здоровой жизни человека, а также обеспечение

достойного ухода из жизни – составляют политику активного долголетия. Ее целью является не просто увеличить продолжительность человеческой жизни, а сделать максимально большим период здоровой, физически и социально активной, комфортной жизни.

Борьба за долголетие: Возможности и ограничения

С древнейших времен человечество пыталось найти рецепты сохранения молодости и дееспособности [Андрианов В., 2011, с. 100–101]. Соответствующее развитие науки и практики шло по двум направлениям: омоложение состарившегося организма и замена старых, вышедших из строя органов. В настоящее время практически все направления медицины, так или иначе, ориентированы на поддержание в функционирующем состоянии органов человека (например, различные виды протезирования, слуховые аппараты и т.д.). Но в наибольшей степени борьбе с «болезнями старости» способствует развитие следующих видов медицинской помощи – высокотехнологичной хирургии и гериатрии (геронтологии).

Благодаря применению *высоких технологий в современной хирургии* освоены сложнейшие операции по замене вышедших из строя органов человека, включая пересадку органов (от одного человека к другому) и имплантирование искусственных органов. Например, отработаны и доступны офтальмологические операции при лечении катаракты, состоящие в замене помутневшего хрусталика глаза искусственным. Достаточно широкое распространение получили операции на сердце: коронарное шунтирование и установка искусственных клапанов сердца, кардиостимуляторов и т.д. В ряде стран мира (например, в Испании) достигнуты большие успехи по пересадке донорских органов и так далее.

Медицине также издавна известна специфичность болезней пожилых людей и методов их лечения. В конце XIX – начале XX в. как самостоятельные направления научного знания сформировались *геронтология*¹ и *гериатрия*². Но только после Второй миро-

¹ Геронтология (от греч. «geron» – «старик» и «logos» – «учение») – наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним. Термин введен в 1903 г. русским ученым-медиком И.И. Мечниковым.

² Гериатрия (от греч. «geron» – «старик» и «latreia» – «лечение») – область клинической медицины, занимающаяся лечением и профилактикой болезней людей пожилого и старческого возраста. Термин введен в 1909 г. работавшим в США ученым-медиком И.Л. Ношер.

вой войны начались фундаментальные исследования в области биологии старения и изучения социальных проблем старости. В последние годы эти направления привлекают все большее внимание исследователей. Развитие генной инженерии, изучение и использование стволовых клеток открывают возможности по «ремонту» человеческого организма на клеточном уровне. Существуют даже радикальные предложения по созданию искусственного человеческого тела [Андрианов В., 2011, с. 110]. Разрабатываются и менее революционные способы продления периода активной жизни, например, за счет приема витаминов и появившихся в последнее время биодобавок. Но все это требует еще проведения многих исследований и экспериментов.

Однако медицина не в состоянии вылечить все болезни человека, тем более – отменить смерть. В настоящее время по мере старения населения увеличивается число пожилых лиц, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями или являющихся инвалидами. Причем пожилые люди зачастую имеют сочетание нарушения здоровья и расстройства функций, нуждаются в комплексном и специфическом лечении. Возможности же традиционного домашнего ухода за престарелыми родственниками становятся все более и более ограниченными. Соответственно, растет потребность в *паллиативной помощи*¹.

Возникновение паллиативной помощи в финальный период жизни было связано с потребностями облегчить страдания больных онкологическими заболеваниями, а ее предоставление – с условиями стационарных хосписов. Паллиативная помощь направлена на устранение боли и других мучительных симптомов, утверждает ценность жизни, но относиться к смерти как к естественному событию, не стремясь ни к ускорению, ни к отсрочке ее наступления.

В настоящее время паллиативное лечение в терминальной стадии становится частью общей политики охраны здоровья пожилых людей и неотъемлемым компонентом предоставляемых им медицинских услуг. В связи с этим возникает множество профес-

¹ По определению ВОЗ, паллиативная помощь – подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки [Совершенствование паллиативной помощи..., 2007, с. 14].

сиональных вопросов, включая подготовку специалистов по оказанию паллиативной помощи, источники и объемы финансирования, согласование работы различных структур и институтов. Паллиативная помощь должна быть доступной, разнообразной по форме (на уровне больницы, на дому, в домах-пансионатах для престарелых) и отвечать потребностям пациентов, что требует совместных действий органов здравоохранения и социальных служб.

Согласно определению ВОЗ, деятельность медицины и систем здравоохранения определяется их гуманистической ролью, связанной со снижением распространенности и уменьшением страданий, вызываемых основными болезнями, травмами и увечьями [Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А., 2011, с. 460]. Но увеличение продолжительности человеческой жизни за счет развития только этих традиционных направлений уже сдерживается определенными этическими и финансово-экономическими ограничениями.

Во-первых, хотя достижения медицины позволяют сохранить жизни, но о возвращении здоровья и активного образа жизни в большинстве случаев речь уже не идет. Например, за счет систем искусственного жизнеобеспечения можно длительное время поддерживать существование человека, находящегося в коме. Но можно ли считать это жизнью? В разных странах с разными этическими и культурными традициями по-разному определяется момент конца человеческой жизни. Соответственно, возникают противоречия между современными возможностями медицины, распространенными представлениями о гуманности и здравым смыслом. Разрешение или даже только понимание этих противоречий требует глубокого философского осмысления, широкого общественного обсуждения с привлечением специалистов из различных областей науки, практиков и политиков.

Во-вторых, хотя в развитых странах средняя продолжительность жизни в настоящее время уже превышает 80 лет, не наблюдается рост числа здоровых людей. Дольше стали жить люди с хроническими заболеваниями и инвалиды. Снижение смертности за счет вложения средств в высокотехнологичное лечение не только не приводит к улучшению популяционного здоровья человечества, а наоборот, увеличивает в популяции долю больных людей и инвалидов.

Именно по этим причинам в ряде западных стран начиная с 2001 г. сместились приоритеты в пользу паллиативного лечения ряда заболеваний больных в терминальной стадии и произошло «вынужденное» принятие законов об эвтаназии. При отсутствии

каких-либо гарантий со стороны системы здравоохранения относительно возвращения к нормальной жизни, граждане получили право на принятие самостоятельного решения о добровольном прекращении «бессмысленного» и «невозможного» с их точки зрения существования при помощи специалистов все той же системы здравоохранения.

В-третьих, современный процесс старения населения ведет к чрезмерному росту расходов граждан и государств на лекарства и лечение.

Априори предполагалось, что чем больше будет доля государственного бюджета, выделяемого на нужды здравоохранения, тем лучше будет здоровье населения и связанное с ним социальное благополучие. Однако, как оказалось, доля эта имеет предел (около 17% бюджета) и большинство развитых стран уже достигли его [Дартау Л.А. 1998, с. 126]. Дальнейшее же увеличение государственных расходов препятствует экономическому росту. Однако стареющее население с повышенной потребностью в медицинских и социальных услугах требует выделения на эти цели все больше и больше ресурсов. И разрыв между этими потребностями и возможностями увеличивается даже в развитых странах. В развивающихся странах проблема недостаточности материальных ресурсов для лечения лиц пожилого возраста стоит еще острее. Здесь возникает драматичная, по сути, дилемма: на охрану здоровья кого – детей или стариков – выделять средства?

Поэтому в настоящее время все больше внимания уделяется развитию поведенческих способов сохранения активного долголетия, заключающихся в формировании здорового образа жизни. Они являются менее затратными, но более эффективными, чем традиционные медицинские способы, так как приводят к увеличению числа здоровых людей.

Один из способов экономии затрат на здравоохранение связан с совершенствованием его организации. И во многих странах мира осуществляются реформы национальных систем оказания медицинской помощи. В связи с чем ВОЗ выступила со следующими предложениями.

1. Перейти от ориентации на расходы к ориентации на конечный результат – здоровье конкретного человека/конкретной популяции.

2. Осуществить децентрализацию средств до уровня территорий (общины) и создать механизмы широкого участия населения и общественности в принятии решений на всех стадиях. Первооче-

редному и бесплатному предоставлению подлежат только те виды медицинских услуг, которые дают очевидный и бесспорный результат и поддерживаются населением [Дартау Л.А. 1998, с. 127].

Проблемы формирования здорового образа жизни

Новым направлением современной науки стала валеология¹ – учение о здоровом образе жизни и адекватном реагировании организма на быстро меняющиеся условия. Валеология изучает уровень, потенциал и резервы физического и психического здоровья, а также методики, средства, технологии сохранения и укрепления здоровья. Главная задача валеологии – научить человека беречь свое здоровье с раннего детства. Ведь искусство продлить жизнь – это искусство не сокращать ее [Андрианов В., 2011, с. 108].

Проведенные к настоящему времени исследования доказали, что продолжительность жизни человека зависит:

- от образа жизни на 50–70%;
- от наследственности (в т.ч. образа жизни родителей) на 10–20%;
- от состояния окружающей среды на 10–20%;
- от уровня развития здравоохранения на 8–12%.

Согласно последним данным, вероятность ранней смерти снижают: физическая активность – на 37%; отказ от курения – на 35%; здоровое и рациональное питание – на 23%; умеренность в употреблении алкоголя – на 22%. Важное место в феномене долгожительства специалисты отводят также психологическому фактору [Андрианов В., 2011, с. 111–112]. Так, в перечень основных причин преждевременной смерти входит недостаточный и некачественный сон, неумение справляться со стрессом. Наконец, в ряде стран доказана эффективность усилий по уменьшению распространенности «вредных привычек», которые приводят, соответственно, к уменьшению заболеваемости того или иного вида [Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А., 2011, с. 462].

Однако, несмотря на очевидность и известность приведенных фактов, формирование здорового образа жизни встречает разнообразное, преимущественно психологическое сопротивление, как со стороны отдельных индивидуумов, так и сообществ в целом. И этому есть вполне объяснимые причины.

¹ От греч. «valeo» – «здоров» и «logos» – «учение».

Особенностью функционирования механизмов гомеостаза человеческого организма является то, что ни их резервные (временные) запасы, ни мощности не фиксируются и не могут быть автоматически им измерены. У здорового человека не возникает и не может возникнуть объективных поводов для обращения в медицинское учреждение. Практически отсутствует и рефлексия на тему здоровья, даже если человек проинформирован о пользе профилактики. А самое главное – здоровый человек, прикладывающий усилия для сохранения здоровья, никаких видимых признаков его улучшения не отмечает и не получает никаких доказательств того, что его усилия оправданы [Дартау Л.А., 2012, с. 514].

Кроме того, в человеческом организме предусмотрена «естественная» регулировка далеко не всех значимых параметров. Наглядным примером этому может служить увеличение массы тела. Человек видит, что «его стало больше». Он даже может количественно измерить результат отклонения от нормы. Однако созданного природой контура управления, который автоматически контролировал бы изменения веса и путем уменьшения аппетита возвращал бы вес к норме, он не имеет. Вероятно, природа просто не могла предусмотреть условия, в которых бы длительное время существовал избыток пищи. В то же время превышение нормальной массы тела способствует развитию ряда тяжелых заболеваний. Но для поддержания веса в норме требуется волевое, сознательное со стороны человека создание искусственного (виртуального) контура управления, функционирующего в соответствии с определенными научными принципами.

Ограничения на те или иные формы поведения или, наоборот, введение новых форм в повседневную жизнь человека может произойти только в результате обучения (воспитания) и получения соответствующих знаний. В первую очередь, знаний о причинах возникновения хронических неинфекционных заболеваний, которые развиваются бессимптомно в течение длительного периода времени. Более того, для реализации потенциала долголетия человеку недостаточно следовать разумным правилам здоровой жизни после 40 лет. Он должен заранее, до 40 лет сформировать и поддерживать в своей повседневной жизни определенное количество виртуальных контуров управления, которые и обеспечат ему возможность прожить долго. Другими словами, сформировать в эволюционный период «полезные привычки» и перевести из категории условных рефлексов в безусловные [Дартау Л.А., 2012, с. 515].

Очевидно, что это достаточно сложный и длительный процесс. Но вполне реальный. Так, внедрение в повседневную жизнь элементов личной гигиены – чистки зубов и мытья рук с мылом – потребовало около двух столетий. А их влияние на улучшение здоровья населения и снижение заболеваемости трудно переоценить. С учетом же современного уровня развития СМИ период формирования «полезных привычек» может быть в значительной степени сокращен. Главное – определиться в том, что конкретно следует пропагандировать, а что – дискредитировать, начиная с какого возраста и какими методами. И выделять на это средства, готовить методики и исполнителей.

Цель сохранения и укрепления здоровья индивида/популяции достижима лишь на системной основе, путем организации управления, включающего в качестве основных субъектов – гражданина и государственных институтов. Ведь любые попытки воздействия на организм человека со стороны других лиц, с ним не согласованные, обречены на неудачу. Индивидуум не должен рассматриваться как объект манипуляций, а признаваться равноправным субъектом (регулятором) управления своим здоровьем. *Человека нельзя назначить ответственным за его здоровье. Но разделить с ним эту ответственность – можно* [Дартау Л.А., 2012, с. 516].

Согласно формулировке ВОЗ, укрепление и охрана здоровья на протяжении всей жизни человека является сферой ответственности правительств и граждан. Оказание медицинской помощи и сохранение (укрепление) здоровья представляют собой два различных по сути вида деятельности, как в правовом отношении, так и в распределении ролей в треугольнике «государство – гражданин – система здравоохранения» [Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А., 2011, с. 461]. Каждый взрослый индивидуум должен осознанно и ответственно относиться к своему здоровью, а государственные институты – создавать условия для формирования «полезных привычек» и поддержания здорового образа жизни, а также оказывать необходимую помощь в критических ситуациях. Однако такое «перераспределение» ответственности требует изменений в различных видах деятельности (системе среднего и высшего образования, организации здравоохранения, занятий физкультурой и спортом, работе СМИ, служб социальной помощи и т.д.), а также трансформацию подходов к обязательному медицинскому и социальному страхованию.

Отечественные реалии и перспективы

Медико-социальная поддержка пожилых людей в России имеет давнюю историю, и ее развитие вполне соответствует мировым тенденциям.

Начало оказания социальной помощи пожилым людям относят к периоду становления Московского государства. Уже тогда призрение или забота о престарелых стало частью государственной внутренней политики [Косенко О.Ю., 2010, с. 17]. Развивалась и благотворительность частных лиц в этом направлении. Но масштабы и качество этой заботы никогда значительными не были.

К началу XX в. в России функционировала система социального обеспечения с достаточно развитым законодательством и сетью специальных учреждений, в которых оказывались специальные услуги старикам, в основном ориентированные на надзор и медико-социальную помощь [Косенко О.Ю., 2010, с. 17]. Хотя, конечно, трудно говорить о комфортности жизни в этих учреждениях. Но минимально необходимые условия для одиноких, больных и беспомощных пожилых людей они обеспечивали.

В советский период социальная помощь в основном оказывалась инвалидам, а позднее – и ветеранам Великой Отечественной войны. Хотя существовали специальные учреждения для проживания лиц пожилого возраста (дома-инвалидов и т.д.), однако основной уход за ними осуществлялся родственниками в семьях. Данные традиции во многом сохраняются в российском обществе и в настоящее время. Но значительно изменившиеся демографические и социально-экономические условия вынуждают менять как представления о направлениях социального обслуживания лиц пожилого возраста, так и практику оказания им социальных услуг.

Самостоятельной областью исследования проблемы лиц пожилого возраста в России стали в то же время, что и в других странах Европы. В конце XIX – начале XX вв. появились работы отечественных ученых (например, Д.И. Менделеева), посвященные вопросам старения, долголетия и смертности. Собственно же становление геронтологии в России связано с именами С.П. Боткина (1832–1889), И.П. Павлова (1849–1936) и особенно И.И. Мечникова (1845–1916). Благодаря исследованиям И.И. Мечникова русская геронтологическая школа вышла на мировой уровень. А ряд его идей о профилактике старения не потеряли своего значения и в наши дни [Андрианов В., 2011, с. 106].

В советский период изучение проблем долголетия продолжилось и даже активизировалось, в том числе в результате работ А.А. Богданова (1873–1928) и А.А. Богомольца (1881–1946). Под руководством последнего в 1938 г. в СССР была проведена одна из первых в мире научных конференций, посвященных проблемам старения. В 30–40-е годы прошлого века складываются научные геронтологические школы – киевская, харьковская, ленинградская, московская. В 1958 г. в Киеве в системе Академии медицинских наук СССР создается Институт геронтологии и гериатрии – головной отечественный научный центр по данной проблематике. В 1963 г. в СССР организовано Всесоюзное научно-медицинское общество геронтологов и гериатров, которое через три года вошло в Международную ассоциацию геронтологов [Андрианов В., 2011, с. 107].

Но, несмотря на определенные научные достижения в области изучения процессов старения человеческого организма, гериатрия и геронтология не вошли в клиническую медицину. Для этого в стране не было объективных условий. Во-первых, контингент нуждающихся в данной медицинской помощи был незначительным. Средняя продолжительность жизни в России до 1920-х годов не превышала 30 лет. Во-вторых, в прошлом преобладали большие крестьянские семьи, в которых о старшем поколении заботились дети и внуки. Уровень информированности о существовании гериатрии и сами ее возможности были крайне низкими. Наконец, государство не было заинтересованно в расширении этого направления. Основное внимание уделялось охране здоровья детей и женщин, а также работающего населения. Поэтому темпы внедрения в повседневную клиническую практику результатов научных исследований в области геронтологии были значительно более медленными по сравнению, например, с развитием педиатрии¹.

Проблемы охраны здоровья пожилых людей стали актуальными с 1970-х годов, когда средняя продолжительность жизни в СССР достигла 70 лет. В 1981–1990 гг. действовала общесоюзная комплексная программа научных исследований по геронтологии и гериатрии. Началась подготовка специалистов-практиков по этим направлениям. К началу 1990-х годов в стране стал возможен пе-

¹ Педиатрия (от греч. «pais / paidos» – «ребенок» и «latreia» – «лечение») – наука о детских болезнях, их лечении и профилактике. Особой отраслью медицины стала с 1860 г., когда Э. Джакоби основал первую детскую клинику в Нью-Йорке. В России термин ввел С.Ф. Хотовицкий, опубликовавший в 1847 г. руководство под названием «Педиятрика».

переход к оказанию повсеместной геронтологической (гериатрической) помощи (по аналогии с организацией педиатрической помощи). Но он так и не состоялся. Из-за распада СССР и коренной социально-экономической трансформации общества существовавшие структуры и связи были разрушены. Надо было создавать все заново.

Со второй половины 1990-х годов в России начался период восстановления социальных служб защиты населения, а также деятельности в области геронтологии и гериатрии. В значительной степени эти процессы стимулировала активизация международных усилий в сфере охраны здоровья пожилых людей. Так, 1999 г. был объявлен Международным годом пожилых людей, и тогда же прошел I Российский съезд геронтологов и гериатров. В 1995 г. был принят ряд законов, касающихся социального обслуживания лиц пожилого возраста. В 1996 г. – утверждена Федеральная целевая программа «Старшее поколение» на 1997–1999 гг. (продлена до 2000 г.) [Указ Президента РФ..., 1996].

Из-за сложных финансово-экономических условий данная программа была профинансирована только на 13%. Из запланированных 848,465 млн. руб. средства выделялись только в 1999 г. (87,97 млн. руб.) и в 2000 г. (163,8 млн. руб.). Из 45 программных мероприятий к середине 2000 г. были выполнены только 6, еще 17 находились в стадии выполнения [Воронов Ю.М., 2000, с. 146, 147]. Соответственно, результативность программы оказалась низкой.

Проведение в 2002 г. Второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения (Мадрид, Испания) вызвало новый всплеск интереса к этим вопросам в России. Была принята Федеральная целевая программа «Старшее поколение» на 2002–2004 годы. Профинансирована она уже полностью: из запланированных 329,1 млн. руб. было выделено 327,3 млн. руб. Активное участие в реализации данной программы приняли регионы. Однако подведению итогов выполнения запланированных мероприятий помешала очередная реорганизация органов исполнительной власти. Фактически функции организации контроля программы осуществляла ликвидационная комиссия. Но необходимая документация официально не была передана соответствующему государственному органу. Когда в 2004 г. срок реализации программы истек, Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию только сообщило о положительных результатах ее мероприятий.

В дальнейшем деятельность по социальной поддержке и охране здоровья лиц пожилого возраста в России была полностью передана субъектам Федерации. Хотя федеральные власти эпизо-

дически возвращаются к данной теме. Но проведению последовательной политики в области медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста препятствуют частые реорганизации государственных органов, отвечающих за нее.

С 2012 г. социальное обслуживание пожилых людей организационно отделено от медицинского – этим занимаются два разных министерства: Минтрудсоцразвития РФ и Минздрав РФ. Причем сфера компетенции Минтрудсоцразвития РФ значительно шире.

В настоящее время в России пожилые люди (пенсионеры) имеют право на компенсацию государством приобретения лекарств и расходов на дорогостоящее лечение, а также на бесплатные санаторные путевки. Реализация этих прав осуществляется *местными службами социального обеспечения*. Но организация предоставления лицам пожилого возраста причитающихся им льгот значительно различается по регионам, а кроме того, в целом, вызывает еще много нареканий.

Состояние социальных служб в России

Местные социальные службы обеспечивают обслуживание пожилых людей на дому (покупка продуктов, уборка квартир, приготовление пищи и т.д.). По данным опросов, именно этот вид социальных услуг считает наиболее ценным большая часть лиц пожилого возраста. В 2009 г. более 6 млн. одиноких пожилых людей нуждались в подобных социальных услугах. И далеко не всем из них они оказываются: в службах социального обеспечения не хватает кадров, высока текучесть персонала и низок уровень его подготовки. Охват нуждающихся в различных социальных услугах пожилых людей пока отстает от темпов увеличения численности этого контингента и роста его потребностей.

Наконец, в ведении Минтрудсоцразвития РФ находятся стационарные учреждения для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых. По данным официальной статистики в России действует более 1400 таких учреждений (1475 в 2010 г., 1411 – в 2011 г.), и их количество сокращается с 2007 г. Причем 1% из этих учреждений находится в аварийном состоянии, 2,1% – характеризуются как ветхие и 5,7% – нуждаются в реконструкции. Хотя по сравнению с 2008 г. положение улучшилось. Тогда 3% стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых находилось в аварийном состоянии, 4,3% – в ветхом, 10,5% – требовали реконструкции [Федеральная служба статистики]. Но все

равно, условия во многих из них далеки от желаемого, хотя есть и очень хорошие примеры.

В подобных учреждениях в настоящее время проживает около 245 тыс. человек. Количество мест (245 тыс. в 2011 г. и 249 тыс. в 2010 г.) остается практически стабильным с 2005 г. А вот численность нуждающихся в услугах стационарных специализированных учреждений постоянно растет. Хотя официально очередь в такие учреждения в 2011 г. насчитывала 18,1 тыс. человек, по оценкам, уже в 2009 г. около 4,5 млн. человек требовался постоянный уход и паллиативная помощь. По опросам же только около 10% пожилых людей предпочло бы (в случае необходимости) провести остаток жизни в специальных стационарных учреждениях.

Нынешнее количество стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых в России слишком мало. При невозможности увеличения государственных расходов на эти цели, единственным выходом является привлечение в данную сферу частного бизнеса. Для этого, например, можно рассмотреть вопросы о частичной или полной компенсации расходов на содержание пациентов в частных учреждениях данного типа (родственниками или государством). Но пока число негосударственных стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов-взрослых незначительно – только 1% от их общего количества. К тому же предлагаемые негосударственные проекты выглядят не очень надежными (если не сказать, опасными) в глазах многих пожилых людей. Для преодоления негативного отношения к частным инициативам и обеспечения соблюдения прав лиц пожилого возраста требуются дополнительные государственные гарантии и более прозрачный (государственный и общественный) контроль.

Организацию лечения (т.е. замедления и преодоления) и профилактики возрастнo-ассоциированных заболеваний осуществляет Минздрав РФ. В этих направлениях за последние годы наблюдается определенный прогресс. Так, в 2011 г. понятие о паллиативной помощи было включено в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, а в 2012 г. был утвержден порядок ее оказания. С 2013 г. возобновляется тотальная диспансеризация всего взрослого населения, причем лиц старше 60 лет предполагается обследовать раз в три года. Увеличивается количество фельдшерско-акушерских пунктов и сельских амбулаторий, в которых может оказываться первичная медицинская помощь пожилым людям. Появляются новые формы обслуживания: выездные бригады (6,6 тыс. по состоянию на 2012 г.), стационары на дому

(на 232,4 тыс. коек соответственно) и домовые хозяйства первой помощи (7,0 тыс. соответственно).

Конечно, это позитивные изменения, но, к сожалению, по масштабам не очень значительные и сильно отстающие от реальных потребностей. Так, среди людей старше 60 лет уже сейчас много больных с хроническими заболеваниями. И им нужен не столько скрининг¹, сколько помощь узких специалистов и врачей-гериатров.

Сейчас в России действует 4 специальных НИИ и 31 геронтологический центр, издается специальная литература, включая периодическую. Однако, при наличии достаточно интересных и перспективных научных разработок, доступность геронтологических знаний и гериатрической помощи остаются невысокими. В стране насчитывается всего 1,39 тыс. специализированных геронтологических коек. А в Государственной программе развития здравоохранения в РФ до 2020 г. вообще нет раздела по геронтологии. Здесь преобладает исключительно отраслевой подход в виде лечения отдельных заболеваний [Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р].

Кроме того, остро не хватает специалистов-геронтологов и гериатров. Хотя организовано обучение врачей соответствующего направления в форме двухгодичной аспирантуры и 4-х месячных курсов переподготовки и повышения квалификации. За 2012 г. их прошли более 1 тыс. врачей из 83 регионов. Но все равно, этого крайне мало. Кроме того, количество высших учебных заведений, обучающих таким специальностям, составляет единицы.

Наконец, недооцениваются возможности санаторно-курортного лечения лиц пожилого возраста. А ведь в данном случае положительные эффекты для здоровья возникают не только за счет медицинских процедур, но и в результате действия социально-психологических факторов (общения с людьми своего возраста и т.д.).

Децентрализация организации медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста в России, когда решение большинства этих вопросов передано на уровень регионов, соответствует рекомендациям ВОЗ и в целом способствует более полному учету существующих потребностей. Но деятельность региональных и

¹ От англ. «screening» – «просеивание». В данном контексте имеются в виду профилактические обследования крупных контингентов населения с помощью недорогих методов, обладающих высокой пропускной способностью, для выявления относительно небольших групп повышенного риска, нуждающихся в дополнительных обследованиях.

местных властей в этом направлении плохо контролируется. По данным Минздрава РФ, в 2011–2013 гг. на цели поддержки лиц старшего возраста регионами будет выделено в целом 1 трлн. руб. Однако оценить, много это или мало и насколько отличается от потребностей, не представляется возможным.

Ситуация с медико-социальным обслуживанием пожилых людей сильно различается в крупных и малых городах и в сельской местности, а также в разных регионах. С одной стороны, существуют очень привлекательные примеры и инициативы. Например, с 2010 г. в Санкт-Петербурге собирается Международный форум «Старшее поколение». С 2006 г. развивается инициатива «Здоровые города» и т.д. С другой стороны – имеют место случаи жестокого отношения к старикам, равнодушия к их проблемам и безответственности по отношению к их здоровью, обмана и мошенничества. И общая картина по стране не складывается.

Кроме того, традиционно социальные и медицинские службы, в первую очередь, ориентировались на обслуживание больных и инвалидов. Повышению качества их жизни, например, посвящена действующая в России с 2011 г. программа «Доступная среда». И, конечно, внимание к этим проблемам должно сохраняться. Но переход к политике активного долголетия предполагает поддержку здоровых людей, что позволяет снизить в перспективе их заболеваемость и предотвратить инвалидность. А это требует смещения акцентов в деятельности органов государственной власти и управления, а также изменений в организации систем здравоохранения и социального обслуживания населения. В том числе предлагаются следующие меры.

1. Преобразование организации первичной медицинской помощи из двух-звенной (педиатрия – терапия¹) в трех-звенную (педиатрия – терапия – гериатрия), выделение гериатрической помощи в самостоятельный комплексный блок и превращение специальности «врач-гериатр» в массовую профессию.

Выделение гериатрии из клинической практики обосновано объективной спецификой возрастных потребностей в медицинских услугах. Их учет способствует оптимизации врачебной деятельности и повышению качества медицинского обслуживания. Примером тому может служить становление и развитие в России педиатрии.

¹ От греч. «therapeia» – «лечение, забота, уход». В данном контексте, основа клинической медицины, посвященная лечению внутренних болезней взрослых людей консервативными методами.

Опыт организации медицинской помощи в нашей стране имеет длительную историю. В декабре 1917 г. был принят Декрет об охране материнства и детства. В стране началось создание детских консультаций и специализированных амбулаторий. В 1948 г. в результате их объединения была сформирована уже повсеместная сеть специальных детских поликлиник, которая до настоящего времени составляет основу отечественной системы охраны здоровья подрастающего поколения. И может рассматриваться как успешный пример организации медицинской помощи.

Целесообразно действовать аналогично и по отношению к лицам пожилого возраста. Современное совмещение медицинского обслуживания контингента трудоспособного возраста и пожилых людей, которые имеют совсем другие потребности, не позволяет обеспечить соответствующий уровень медицинской помощи ни первым, ни вторым.

О необходимости выделения гериатрии из общемедицинской практики специалисты-геронтологи говорят давно. В Федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 1997–1999 года уже предлагалось перепрофилировать поликлиники общего типа в геронтологические, либо создать в них геронтологические кабинеты (отделения). Но пока заметных шагов в этом направлении не делается.

Соответствующим реформам препятствует недостаточная концептуальная проработанность принципов построения отечественной системы здравоохранения. Проводимые в последние годы преобразования в качестве образца используют зарубежные модели организации медицинской помощи. А следовало бы в данном вопросе больше ориентироваться на собственный опыт (порой более успешный, чем в других странах) и внутренние потребности, более тщательно подходить к выбору образцов для подражания.

Например, в настоящее время в общемедицинскую практику внедряется модель «семейного» врача, в которой терапевт / педиатр полностью отвечает за здоровье пациента, регулируя его посещения других специалистов. Но данная схема не является универсальной. Она успешно работает при первичных осмотрах (на стадии выявления заболевания) или в небольших населенных пунктах с постоянным населением и низкой миграционной динамикой. В других случаях только создается дополнительная «бумажная» нагрузка на терапевтов / педиатров, которые в результате «не видят» тех пациентов, кому их помощь действительно нужна. А больным с хроническими заболеваниями терапевты / педиатры помочь не могут — здесь нужны профильные специалисты.

2. Совершенствование организации профилактической медицины для населения трудоспособного возраста.

Как уже отмечалось, не поддерживая здоровье в молодости невозможно сохранить его в старости. Поэтому проблемы охраны здоровья и организации медицинской помощи лицам пожилого возраста нельзя рассматривать изолированно от вопросов сохранения здоровья населения в трудоспособном возрасте.

По словам Министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой, более 50% причин смертей в России связано с деструктивным поведением людей, в том числе: 25% – с избыточным и нерациональным питанием, 17,1% – с курением, 11,9% – со злоупотреблением алкоголем, 9% – с низкой физической активностью. При этом пример Финляндии и Японии показывает, что за 10–20 лет можно достичь двукратного и более снижения смертности населения, главным образом, за счет профилактических мер, эффективность которых не просто сопоставима с эффективностью лечения, но и многократно превышает ее. По мнению специалистов, расходы на профилактическую медицину приносят доход в виде увеличения времени активной производительной деятельности и сокращения расходов по больничным листам. А снижение затрат на лечение больных людей в целом можно рассматривать как доход от развития национальной системы здравоохранения [Goryakin Y., 2013].

Но реализуемость профилактических мероприятий и их эффективность зависят не только от готовности медицинских учреждений и персонала, но и от осознанного участия в них граждан, даже в тот период, если они ощущают себя здоровыми. Достаточно значительные временные затраты и личностные усилия на осуществление профилактических действий определяют необходимость обеспечения заинтересованности в них самих людей. И для этого должны использоваться различные способы мотивации, в том числе правовые и экономические.

Например, предлагается заключать с совершеннолетним гражданином определенный договор, в котором были бы закреплены сферы ответственности гражданина и государственных структур и системы здравоохранения по охране здоровья. Предметом этого договора могла бы стать возможность получения информации о состоянии своего здоровья (скрининги на развитие / наличие хронических неинфекционных заболеваний, лабораторно-инструментальные дообследования в связи с попаданием в группу риска, консультации по возможностям коррекции обнаруженных отклонений в состоянии здоровья на стадиях «предболезни» и т.д.). А граждане,

в свою очередь, обязались бы регулярно проходить необходимые обследования. Условия договора могут быть и более жесткими, предусматривая отказ от «вредных привычек». Но тогда должен быть создан механизм контроля за соблюдением этих условий на основе объективных инструментальных измерений.

В случаях, когда гражданин соглашается (подписывает соответствующий договор) и выполняет условия договора, будущее его лечение должно быть преимущественно бесплатным. В случае, когда гражданин не подписывает договор или не выполняет его условия, то ему гарантируется только бесплатная скорая помощь. Возможны и другие варианты, в зависимости от объема взятых личных обязательств по охране здоровья, учета форс-мажорных обстоятельств и т.д. При этом объем взятых обязательств по желанию гражданина может меняться, с адекватным изменением соответствующих гарантий. Заключение подобных договоров (достаточно «прозрачных» для понимания в организационном плане) может осуществляться в рамках обязательного медицинского страхования.

Введение такой «договорной» практики с ограниченными экономическими санкциями повысит ответственность людей за состояние их здоровья. Кроме того, усилится мотивировка ведения здорового образа жизни. Наконец, здравоохранение будет иметь дело с информированными, а, следовательно, «дисциплинированными» партнерами, идущими на контакт на основе собственного выбора и отдающими себе отчет в том, на что они вправе рассчитывать. В свою очередь, государство, с одной стороны, экономит на снижении заболеваемости среди выполняющих условия договора граждан (согласно уже доказанному историческому опыту). А с другой стороны, зарабатывает на «несогласных», сохраняя при этом лицо. Предсказуем и переходный период, продолжительность которого зависит от согласованности деятельности по введению таких договоров и соблюдения государством принятых на себя обязательств.

Предлагаемый договор избавляет стороны от необоснованных претензий, разграничивая сферы ответственности в треугольнике «государство – гражданин – система здравоохранения» [Дартау Л.А., 2012, с. 516]. Он также позволяет четко разделить два вида деятельности: лечение заболевших и сохранение здоровья здоровых граждан.

3. Активизация процесса формирования «полезных» привычек и пропаганды здорового образа жизни.

Представляется, что формирование «полезных» для здоровья привычек, а также дискредитация ряда «вредных» следует начинать уже в начальной школе. Например, в начальных классах можно и

нужно проводить занятия, рассказывающие о вреде курения, показывать в День борьбы с курением доступные и эффективные научно-популярные фильмы по этому вопросу. В курс биологии старших классов целесообразно ввести раздел о старении человека и возможностях долголетия, факторах риска и правилах здорового образа жизни.

Причем, это должны быть не эпизодические уроки, а последовательно повторяющаяся тематика в разных классах (с домашними заданиями, контрольными и оценками уровня знаний на уроках), соответствующая возрастным особенностям учащихся. У окончивших среднюю школу юношей и девушек должны быть уже сформированы четкие представления о физиологических последствиях тех или иных видов поведения и об их влиянии на жизнь в старшем возрасте.

Кроме того, можно обсудить с деятелями культуры и искусства вопрос добровольного исключения из вновь создаваемых художественных произведений (особенно фильмов) сцен курения и употребления алкоголя и, по возможности, наоборот, введения сюжетов здорового образа жизни. Например, подобная самоцензура существует в США – в современных голливудских фильмах практически не бывает курящих или употребляющих алкоголь героев. С учетом того, что подрастающее поколение во многом копируют демонстрируемые на экране формы поведения, даже такая «пассивная» агитация будет способствовать распространению здорового образа жизни.

4. Расширение возможностей для ведения здорового образа жизни.

Нельзя не отметить, что в последние годы в России на разных уровнях наблюдается прогресс в создании условий для здорового образа жизни. Принят закон, ограничивающий места для курения; в регионах увеличивается количество спортивных объектов; пенсионерам предоставляются льготы для занятий физкультурой (например, в бассейнах) и т.д. Но резервы расширения условий для ведения здорового образа жизни, а, главное – потребности в этом, остаются еще значительными.

Например, в настоящее время очевиден общественный запрос на доступные методы коррективы веса тела. В сети интернет представлено огромное количество разнообразных диет для похудения, в СМИ рекламируются разнообразные препараты и аппараты, использование которых направлено на снижение веса. При этом квалифицированных специалистов по этим вопросам крайне мало. А те, кто разбирается в подобных проблемах, не очень доступны. Очевидно, что в настоящее время специалисты-

диетологи обязательно должны быть в учреждениях первичной медицинской помощи (особенно крупных городов), а также в санаторно-курортных учреждениях. Кроме того, целесообразно создание специальных консультаций по этим вопросам с привлечением частного капитала (как в случае косметических клиник).

Еще одно направление расширения условий для ведения здорового образа жизни связано с распространением лечебной физкультуры, особенно для лиц пожилого возраста. И здесь могут использоваться разные варианты: организация такой деятельности в поликлиниках и других медицинских учреждениях (или расширение существующей), в спортивных комплексах или бассейнах / стадионах, при общественных организациях и органах местной власти. Главное – вовлечение в занятия лечебной физкультурой как можно больше лиц пожилого возраста (конечно, в соответствии с их состоянием здоровья).

Причем создание условий для ведения здорового образа жизни не должно быть сферой ответственности исключительно государственных структур. Здесь вполне возможно и даже желательно участие как общественных, так и благотворительных организаций.

Обычно благотворительность ориентирована на помощь больным страдающим людям. Но уже доказано, что помощь здоровым людям «сейчас» уменьшает количество страдающих больных «потом». Поэтому деятельность благотворительных организаций может включать и данное направление. Например, может арендоваться часть спортивных объектов (или время занятий в них) для предоставления бесплатного доступа различным группам населения (детям, лицам пожилого возраста или всем желающим); устраиваться бесплатные «дни открытых дверей» на спортивных объектах, прокат спортивного инвентаря и т.д.

5. Развитие геронтологического просвещения.

В России в настоящее время помимо ряда специализированных периодических изданий (например, «Успехи геронтологии») существуют сайты в интернете (например, repcioner.ru), которые размещают актуальную информацию о достижениях геронтологии. Но общий объем традиционных и электронных информационных ресурсов для неспециалистов по этой проблематике слишком мал по сравнению с потенциальной аудиторией и недостаточно учитывает ее особенности.

В стране необходима организация широкого научно-популярного просвещения населения по вопросам активного долголетия и борьбы с возрастнo-ассоциированными болезнями. В этой

деятельности могут участвовать как социальные службы на местах, так и медицинские учреждения, особенно первичного звена. Например, в них могут распространяться бесплатные тематические брошюры, буклеты с информацией о доступных формах поддержания здоровья (в том числе перечень проводимых мероприятий; адреса организаций или спортивных объектов, предоставляющие возможности для подобных занятий и т.д.), проводиться соответствующие лекции и другие просветительские мероприятия.

Но пока в России проблемы здоровой жизни в пожилом возрасте и медико-социального обслуживания пожилых людей остаются «деликатной» темой [Лайдинен Н.В., 2010], которую стараются игнорировать (общество, не власть) в значительной степени из-за суеверных страхов и предубеждений. Больше всего люди в старости боятся одиночества и беспомощности. А для устранения этих угроз очень многое можно сделать даже без существенных финансовых затрат со стороны государства.

Развивающиеся глобальные процессы ведут к изменению места и роли пожилых людей в обществе. Активное долголетие продлевает период производительной деятельности человека и способствует повышению уровня благосостояния лиц старших возрастов. Они становятся значимой частью трудовых ресурсов, а их потребности – стимулом для развития бизнеса: новые растущие рынки товаров и услуг, возможности применения новейших технологий, новые рабочие места и специальности.

Однако проведение политики активного долголетия требует не только внимания со стороны государственных органов, но и общества в целом. Как парадоксально бы это не звучало, более рациональное отношение к жизни и менее эмоциональное – к старости и смерти человека, – ведет к дальнейшей гуманизации общественных отношений. И на первое место здесь выходит совершенствование медико-социального обслуживания лиц пожилого возраста, направления которого должны соответствовать происходящим экономическим и социально-психологическим трансформациям.

Список литературы

1. Андрианов В. Социально-экономические и философские проблемы старения населения // Общество и экономика. – М.: Наука, 2011. – № 4–5. – С. 87–121.
2. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения. – СПб.: Наука, 2008. – 434 с.

3. Венедиктов Д.Д., Дартау Л.А. Социальное партнерство в деятельности по сохранению и укреплению здоровья: Обоснование с позиций системного анализа и теории управления // Труды VII Международной научно-практической конференции «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития», (26–27 мая 2011 г., Москва) / РАН. ИНИОН; Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2011. – Ч. 1. – С. 460–464.
4. Воронин Ю.М. Отчет о результатах проверки в Минтрудсоцразвития РФ отдельных вопросов выполнения федеральной целевой программы «Старшее поколение» (1997–1999 годы) // Бюллетень Счетной палаты РФ. – М., 2000. – № 9 (33). – С. 146–151.
5. Государственный доклад о состоянии здоровья населения РФ в 2004 г. / Минздравсоцразвития РФ, РАМН. – М., 2005. – Режим доступа: <http://www.worklib.ru/laws/ml02/pages/10013557.php>
6. Дартау Л.А., Захаров В.Н., Белоконов О.В., Осипенко А.П. Пожилое население России и управление в сфере медико-социальной защиты // Успехи геронтологии. – СПб.: Эскулап, 1998. – Вып. 2. – С. 126–132.
7. Дартау Л.А. Инновационный проект ИНУ РАН «Организационная технология ЭДИФАР» (в сфере государственной деятельности по управлению здоровьем) // Труды VIII Международной научно-практической конференции «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития» (31 мая – 01 июня 2012 г., Москва) / РАН. ИНИОН; Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2012. – Ч. 1. – С. 512–517.
8. Косенко О.Ю. Развитие системы предоставления социальных услуг лицам пожилого возраста в России / Сев.-Кавк. акад. гос. службы. – Ростов н/Д, 2010. – 379 с.
9. Лайдинен Н.В. Пожилые люди в России: деликатная проблема // Социальный мир. – М., 2010. – № 39. – С. 13–14.
10. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 г. / Региональный общественный фонд помощи престарелым «Доброе дело». – М., 2007. – 44 с.
11. Постановление Правительства РФ от 29.01.2002 № 70 «О Федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 2002–2004 годы» // Собрание законодательства РФ. – М., 2002. – № 6. – Ст. 578.
12. Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «О Государственной программе развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.» // Собрание законодательства РФ. – М., 2012. – № 53 (ч. 2). – Ст. 8019.
13. Роик В. Второй демографический переход – важнейший вызов для пенсионного страхования и социальной политики государств в XXI в. // Человек и труд. – М., 2011. – № 1. – С. 15–21.
14. Роик В. Пожилой возраст. Попытка междисциплинарного подхода // Человек и труд. – М., 2006. – № 9. – С. 53–55.

15. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. – Копенгаген, 2005. – 40 с.
16. Стенографический отчет о заседании Президиума Государственного Совета РФ по вопросу социально-экономического положения пожилых людей 25 октября 2010 г., Московская область, Горки // Интернет-портал Президента РФ. Стенограммы. – Режим доступа: <http://news.kremlin.ru/transcripts/9332>
17. Указ Президента РФ от 13.06.1996 № 883 «О Федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 1997–1999 годы» // Собрание законодательства РФ. – М., 1996. – № 25. – Ст. 3004.
18. Федеральный закон от 02.08.1995 № 122-ФЗ (с последующими редакциями) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» // Собрание законодательства РФ. – М., 1995. – № 32. – Ст. 3198.
19. Федеральный закон от 10.12.1995 № 195-ФЗ (с последующими редакциями) «Об основах социального обслуживания населения в РФ» // Собрание законодательства РФ. – М., 1995. – № 50. – Ст. 4872.
20. Федеральная служба статистики: Официальная статистика. Население. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
21. Щегорцов А.А. Стратегия долголетия // Труды VIII Международной научно-практической конференции «Регионы России: стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития» (31 мая – 01 июня 2012 г., Москва) / РАН. ИНИОН; Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2012. – Ч. 1. – С. 697–698.
22. О выполнении п. 20 перечня поручений Правительства РФ от 06.12.2010 № АЖ-П12–8307 [в рамках реализации п. 4 (пп. «а» и «б»)) перечня поручений Президента РФ Д.А. Медведева от 27.11.2010 № Пр-3464 ГС по итогам заседания Президиума ГС РФ 20.10.2010: Доклад / Минздравсоцразвития РФ, Минспорттуризма РФ, Минобрнауки РФ, Минрегиона РФ]. – М., 2012. – Режим доступа: <http://www.pandia.ru/text/77/21/68852.php> или <http://www.do.gendocs.ru/docs/index-394054.html> (Дата обращения 20.08.2013).
23. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития РФ как субъекта бюджетного планирования на 2011 г. и на период до 2013 г. / Минздрав РФ. Главная. Министерство. Бюджет. – М., 2010. – Режим доступа: <http://www.rosminzdrav.ru/ministry/budget> (Дата обращения 20.08.2013)
24. Стенограмма заседания Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан 24 апреля 2013 г., Москва // Интернет – портал Правительства РФ. Структура. Органы при Правительстве РФ. Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан. – Режим доступа: <http://government.ru/department/258/events/> (Дата обращения 20.08.2013).
25. Стенограмма совещания у Председателя Правительства РФ Д.А. Медведева по вопросам улучшения качества жизни пожилых людей 18 декабря 2012 г.,

- Санкт-Петербург // Интернет – портал Правительства РФ. Стенограммы. – Режим доступа: <http://government.ru/docs/21965> (Дата обращения 20.08.2013).
26. The effect of health on labour supply in nine former Soviet Union countries / Goryakin Y., Rocco L., Suhrcke M., Roberts B., McKee M. // The European journal of health economics. – S.L.: Springer-Verlin Berlin Heidelberg, 2013. – Mode of access: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10198-012-0455-y/fulltext.html> (Дата обращения 20.08.2013).

А.А. Щегорцов

СТРАТЕГИЯ ДОЛГОЛЕТИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ И ПОСЛЕДСТВИЯ

В Российской Федерации в настоящее время проживает почти 32 млн. человек старше 60 лет. Доля этой популяционной группы в структуре всего населения с 1989 г. возросла с 15% до 21%. При этом в некоторых субъектах Российской Федерации она уже достигает до 28% от общей численности населения региона [Косенко О.Ю., 2010, с. 379].

В Указе Президента России от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» поставлена задача обеспечить дальнейшее увеличение к 2018 г. ожидаемой продолжительности жизни в Российской Федерации до 74 лет. Есть определенные социальные, политические и экономические основания ожидать, что Указ будет выполнен, и в этом направлении будут достигнуты определенные успехи.

Данный Указ Президента Российской Федерации означает, что руководство страны формирует и приступает к реализации новой социальной стратегии, благодаря которой в России появится другая, по сравнению с современной, социально-демографическая структура общества. Российским ученым и специалистам необходимо всесторонне оценить перспективы и последствия данной «стратегии долголетия» с тем, чтобы сформулировать рекомендации для повышения ее эффективности, подготовить государственные структуры для решения новых задач, обусловленных новыми социальными реалиями.

Уже к 2025 г. в целом в стране доля лиц старше трудоспособного возраста может приблизиться к 30%. Увеличение доли старшего поколения в демографической структуре России полностью соответствует общемировым тенденциям [Лайдинен Н.В., 2010, с. 13].

В начале 80-х годов прошлого века ведущие демографические институты мира сделали прогноз о грядущих изменениях в составе населения планеты. В качестве *одной из возможных главных демографических тенденций* было отмечено значительное увеличение численности пожилых людей. Для того чтобы правильно и всесторонне обсудить глобальные последствия данного явления по инициативе ООН в 1982 г. в Вене состоялась первая Всемирная ассамблея по проблемам старения.

Результатом ее работы стало принятие Международного плана действий по вопросам старения. В соответствии с ним мировое сообщество должно было приступить к подготовке к предстоящим демографическим переменам. Далеко не все страны мира смогли адекватно оценить данный документ и развернуть соответствующую подготовительную деятельность. Во многих странах эта проблема продолжала оставаться вне поля зрения властных структур.

В XX в. сложилась традиция в программах социальной политики предусматривать выделение ресурсов тем группам населения, которые составляют большинство и, особенно, детям и молодежи. Социальная забота о них не просто доминировала. В ряде случаев она стала единственным критерием для определения степени «социальности» государства и показателем успешности его социального развития. Предполагалось, что пожилые люди получают основную помощь в семье. Многие правительства считали, что все еще продолжает существовать расширенная семья, где к старшим относятся с уважением, и где остальные члены семьи всегда готовы прийти на помощь пожилым. В этих условиях План оказался не слишком эффективным, но его главная заслуга была в другом. Он впервые на уровне мирового сообщества в центр внимания поставил проблемы старшего поколения.

Спустя десять лет ООН снова собрала на вторую Всемирную ассамблею представителей ведущих государств мира. Теперь уже они обсуждали не возможные демографические прогнозы, а реальную ситуацию, связанную с тем, что серьезно возросла демографическая нагрузка на работающее население, значительно увеличились бюджетные социальные расходы, городская инфраструктура и социальная среда не отвечали потребностям старшего поколения.

В целом, мир оказался не готов к новым демографическим реалиям. В тоже время пожилые люди стали весомой социальной группой, сопоставимой, а в некоторых странах иногда и превосходящей по численности национальные когорты молодежи.

Этот процесс был обусловлен двумя причинами – успехами здравоохранения и повышением уровня и качества жизни. Благодаря им увеличилась средняя ожидаемая продолжительность жизни людей и, как следствие в обществе стало больше пожилых людей, способных к активной социальной деятельности. Все это нашло отражение в декларации по проблемам старения, принятой Генеральной Ассамблеей ООН на 42-м пленарном заседании в октябре 1992 г.

Представители ряда стран осознали, что в мире происходит настоящая *демографическая революция и ее игнорирование приведет в дальнейшем к социальным конфликтам и разрушению современной цивилизации*. Изменение демографического состава населения планеты все больше обуславливает эволюцию структуры современной цивилизации – меняется ее менталитет, существующий строй экономических отношений, система социальных взаимодействий, способы и методы политического управления.

В связи со снижением рождаемости, доля лиц в возрасте 60 лет и старше удвоится в период между 2007 и 2050 гг., а их реальное число увеличится более чем в три раза, достигнув свыше 2 млрд. в 2050 г. Помимо общего старения населения стареет и само пожилое население – в нем увеличивается доля самых старших возрастов. Скорость прироста численности населения 80 лет и старше существенно превышают скорость прироста не только общей численности населения, но и населения 60-летних. К 2050 г. в большинстве стран число людей старше 80 увеличится в четыре раза и достигнет 400 миллионов.

В этих условиях было уже очевидным, что нужно немедленно приступить к созданию материальных и социальных условий для формирования максимально активного и дееспособного долголетия населения. Самое большое достижение человечества – рост продолжительности жизни должен стать не тяжким бременем для общества, а ресурсом для дальнейшего развития [Воронин Ю.М., 2000, с. 148]. Необходимо, чтобы пожилые люди продолжали вносить свой вклад в развитие общества. Для достижения этой цели нужно устранить все факторы, которые приводят к социальной изоляции и дискриминации пожилых людей. Вот это и стало лейтмотивом принятого в 2002 г. на второй Всемирной ассамблеи по проблемам старения Мадридского международного плана действий по проблемам старения.

Увеличение продолжительности жизни является одним из самых больших достижений человечества. Люди живут дольше благодаря более правильному питанию, достижениям медицины и

системы здравоохранения, образованию и, в целом, повышению экономического благосостояния. Продолжительность предстоящей жизни при рождении сейчас превышает 80 лет в 33 странах. Всего пять лет назад такие показатели были лишь в 19 странах.

В 2000 г. доля населения старше 80 лет в мире составила всего лишь 1%. По среднему прогнозу ООН в 2050 г. она возрастет до 4% и в 2100 – до 11%. То есть, если сейчас чуть больше, чем один человек из ста старше 80-ти лет, то к 2050 г. это уже будет четыре человека, а к 2100 – каждый десятый человек в мире будет старше 80 лет. К 2050 г. страны всего мира поделятся на три части: те, в которых доля людей старше 80 лет составит 4% или меньше (Северная и Южная Африка, Латинская Америка, Центральная, Тихоокеанская и Южная Азия и Средний Восток), те, в которых данный процент составит около 8% (Китайский регион и Европейская часть бывшего Советского Союза), и те, где их доля составит 10% и выше (Восточная и Западная Европа, Япония и Океания, и Северная Америка). В настоящее время только в Японии люди старшего возраста составляют более 30 процентов населения; ожидается, что в середине века 64 страны, в том числе и Россия, войдут в число стран, в которых люди старшего возраста составят более трети населения.

Поскольку численность и процентная доля людей старшего возраста увеличиваются быстрее, чем любой другой возрастной группы, возникают сомнения в способности общества ответить на вызов, обусловленный этим демографическим сдвигом. Для того чтобы своевременно и адекватно отреагировать на новые демографические реалии и эффективно использовать возможности, создаваемые старением населения, необходимо руководствоваться мировым опытом, воплощенным в Мадридском международном плане действий по проблемам старения, учитывая при этом национальную специфику.

В прошлом году исполнилось десять лет со дня его принятия и интересно и полезно оценить эффективность и реалистичность основных положений предложенной в нем стратегии. Данный документ представляет собой основополагающее руководство и пакет программ для разработчиков социальной политики и практиков, занимающихся реализацией ее программ. Его назначение – помочь государствам в разработке и осуществлении системной социальной политики в области старения, обеспечивая их рекомендациями, основанными на анализе и обобщении опыта практической деятельности на национальном уровне. Все внимание в нем

фокусируется не на том, что именно делать (каким должно быть содержание политики), а на том, как это нужно делать (как осуществить политические изменения согласно собственным нуждам и приоритетам).

В отличие от Венского плана стратегия, предложенная в Мадриде, рассматривает пожилых людей как активных участников, а не как пассивных объектов социальной политики. В нем признается факт, что пожилые граждане не только довольствуются плодами социального и экономического развития, но и вносят свой вклад в развитие общества. Результатом такого подхода является вывод об обязательном участии пожилых людей в процессе разработки политики. Они должны не просто соглашаться с социальной политикой, направленной на решение их проблем, а формировать ее содержание. В соответствии с ним необходимо, чтобы пожилые люди участвовали в любом запланированном действии, включая законодательную деятельность, политику и программы во всех областях и на всех уровнях. Такая постановка дела должна приводить к тому, что интересы и опыт пожилых людей станут неотъемлемой частью разработки, осуществления, мониторинга и оценки политики и программ во всех политических, экономических и социальных областях.

Это очень важный, пожалуй, даже ключевой момент. Осознание данного положения должно быть основополагающим условием при разработке всех социальных программ и проектов. Возможно, недостаточная эффективность современной социальной политики в ряде стран и, прежде всего, в России, как раз и объясняется отсутствием такого понимания на всех управленческих уровнях государства.

Другой принципиальный момент связан с необходимостью комплексного решения проблем пожилых людей. Комплексный подход не может быть обеспечен только лишь работой одного того или иного социального ведомства — министерства, комитета, агентства. Необходимо, чтобы проблемами старения и удовлетворения потребностей пожилых людей занимались все властные структуры. Решение этих проблем должно стать неотъемлемой частью деятельности всех органов управления независимо от их иерархического положения и ведомственной принадлежности. Создание благоприятных условий жизни для старшего поколения может быть достигнуто лишь при изменении психологии всех властных структур. Геронтологические подходы должны присутствовать в управлении всеми сферами жизнедеятельности общества.

В Мадридском международном плане действий по проблемам старения (ММПД) предусмотрены действия по таким направлениям, как стимулирование занятости и обеспечение гарантированного дохода, поддержка здоровья, обеспечение питанием и жильем, мероприятия в области образования и социального обеспечения. В этом плане нашла отражение позиция, согласно которой пожилые люди – это разнообразная и активная группа населения с широкими возможностями и, иногда, специфическими потребностями в медицинском обслуживании [Роик В., 2011, с. 17].

В Плане выделены три приоритетных направления.

1. Участие пожилых людей в развитии. Решение этой задачи предполагает создание максимально благоприятных условий для жизнедеятельности пожилых людей. Во-первых, признание уже сделанного социального, экономического и политического вклада пожилыми людьми и обязательное дальнейшее их участие в процессе принятия решений на всех уровнях. Одно из самых главных положений Плана заключается в требовании обеспечить широкие возможности для трудоустройства всех пожилых людей, желающих работать.

Для смягчения проблемы старения населения в сельских регионах необходимо улучшение условий жизни и инфраструктуры, принять меры по искоренению маргинализации пожилых людей в сельских районах.

При обеспечении доступа к знаниям, образованию и профессиональной подготовке важно обеспечить реальное равенство пожилых людей с представителями других возрастных групп.

Необходимо разработать меры по обеспечению полного использования потенциала и специальных знаний людей на основе признания того факта, что профессиональный опыт приходит с возрастом.

В целях сокращения масштабов бедности среди пожилых людей и обеспечения гарантированного дохода необходимо содействие осуществлению программ, дающих возможность пользоваться базовой системой социальной защиты. Также важным аспектом является обеспечение пожилых людей минимально необходимым доходом на основе повышения внимания к неблагополучным в социально-экономическом плане группам населения.

2. Медицинские и социальные услуги для пенсионеров. Для обеспечения высокого качества жизни необходимо уменьшение совокупного воздействия факторов, повышающих риск заболеваемости в пожилом возрасте, поэтому пожилые люди должны иметь

универсальный и равный доступ к услугам системы здравоохранения. Кроме того, необходимо создание и укрепление служб первичного медико-санитарного обслуживания для удовлетворения потребностей пожилых людей и формирование полного диапазона медицинских услуг для них. Также делается акцент на профессиональной подготовке лиц, занимающихся уходом за пожилыми людьми, и работников системы здравоохранения, специализирующихся на организации медицинской помощи пожилым людям. Помимо этого, нужна разработка системы мер, направленных на профилактику заболеваемости среди пожилых людей и обеспечения всем лицам пожилого возраста доступа к продовольствию и надлежащему питанию. Все это должно способствовать сохранению максимального функционального потенциала на протяжении всей жизни и содействовать всестороннему участию всех категорий пожилых людей во всех аспектах жизни общества.

3. Создание благоприятных условий для жизнедеятельности пожилых людей. Предполагается приоритетное решение проблемы жилья и приемлемых условий жизни пожилых людей. Отмечена необходимость содействовать обеспечению их доступным и недорогим транспортом. В Плате отмечается не только необходимость организации социального ухода за пожилыми людьми, но и оказания помощи лицам, занимающимся этим уходом, т.е. социальным работникам. Особое внимание предлагается уделять заботе о пожилых людях в семье и обществе, предотвращению жестокого обращения и насилия по отношению к ним, формирования в обществе негативного стереотипного образа пожилых людей.

Если совсем кратко резюмировать все изложенное, то надо отметить, что основные идеи Мадридского плана действий сводятся к необходимости выработки на высшем государственном уровне национальной стратегии по проблемам старения. Суть этой стратегии заключается в создании комплекса мер в экономической, социальной и духовных сферах для максимального сохранения пожилыми людьми трудоспособного и активного долголетия. Главное, чтобы общество осознало, что существует две альтернативы.

Первая – сохранить без изменений современную социальную политику и практически возложить на среднее и молодое поколения возрастающие расходы по содержанию пожилых людей. Это путь обеспечения «доживания» пожилыми людьми своей жизни. Этот «хосписный» вариант является тупиковым. В современных условиях старость становится одним из самых длительных периодов жизни человека. Она все больше не укладывается в привычное

понятие «заката жизни». Поэтому данный вариант малопривлекателен для всех поколений.

Вторая – создать возможности и условия для увеличения не просто продолжительности жизни, а для роста продолжительности здоровой жизни и сохранения трудоспособности пожилых людей. В этом случае они смогут продолжить свою трудовую деятельность, сохранить дееспособность и снизить социальные расходы общества необходимые для поддержания социально незащищенных групп населения.

К началу третьего десятилетия XXI в. продолжительность жизни в России вырастет до 75 лет. При сохранении таких темпов роста средней продолжительности жизни к 2025 г. по данному показателю мы будем близки к среднемировому уровню. Но надо иметь ввиду, что такие позитивные демографические изменения могут потребовать удвоения (в процентах ВВП) государственных расходов на пенсии и медицинские услуги населению России.

До настоящего времени усилия российского правительства и региональных органов власти сводились преимущественно к повышению размеров пенсии. Безусловно, наиболее важным и приоритетным направлением социальной политики в отношении пожилых людей является повышение материального достатка. Возможно, поэтому более 30% принимаемых в стране нормативных и правовых актов в социальной сфере прямо относятся к установлению всевозможных прямых финансовых выплат пожилым гражданам.

Это необходимо, но недостаточно. Особенно когда речь идет о социально-медицинском и бытовом обслуживании одиноких пожилых людей в пансионатах (домах престарелых), нахождения их в больницах (в основном в коридорах), отсутствия в больницах нужных лекарств и даже посуды, невозможности в течение большого времени попасть к соответствующим специалистам в поликлиниках, а иногда и отказ выезда скорой помощи к тем, кому за 80 лет.

В условиях значительного старения населения требуются инновационные подходы в социальной работе с пожилыми людьми. Но какие могут быть инновации там, где нет самостоятельных государственных программ для старшего поколения?

Ряд российских регионов таких программ не имеет, поскольку подобной программы на федеральном уровне не существует. А субъекты РФ по-прежнему строят свою региональную социальную политику с большой оглядкой на федеральный Центр и возможности местного бюджета.

Контент-анализ нормативно-правовых актов (приказов, постановлений, решений местных и региональных органов власти) по правовым базам «Гарант» позволяет констатировать, что внимание к пожилым гражданам (пенсионерам и ветеранам) примерно одинаково во всех регионах, кроме Москвы. В Москве количество нормативно-правовых актов, адресованных этой социальной группе больше в 2,5 раза. Возможные причины – лучшая финансовая обеспеченность города, значительное абсолютное число пожилых людей, большая направленность социальной политики на пожилое население, чем в других регионах России.

Среди нормативно-правовых актов можно выделить и такие, которые способствуют участию пожилых людей в событиях социальной жизни, способствуют повышению уважения к этой части населения в обществе, и ее включенности в жизнь общества. К сожалению, следует отметить, что половина нормативно-правовых актов в этом случае связана с празднованием Дня Победы или проведением мероприятий к Международному дню пожилых людей. Но в целом, доля нормативно-правовых актов, способствующих включению пожилых людей в жизнь общества, участие в культурных мероприятиях в Москве значительно выше, чем во всех других городах. В Москве этот показатель составляет 20%, тогда как, например, в Орловской области – 5%, а в других городах и того меньше 2–3%.

При анализе нормативно-правовых документов о пенсионерах по годам за прошедшее десятилетие, становится очевидным, что рост внимания к проблемам пожилого возраста был в 2003 (после принятия в 2002 г. Мадридского международного плана действий по проблемам старения), в 2009–2010 гг. (при подготовке празднования 65-й годовщины Победы в Великой Отечественной войне) и, еще была попытка всплеска нормативной активности в конце 2012 г. (нужно было подводить итоги десятилетней работы по Мадридскому плану).

К сожалению, работа по проблемам старения в стране не строится пока на системной основе. Во многом она носит событийный характер и это находит отражение в эпизодически возникающей в стране нормативно-правовой активности. Пожалуй, это ее главный принципиальный недостаток.

Между тем, проблемы пожилых отличаются многогранностью и требуют принятия комплексных мер по улучшению всех показателей качества жизни. Особое место среди них занимают вопросы труда. Трудовая деятельность человека в течение всей

жизни играет важную роль. Многие пожилые люди в возрастной группе 60–70 лет не причисляют себя к категории «старых» и, принимая решение о выходе на пенсию, не оставляют мысли о продолжении прежней профессиональной деятельности в тех или иных вариантах. Результаты ряда геронтологических исследований убедительно свидетельствуют о том, что работники в возрасте от 45 до 65 лет, при сравнении с молодыми, отстают от них на 25% в скорости работы, но на 60% превосходят их по точности и тщательности ее выполнения.

Практичные немцы стали активно использовать эту трудовую особенность пожилых работников. Так, на заводе Daimler в Бремене уже с 2008 г. занимаются переквалификацией работников старшего возраста, занятых непосредственно на сборке автомобилей. Им предлагают освоить специальность техника-смотрителя, который контролирует качество работы.

В России же, большей частью, происходит наоборот. Пожилые работники, на наш взгляд, сегодня все больше сконцентрированы в сфере материального производства, где выполняют работу с достаточно высокими физическими нагрузками. Большой частью их вытеснили из управленческих структур и заменили энергичными, но не всегда имеющими опыт и знания молодыми кадрами. Полагаем, что сегодня нарушен баланс сочетания пожилых опытных и молодых кадров.

Анализ результатов ряда исследований отражает существующую в профессионально-деловой сфере современного общества дискриминационную модель отношения к пожилым людям. Дискриминация по возрасту (эйджизм) получил сегодня в России очень широкое распространение, легитимизация возрастного неравенства в профессионально-деловой сфере поддерживается средствами рекламы, телевидения. Поисковые стратегии работодателей ориентированы на представителей молодого возраста, существенно реже рекрутируются представители среднего возраста и практически игнорируются пожилые люди в качестве работников. Возраст в настоящее время является важнейшим критерием при приеме на работу, увольнении, решении других кадровых вопросов. Значительное влияние на отношение руководителей к сотрудникам пожилого возраста оказывают негативные социальные стереотипы о старости и пожилых людях, сложившиеся в российском обществе.

Целый ряд социологических исследований показывает, что люди старшего возраста обладают значительным, но мало востребованным обществом потенциалом. В связи с такой ситуацией хо-

чется вспомнить одну восточную притчу. Молодой воин быстро действует мечом, но не знает куда и как наносить удар. Пожилой воин медлителен, но опытен и точен. Поэтому могущественна та армия, в которой молодые и сильные воины имеют опытных и мудрых полководцев. Но не наоборот.

Поэтому одна из ведущих задач – это изменение кадровой политики таким образом, чтобы она способствовала реализации Мадридского плана действий по проблемам старения в части трудовой занятости пожилых людей. В настоящее время она во многом просто противоречит этому плану.

Улучшение жилищных условий, переоборудование и текущий ремонт жилья, газификация, переселение пожилых людей в более благоустроенные дома и квартиры реализуются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления с учетом экономических возможностей. На эту тему имеется ряд региональных и местных нормативных актов. На степень социальной удовлетворенности пожилых граждан существенно влияют их жилищные условия. По результатам Комплексного мониторинга уровня и качества жизни пожилых граждан большинство пожилых выразили удовлетворенность размерами своей жилой площади и местоположением квартиры.

Несмотря на большую работу Правительства Москвы в этом направлении еще треть участников мониторинга не удовлетворены состоянием своего жилища. Эти оценки отражают реальное состояние жилищного фонда города, в котором почти 39% жилых домов нуждаются в капитальном ремонте. Несмотря на невысокие доходы, пожилые люди продолжают регулярно оплачивать коммунальные платежи.

В течение десятилетия в стране набирает силу создание жилых домов для одиноких людей престарелого возраста с комплексом служб социально-бытового назначения. В этих домах предоставляются социально-бытовые, медицинские услуги, а также организуется отдых и досуг. Всего в 700 подобных домах проживает более 19 тыс. человек.

Постепенно получает развитие новая форма улучшения условий проживания одиноких пожилых людей – создание социальных квартир. Пока число таких квартир достигает 1700, в них проживает 2,2 тыс. престарелых граждан. Жильцы социальных квартир постоянно обслуживаются социальными работниками.

Действует сеть служб по выплате жилищных компенсаций (субсидий) малообеспеченным гражданам, в том числе пожилого

возраста. Развита благотворительная помощь пожилым людям по поддержанию в надлежащем порядке жилья (ремонт жилых помещений, сантехнического оборудования). Масштабы выполняемых работ определяются в каждом районе, городе в зависимости от имеющихся возможностей.

Комплексный мониторинг уровня и качества жизни пожилых людей продемонстрировал, что денежные средства, находящиеся в распоряжении пожилых граждан, позволяют им осуществлять лишь минимум необходимых затрат. Пожилые люди составляют, как и раньше основную часть категорий населения с низкими доходами. Это свидетельствует о невозможности материально самостоятельного и независимого существования пожилых граждан в современном социуме. Одиноким пожилым гражданам составляют группу людей с высоким социальным риском перехода в маргинальное состояние.

Положительным является то, что более 2/3 пожилых москвичей сохраняют статус-кво в своих оценках материального положения и не отмечают ухудшение материального положения. Практически все опрошенные имеют предметы длительного пользования: холодильники, газовые или электрические плиты, пылесосы, цветные телевизоры, стиральные машины, ковры. У половины пожилых людей указанные предметы имеют более чем десятилетний срок эксплуатации. Большинство респондентов имеют в собственности объекты недвижимости (квартиры и дачи), предметы длительного пользования и одновременно низкий уровень доходов. Значительная часть денежных доходов используется на содержание и обслуживание этих объектов и предметов, которые были приобретены несколько десятилетий назад. Это сокращает возможности для приобретения ими качественных товаров и услуг [Щегорцов А.А., 2012, с. 697].

В питании пожилых граждан доминируют продукты, богатые углеводами. Наряду с этим, имеется дефицит овощей, фруктов и рыбы. Источником белка в основном служат молоко и молочные продукты, яйца, мясо птицы.

Самым важным показателем качества жизни пожилых граждан, кардинально влияющим на их социальное самочувствие, является состояние здоровья. Четко прослеживается тенденция улучшения физического самочувствия пожилых людей. Подтверждается гипотеза ряда российских геронтологов о формировании новой генерации старшего поколения, обладающей более высокими психофизическими характеристиками по сравнению с предыдущими.

Лучшее состояние здоровья будет способствовать созданию активного и трудоспособного долголетия москвичей. Данное обстоятельство необходимо учитывать при прогнозировании социальной сферы города.

У пожилых людей, с одной стороны, сокращаются потребности в транспортном обслуживании, с другой стороны, возрастают претензии к качеству транспортных услуг. Поэтому только половина пожилых москвичей удовлетворена транспортным обслуживанием. Две трети из них отмечают неприспособленность транспорта для проезда инвалидов и престарелых граждан. Транспорт входит в число лидирующих проблем в массовом сознании пожилых граждан.

Пожилые люди в своем большинстве положительно оценивают свободу выбора, возможность покупки необходимых им товаров и услуг. Однако очень высокий уровень недовольства пожилых граждан стоимостью (83,5%) и качеством товаров и услуг (73%) предлагаемых торговыми организациями, практически нивелирует в общественном мнении пожилых людей эти положительные моменты.

Определенный интерес представляют данные о проведении свободного времени пожилыми людьми. Среди лидирующих форм досуга следует отметить просмотр телевизионных передач (83%), посещение родственников (68%), прогулки (54%), чтение (67%), занятие хобби (52%). Среди пожилых москвичей прослеживается тенденция к повышению доли удовлетворенных реализацией своих культурных и духовных потребностей и снижение доли негативных оценок. Все большую популярность приобретают такие технологии социальной работы с пожилыми людьми, как социальный туризм, курсы компьютерной грамотности, клубная работа с теми, кому за 50, университеты третьего возраста и т.д.

Сопоставляя задачи, намеченные в Мадридском международном плане действий по проблемам старения и реальное положение дел необходимо продумать конкретные предложения для улучшения работы в этом направлении. На наш взгляд, целесообразно следующее:

- разработка государственной федеральной программы «Старшее поколение»;
- создание Геронтологической службы Российской Федерации, используя возможности федеральных и региональных, медицинских и социальных учреждений;
- возобновление выпуска ежегодного федерального доклада «По проблемам старения населения и работе с пожилыми людьми в Российской Федерации»;

- разработка проектов федеральных законов, направленных на создание условий для сохранения работоспособности и активного долголетия пожилых людей, их трудовой занятости;
- изменение системы надомного обслуживания пожилых людей с учетом их нуждаемости и дифференцированного подхода к получению услуг;
- развитие рынка социальных услуг, позволяющего увеличить свободу выбора и повышения качества услуг;
- создание мини-предприятий при центрах социального обслуживания населения по предоставлению социальных услуг на платной основе с участием самих пожилых людей;
- повышение участия пожилых людей в активных формах социального обслуживания: клубах по интересам, общественных объединениях, экспертной работе по социальным программам и проектам и т.д.;
- проведение в текущем году на уровне муниципальных образований и регионов научно-практических мероприятий, выставок, собраний общественности по решению проблем старшего поколения и достижения населения активного долголетия в развитии положений Мадридского международного плана.

В Российской Федерации, как и в других странах мира, формируется новая цивилизация, для которой станет характерным долгожительство и совместное сосуществование не трех, как это имеет место сегодня, а четырех, пяти и более поколений. Это приведет к появлению целого ряда противоречий в духовной, социальной, экономической и политической сферах. Для безболезненного разрешения этих противоречий и использования позитивных последствий становления новой цивилизации нужно проводить комплексные исследования старшего поколения и на основе их результатов вырабатывать конкретные и действенные рекомендации для корректировки существующей государственной политики.

Список литературы

1. Воронин Ю.М. Отчет о результатах проверки в Минтрудсоцразвития РФ отдельных вопросов выполнения федеральной целевой программы «Старшее поколение», (1997–1999) // Бюллетень Счетной палаты РФ. – М., 2000. – № 9 (33). – С. 146–151.
2. Косенко О.Ю. Развитие системы предоставления социальных услуг лицам пожилого возраста в России / Сев.-Кавк. акад. гос. службы. – Ростов н/Д, 2010. – 379 с.

3. Лайдинен Н.В. Пожилые люди в России: Деликатная проблема // Социальный мир. – М., 2010. – № 39. – С. 13–14.
4. Роик В. Второй демографический переход – важнейший вызов для пенсионного страхования и социальной политики государств в XXI в. // Человек и труд. – М., 2011. – № 1. – С. 15–21.
5. Щегорцов А.А. Стратегия долголетия // Труды VIII Международной научно-практической конференции «Регионы России: Стратегии и механизмы модернизации, инновационного и технологического развития» (31 мая – 01 июня 2012 г., Москва) / РАН. ИНИОН; Отв. ред. Ю.С. Пивоваров. – М., 2012. – Ч. 1. – С. 697–698.

О.Н. Пряжникова

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ЕВРОПЫ. ВЫЗОВЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Население Европы, как и население большинства регионов мира, демонстрирует тенденции роста продолжительности жизни и улучшения состояния здоровья. ЕС без сомнения может гордиться достигнутым высоким уровнем социальной защиты населения преклонного возраста, но вместе с тем старение населения бросает серьезный вызов системе социального обеспечения и государственных финансов. Уже сейчас страны – члены ЕС в среднем тратят более четверти ВВП на социальную защиту, большей частью приходящуюся на выплаты в пользу населения старшего возраста в виде пенсий, расходов на здравоохранение и долгосрочный уход. Кроме того, экономический кризис привел к росту бюджетного дефицита и государственного долга стран Европы. Это, в свою очередь, совпало с периодом, когда поколение бэби-бумеров начало покидать рынок труда в связи с достижением пенсионного возраста. В таких экономических и демографических условиях перед Европой остро встает вопрос о том, как сохранить свои достижения в социальной сфере.

Старение населения воспринимается многими как бремя, которое ложится на работающих граждан, однако, ЕС стремится найти в этих процессах новые возможности развития общества и экономики. Пожилые люди с хорошим состоянием здоровья, обладающие ценными навыками и опытом, могут приносить большую пользу обществу, оставаясь активными как на рынке труда, так и в общественной жизни. Старение населения рассматривается ЕС как новый ресурс экономического роста за счет расширения рынка труда, потребления и производства. Так называемая «серебряная

экономика»¹ может стать локомотивом для создания миллионов дополнительных рабочих мест и роста ВВП. По прогнозам, уже к 2020 г. за счет сохранения трудовой активности населения старшего возраста, например, в Германии удастся создать до 1,5 млн., а в Великобритании – до 1,3 млн. дополнительных рабочих мест.

Демографическая ситуация в Европе

Возрастная структура населения Европы меняется стремительно и радикально, а именно изменяется баланс между численностью молодых и пожилых людей. Это является результатом двух устойчивых тенденций: роста продолжительности жизни и низкого показателя рождаемости.

Продолжительность жизни европейцев с 1960 по 2006 г. увеличилась на 8 лет, и к середине нынешнего века прогнозируется ее рост еще на 5 лет. Девочки, рожденные в ЕС в 2009 г., в среднем доживут до 82,6 лет, а мальчики, рожденные в тот же год, – до 76,7 лет. Однако среди стран – членов ЕС наблюдаются значительные различия по данному показателю (life expectancy at birth). Так, например, прогнозируется, что женщина, родившаяся в 2009 г. в Болгарии, доживет до 77,4 лет, что является минимальным показателем по ЕС, а ее сверстница из Франции доживет до 85 лет, что является максимальным показателем. Продолжительность жизни мужчин, родившихся в том же 2009 г., будет разниться от 67,5 лет в Литве до 79,4 лет в Швеции.

Показатель фертильности снижается в странах ЕС-27 с 1965 г. и достиг минимального исторического значения в начале нынешнего века, затем наблюдался его небольшой рост, который вновь сменился снижением в связи с экономическим кризисом и рецессией. Ожидается, что в ближайшие десятилетия показатель фертильности в ЕС не превысит 1,6 на одну женщину, т.е. останется ниже уровня 2,1, обеспечивающего воспроизводство населения.

В результате сочетания данных тенденций в ЕС к середине XXI в. прогнозируется сокращение населения в возрасте 15–64 лет на 48 млн. и увеличение населения старше 64 лет на 58 млн. Наиболее радикальные изменения произойдут в ближайшие годы, когда пенсионного возраста достигнут представители поколения бэби-

¹ «Серебряная экономика» – термин, которым принято обозначать экономику в условиях старения населения, чья структура и механизмы отвечают потребностям пожилых людей в услугах и товарах, улучшающих качество их жизни.

бумеров. Таким образом, в ближайшие 30 лет активное население будет сокращаться на 1–1,5 млн. в год, при этом параллельно будет расти число людей старше 60 лет примерно на 2 млн. в год, что приведет к беспрецедентному изменению структуры населения Европы, когда группа населения престарелого возраста количественно превысит группу молодых.

Процент престарелого населения разнится по странам ЕС, а также по регионам внутри стран. Регионами с самой высокой пропорцией людей старше 65 лет являются, например, городские агломерации Германии, обычно города на северо-востоке страны, где была развита тяжелая промышленность, а также сельскохозяйственные регионы Южной Европы в таких странах как Италия, Греция, Португалия и Испания, которые покинули в массовом порядке молодые люди, мигрируя в поисках работы. Районами с самым низким процентом пожилого населения являются крупные города, например, Париж, Лондон, Манчестер и их пригороды.

Кроме того, расширение ЕС также повлияло на демографическую структуру ЕС, т.к. в 1990-х и 2000-х годах показатели фертильности были намного ниже в старых странах-членах, т.е. в ЕС-12, чем во вновь вступивших – ЕС-15. Поэтому, начиная с 2020 г., в ЕС-12 тенденция сокращения активного и рост престарелого населения проявится значительно сильнее, чем в остальных странах.

Очевидно, что Европа не единственный регион, столкнувшийся с проблемами старения населения, но здесь негативный прирост населения наблюдается дольше, чем где бы то ни было, а именно в течение последних 50 лет. В результате в ЕС самая высокая в мире медиана возрастного состава населения, что, несомненно, влияет на рост притока мигрантов в Европу из разных регионов мира. Чистая миграция незначительно влияла на демографические процессы в Европе в период 1960–1980 гг., однако, с ростом ее масштабов влияние значительно усилилось. Так, в 2003–2007 гг. за счет миграции население ЕС-27 увеличивалось в среднем на 2 млн. человек ежегодно, затем в результате спада притока населения в 2009 г. рост населения за счет чистой миграции составил только 875 тыс. В ближайшие десятилетия прогнозируется рост миграции, а в 2020 г. годовой прирост населения за счет чистой миграции может составить 1,217 млн. человек, или примерно 0,2% населения ЕС. Затем ожидается спад притока мигрантов, и предполагается, что ежегодный прирост населения Европы за счет чистой миграции в 2060 г. составит 878 тыс. (0,17% населения ЕС) [Key figures on Europe 2010, 2010, p. 55].

Занятость и старение населения

Преодоление кризисных явлений, охвативших экономику Европы в последние 6 лет, возможно только при росте занятости и производительности труда. Ситуация обостряется тем, что уже сейчас в странах ЕС не используется в полный мере потенциал рабочей силы, т.к. уровень безработицы превышает 10%. Кроме того, для сохранения текущего уровня благосостояния при настоящем положении на рынке труда, где не наблюдается рост занятости, производительность труда должна расти более высокими темпами чем сейчас, когда ее рост составляет 1% в год. При этом население трудоспособного возраста в следующие 30 лет будет сокращаться на 1–1,5 млн. в год. Сочетание низкой рождаемости и роста продолжительности жизни приведет к изменению пропорции людей работоспособного возраста и людей старше 65 лет с 4:1, зафиксированной в 2008 г. до 2:1 к 2060 г.

В июне 2010 г. лидеры стран ЕС приняли Европейскую стратегию 2020, согласно которой страны ЕС стремятся к: 1) «умному росту» (smart growth), повышая качество образования, развивая инновационные и цифровые технологии; 2) сбалансированному росту, трансформируя экономику ЕС путем сокращения потребления углеводородов, повышения эффективности использования природных ресурсов и улучшения качества бизнес-среды; 3) инклюзивному росту, создавая больше рабочих мест, благодаря увеличению инвестиций в программы обучения и повышения квалификации рабочей силы. Для достижения этих целей в области занятости предполагается к 2020 г. достичь 75% занятости среди населения 22–64 лет, повысить процент получающих среднее образование и среди 30–34-летних достичь уровня получивших высшее образование в 40%.

Очевидно, что высокий уровень занятости будет возможно поддерживать только при условии, что значительная часть населения продолжит работать в преклонном возрасте. С начала нынешнего века в Европе рост занятости среди работников старших возрастов происходит темпами, опережающими аналогичный показатель для молодежи. С 2005 по 2011 г. занятость среди работников 65–69 лет выросла с 8,8 до 10,5%, среди работников 70–74 лет – с 4,3 до 5,2%. Остается редкостью встретить на рынке труда ЕС людей старше 75 лет, чья занятость осталась за этот период неизменной на уровне 1% от всего работающего населения.

Важно подчеркнуть, что, как показывает практика, рост занятости пожилого населения не будет способствовать росту безра-

ботицы среди молодых. В странах Европы с высоким уровнем занятости среди престарелых наблюдается высокий уровень занятости и среди молодежи (Нидерланды, Германия). Это объясняется тем, что чем больше работников производят продукт и получают дополнительный доход, тем больше это стимулирует рост спроса на товары и услуги и способствует созданию дополнительных рабочих мест. Оставаясь на рынке труда, пожилые дольше будут оставаться финансово независимыми, а государственные бюджеты получают рост налоговых поступлений и снижение расходов на пенсии. При этом потенциал повышения занятости среди европейского населения преклонного возраста достаточно обширен, т.к. сейчас в ЕС не работают 1/3 мужского и более половины женского населения возрастной группы 55–64 лет.

Важную роль в продлении трудовой жизни населения играет увеличение официального возраста выхода на пенсию. В 2009 г. средний возраст выхода на пенсию в странах ЕС составил 61 год и пять месяцев. В шести странах (Словакия, Польша, Венгрия, Литва, Словакия и Латвия) этот возраст был ниже 60 лет.

Исследование, проведенное в 2011 г. службой Eurobarometer среди людей старше 55 лет, выявило следующие основные причины прекращения трудовой деятельности: 1) отсутствие возможности «постепенного» выхода на пенсию; 2) исключение из программ обучения и повышения квалификации; 3) отсутствие позитивной оценки перспектив со стороны работодателя; 4) отсутствие новых навыков и умений, необходимых для трудовой деятельности и т.д. [Special eurobarometer 378., 2012]. Таким образом, очевидно, что необходим пересмотр многих аспектов занятости работников старших возрастов и решительные изменения в этой сфере.

Для привлечения и удержания в сфере занятости населения преклонного возраста, как, впрочем, и любого другого, работодателям следует предпринять ряд мер. Важно гарантировать условия работы максимально соответствующие требованиям поддержания здорового образа жизни. Необходимо обеспечить обучение работников на протяжении всей трудовой жизни для овладения новыми навыками в соответствии с происходящими технологическими изменениями.

В 2007 г. Европейская комиссия приступила к реализации Программы обучения на протяжении всей жизни¹, с бюджетом в

¹ The Lifelong Learning Programme: Education and training opportunities for all. – Mode of access: http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-programme/doc78_en.htm

7 млн. евро на период 2007–2013 гг., одним из направлений которой, в частности, является создание условий для людей старшего возраста для участия в образовательном и тренинговом процессах прежде всего с целью получения ими новых навыков, которые позволят им дольше оставаться на рынке труда, а также быть более интегрированными в жизнь современного общества. По окончании Программы обучения на протяжении всей жизни развитие заложенных в ней направлений продолжится в рамках программы «Эразмус для всех» (Erasmus for all), рассчитанной на период 2014–2020 гг.

Программа Grundtvig в рамках инициатив Европейской комиссии нацелена на поддержку образования представителей старших поколений, расширяющего возможности их личного развития, их способности к независимой жизни, а также внесения ими вклада в сообщество, где они проживают, например, посредством волонтерской работы. В рамках этой программы разработана социальная сеть по обмену опытом в данной области, а также разработаны рекомендации по методам вовлечения престарелых людей в образовательные программы. Еще одна программа по продвижению принципов активного старения в сфере занятости Leonardo da Vinci: эта программа предусматривает проведение обучения и организацию тренингов среди работников старшего возраста во время отпускного периода.

Кроме того, в рамках программы Grundtvig при участии исследовательских и образовательных учреждений Италии, Германии, Дании, Польши и Греции распространяется практика специальных предпенсионных курсов, прохождение которых в будущем может стать обязательным для лиц, приближающихся к пенсионному возрасту. Целью этих курсов является помощь и поддержка людей в один из самых переломных с точки зрения психологов период жизни – период выхода на пенсию. Эти курсы стремятся сформировать в сознании людей старшего возраста положительный образ старения и вдохновить их на реализацию своего потенциала, как физической и социальной активности, так и трудовой деятельности. В результате прохождения подобных курсов в городе Аархус (Дания) в 2011 г. 38% участников решили продолжить свою трудовую жизнь, 44% – участвовать в волонтерской работе, 39% – изменить привычки с целью вести здоровый образ жизни, 53% – расширить и укрепить свои социальные связи.

В среднем по ЕС в 2009 г. в различных образовательных программах приняли участие 4,6% населения в возрасте от 55 до 64 лет. Наибольших результатов в этой области добилась Дания,

где в 2009 г. прошли то или иное обучение 24,4% населения в возрасте от 55 до 64 лет; В Швеции, Финляндии и Великобритании этот показатель был в пределах 13–15%; В других странах ЕС он не достиг двухзначных величин.

Все бóльшую актуальность в ситуации, когда оба супруга работают, приобретает возможность предоставления работнику гибкого графика для обретения баланса между трудовой деятельностью и заботой о членах семьи, будь то дети, больные или престарелые родственники. Гибкость в организации труда наиболее актуальна для постепенного перехода престарелых работников от полного рабочего дня к частичной занятости, как промежуточному этапу при постепенном прекращении занятости и выходе на пенсию.

Почти 20% людей в возрасте 50–69 лет продолжили бы работать, если бы могли использовать гибкий график. Кроме того, около 20% работающих в этой возрастной группе являются частично занятыми уже сейчас. Среди работающих старше 65 лет в частичную занятость вовлечено более 50%, при этом более 50% из этой возрастной группы – самозанятые, что дает им не только свободу решать, когда и сколько работать, но и самим контролировать процесс выхода на пенсию. Обычно люди старше 65 лет работают в сельском хозяйстве и рыболовстве, а также большая часть из них является профессионалами в области науки и техники. Важно подчеркнуть, что более обеспеченные, и высококвалифицированные работники, а также имеющие высокий уровень образования чаще продолжают свою трудовую деятельность в преклонном возрасте, чем малообеспеченные и низкоквалифицированные участники рынка труда [Silcock D., 2012, p. 230].

Люди старшего возраста представляют собой ценнейший ресурс для развития предпринимательства. Европейская комиссия в своем «Плане развития предпринимательства 2020» (Entrepreneurship 2020: Action plan) указывает на важность использования огромного опыта предпринимателей старшего возраста в процессе передачи знаний молодым поколениям. Удачные примеры создания механизмов передачи этого интеллектуального капитала представляют собой такие программы, как «Старое предприятие» (Senior Enterprise) (Ирландия) и «Взаимосвязь» (Maillage) (Франция), в рамках которых предприниматели старшего поколения на добровольной основе становятся менторами, инвесторами, потенциальными покупателями или даже временными менеджерами в разнообразных стартапах или при реструктуризации предприятий.

Пенсионное обеспечение

Страны – члены ЕС имеют, пожалуй, самую всеобъемлющую, тщательно разработанную и гарантирующую достойный доход пенсионную систему в мире. В настоящий момент она обеспечивает гражданам ЕС старше 65 лет пенсионный доход в размере эквивалентном 94% среднего дохода в расчете на душу населения. Если оценивать уровень пенсий посредством агрегированного коэффициента замещения, рассчитываемого как отношение среднего пенсионного дохода для лиц в возрасте 65–74 лет к доходу, получаемому от трудовой деятельности лицами в возрасте 50–59 лет, то в 2009 г. он составил в среднем по ЕС 0,51, демонстрируя минимальные значения в 0,34 и 0,35 в Болгарии и на Кипре, а максимальные – выше 0,6 – в Швеции, Венгрии, Люксембурге, Австрии и Франции.

Расходы на государственные пенсии высоки: они составляют 11,3% от ВВП ЕС (максимальный показатель наблюдается в Италии – 15%), а к 2060 г. возрастут в среднем по странам-членам до 12,9%. Сейчас в среднем на каждого работающего европейца приходится выплата в 22,5% от фонда заработной платы в государственные пенсионные фонды, из которой 14% платит работодатель, а 8% – сам работник [Ellison R., 2012, p. 306].

Число европейских пенсионеров, составлявшее в 2010 г. 120 млн., к 2060 г. вырастет до 162 млн. человек. Вместе с тем, будет увеличиваться количество очень пожилых людей (старше 80 лет). В результате к 2060 г. пенсионеров моложе 65 лет будет менее 10% от общего числа пенсионеров в таких странах Европы, как Германия, Мальта и Швеция, и более 20% – в Эстонии, Люксембурге, Венгрии, Румынии и Словакии.

В последние годы большинство стран ЕС предприняли шаги к реформированию пенсионных систем с целью их оптимизации и большей адекватности условиям старения населения, т.е. предотвращения бедности в старости и обеспечения достойного уровня жизни пенсионеров. Основные направления этих реформ определены в таких документах Европейской комиссии, как «Доклад об адекватности пенсионных систем в ЕС 2010–2050» [Pension adequacy..., 23 May 2012], «Доклад о старении населения: 2012» [The 2012 Ageing Report..., 2012] и «Программа формирования адекватных, устойчивых и эффективных пенсионных систем» [An agenda for..., 2012]. Это следующие направления: 1) повышение возраста выхода на пенсию в соответствии с увеличением продолжительности жизни;

2) ограничение возможностей раннего выхода на пенсию; 3) предоставление льгот людям, продолжающим работать после достижения пенсионного возраста; 4) активное внедрение в некоторых странах ЕС пенсионных накопительных схем, предоставляемых работнику работодателем (Defined contribution plans)¹.

Так, в течение последних лет в 21 из 27 стран – членов ЕС была приняты законодательные нормы, увеличивающие уже сейчас или в ближайшем будущем официальный возраст, достигнув которого гражданин начинает получать пенсионные выплаты из государственного пенсионного фонда. Например, в Польше пенсионный возраст будет увеличиваться на три месяца в год, пока не достигнет к 2020 г. 67 лет для мужчин и такого же возраста для женщин к 2040 г. Пенсионный возраст для всех граждан достигнет 67 лет в Италии к 2021 г., Нидерландах к 2023 г., Испании к 2027 г., в Словении и Латвии он составит 65 лет к 2020 г. В Греции возраст выхода на пенсию был одномоментно увеличен до 67 лет с 2013 г.

Некоторые страны увеличивают срок необходимого стажа для получения пенсии в полном объеме (Чехия, Греция, Франция и Италия). В Португалии уровень пенсионных выплат увязан с продолжительностью жизни получателей, а в Швеции и Германии с особенностями пенсионной финансовой схемы конкретного пенсионера. Таким образом, модифицируется формула расчета пенсионных выплат.

Ограничивая возможности раннего выхода на пенсию, страны Европы ужесточают условия, дающие право на раннюю пенсию, повышая минимальный возраст и размер внесенного пенсионного вклада (Австрия, Дания).

Очевидно, что лишь сочетая меры по стимулированию более позднего выхода на пенсию и удлинения трудовой жизни, возможно будет поддержать эффективность европейской пенсионной системы и сократить риск бедности среди пенсионеров в будущем. Одной из таких мер может стать возможность получения частичной пенсии при сохранении частичной занятости, подобная схема, согласно опросу 65% граждан ЕС, является наиболее предпочтительной.

¹ Работник совместно с работодателем регулярно вносят установленную сумму, обычно определяемую как процент от заработка, на счет, открываемый на имя работника, а инвестирование вкладов осуществляет работодатель. Некоторые планы предоставляют работнику возможность инвестировать эти вклады по своему усмотрению. Таким образом, пенсия выплачивается из средств, накопленных на счете работника к моменту окончания трудовой деятельности. – *Прим. автора.*

Посредством различных механизмов государства пытаются перенести часть пенсионного бремени на граждан. Например, они всячески стимулируют частные пенсионные накопления, а также рассчитывают размер пенсионных выплат, базируясь не на размере заработной платы в последние перед выходом на пенсию годы, а на среднем заработке в течение всей карьеры.

Сейчас в большинстве стран ЕС в финансировании пенсионного дохода доминирует государственное пенсионное обеспечение. Вместе с тем в последнее десятилетие отвечая на вызовы, связанные со старением населения, параллельно с реформированием государственных пенсионных систем многие страны ЕС начали или планируют внедрение частных, профессиональных пенсионных схем. В Эстонии, Латвии, Литве, Венгрии, Польше, Румынии, Словакии и Болгарии в пенсионную систему была введена система индивидуальных пенсионных накопительных счетов, инвестированием средств которых занимаются частные управляющие компании. В таких странах, как Дания, Нидерланды, Ирландия, Швеция, Великобритания, Бельгия частные и профессиональные пенсионные схемы уже широко распространены и ежегодные пенсионные выплаты по ним в среднем достигли 2% ВВП этих стран.

Дополнительные частные накопления должны стать надежным источником дохода для пенсионеров. Но для стимулирования развития частных пенсий в Европе, требуется улучшение качества финансовых продуктов, предлагаемых пенсионерам, а также их большая информированность относительно новых финансовых услуг, а также более высокий уровень финансового образования как работников, так и работодателей. В целом, важно отметить, что развитие частных пенсионных схем способствует диверсификации пенсионных инструментов, повышает прозрачность системы и индивидуальную ответственность граждан за свое финансовое обеспечение.

Уход за людьми пожилого возраста

Преклонный возраст обычно ассоциируется с ухудшением состояния здоровья, однако в случае населения ЕС следует подчеркнуть, что нынешнее поколение пожилых людей сохраняет лучшую физическую форму в течение более продолжительного периода времени, чем предыдущие поколения. Так, по прогнозам, европейская женщина 65 лет в течение следующих 8,4 года своей жизни не столкнется с ухудшением здоровья, которое бы ради-

кально ограничило ее активность. Аналогичный показатель для мужчин 65 лет составляет 8,2 года.

Несмотря на улучшение здоровья пожилых жителей Европы рост их численности, тем не менее, приводит к резкому увеличению потребности в долгосрочном уходе (ДУ) за пожилыми людьми, которые не могут в полной мере заботиться о себе самостоятельно. В Европе прогнозируется рост расходов на здравоохранение примерно на 1,6%, а на ДУ – на 1,1% от ВВП ЕС с 2010 до 2060 г. В 2010 г. расходы на здравоохранение в среднем по ЕС составляли 6,8% от ВВП. При этом увеличение числа престарелых людей старше 80 лет будет способствовать тому, что количество людей, часто пользующихся услугами здравоохранения и нуждающихся в ДУ, будет расти быстрее, чем государственные расходы на оказание соответствующих услуг. По прогнозам количество граждан ЕС, получающих ДУ, удвоится к 2060 г. и составит 21 млн. человек по сравнению с 9,2 млн. в 2010 г. В ЕС растет осознание необходимости создания долгосрочной базы финансирования ДУ. Некоторые страны (Германия, Люксембург, Нидерланды) планируют сформировать для этого целевую универсальную схему социального страхования, другие (Австрия, Швеция) собираются в качестве источника финансирования ДУ использовать налоговые поступления.

Услуги по ДУ включают в себя услуги по персональному уходу, уборке дома, покупке продуктов питания и медикаментов, установке технических устройств, облегчающих бытовую жизнь, и т.д., которые оказываются как на дому, так и в специализированных учреждениях с целью минимизировать или компенсировать полностью физические или ментальные ограничения деятельности пожилых людей. Однако специфика оказания ДУ заключается в ее фрагментированном характере в связи с чем, ее трудно координировать, что в свою очередь обостряет проблему эффективности расходования, выделяемых государством средств.

Страны ЕС в соответствии с принципом открытой координации (*open method of coordination – ОМС*)¹, на основании рекомендаций Европейской комиссии активно сотрудничают с целью создания доступной, высококачественной и эффективно финансируемой системы ДУ, улучшения координации деятельности служб,

¹ Одно из новых средств координации межправительственного взаимодействия в ЕС, в основе которого лежит добровольная кооперация стран-членов. Подробнее см.: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/industrialrelations/dictionary/definitions/openmethodofcoordination.htm>

оказывающих ДУ, обмена информации о мерах, предпринимаемых странами-членами в области реформирования законодательства, регулирующего ДУ.

С целью оптимизации услуг по ДУ страны ЕС делают акцент на адресности помощи. Так, правительство Нидерландов в качестве основной цели реформирования системы ДУ определило сокращение расходов на ДУ в процентном выражении к ВВП, в связи с чем решено, что ДУ за государственный счет будет оказываться лишь лицам, не имеющим возможность его оплачивать самостоятельно, а приоритет по оказанию ДУ будет за теми, кто нуждается в нем по медицинским показаниям.

Требуют совершенствования также методы оценки эффективности и качества ДУ. Некоторые страны ЕС планируют создание специальных агентств по мониторингу ДУ. Во многих странах создаются электронные базы реципиентов, чьи данные используются для оценки адекватности ухода существующим стандартам.

Важным аспектом в реформировании ДУ является децентрализация системы с максимальным перенесением компетенций по оказанию услуг на места. Например, во многих странах Восточной Европы, в частности в Болгарии, переход от традиционных централизованных институтов, предоставляющих ДУ, к оказанию данных услуг в сообществах и семьях, где проживают нуждающиеся, происходит путем расширения набора услуг по уходу: создание центров дневного пребывания, центров социальной реабилитации и интеграции, переоборудования жилищ, оказание услуг по месту проживания.

Современные технологии, такие как «электронное здоровье» (eHealth) и телемедицина (telemedicine)¹, оборудование, обеспечивающее независимую жизнедеятельность, расширяют возможности оказания ДУ на дому и в сообществах по месту проживания, что дает престарелым людям больше выбора условий получения ДУ и возможность оставаться в своей семье. Так, недавно в Швеции была внедрена система, позволяющая гражданам выбирать: хотят ли они получать ДУ на дому от частных сервисных служб или в специализированных государственных учреждениях. В будущем шведы

¹ «Электронное здоровье» (eHealth) и телемедицина (telemedicine) – термины, охватывающие целый набор инструментов, базирующихся на информационных и телекоммуникационных технологиях, используемые для диагностики, лечения, мониторинга состояния здоровья и здорового образа жизни. Подробнее см.: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/e-health/index_en.htm

смогут использовать средства на индивидуальных виртуальных счетах для покупки нужных им услуг по ДУ, найма помощников и т.д. [Long-term care..., 2008, p. 9].

В большинстве стран ЕС пожилые люди могут получать ДУ как со стороны государственных социальных учреждений, так и от родственников. Последние оказывают большую часть помощи: от 70 до 90% услуг по ДУ в зависимости от страны ЕС оказываются из неформальных источников [Social Europe..., 2013, p. 126].

В Эстонии, Ирландии и Кипре внедрена система софинансирования ДУ государством и лицами, нуждающимися в нем. В Германии маленький, но активно растущий процент населения (в настоящий момент 1%) вступили в программу добровольного дополнительного частного страхования с целью покрытия платы за проживание в будущем в доме престарелых.

В данный момент 15% жителей ЕС заботятся о престарелых членах их семей и еще 27% делали это в прошлом. Качество жизни людей заботящихся о своих престарелых родственниках тесно связано с качеством жизни самих реципиентов ДУ: они рискуют быть исключенными из социальной жизни и с рынка труда. Очевидно, что они нуждаются в адекватной поддержке социальных служб, обучении специальным навыкам ухода и социальной защите. В Австрии людям, заботящимся о престарелых родственниках на неформальной основе, предоставляется пенсионное страхование, в Эстонии они получают пособия от служб занятости, а в Испании они работают по специальному волонтерскому договору. В Германии люди, оказывающие ДУ членам своей семьи, получают специальное пособие и ряд сопутствующих выплат, они включены в схемы пенсионного обеспечения, страхуются государством от несчастных случаев и получают доступ к бесплатному обучению на курсах по оказанию ДУ.

Вместе с тем изменения в структуре семей, рост занятости женщин на рынке труда, увеличение мобильности трудовых ресурсов могут способствовать сокращению предоставления ДУ на неформальной основе в будущем. Таким образом, необходима работа по созданию дополнительных удобств и условий для того, чтобы нуждающиеся в ДУ все-таки могли оставаться в рамках сообществ, где они проживают.

Способность престарелых людей жить независимо от внешней помощи зависит не только от состояния здоровья, но и от приспособленности к нуждам старого населения среды обитания в целом. Устройство жилища, транспорта, доступность социальных

услуг оказывают определяющее влияние на способность престарелых заботиться о себе самим и вести автономную жизнь.

Аномальная жара во Франции летом 2003 г., в результате которой погибло 15 тыс. престарелых французов, остро выявила проблемы недостаточного распространения систем кондиционирования воздуха в жилищах пожилых людей, их социальной изоляции и т.д. В тот же год правительство Франции ассигновало 9 млн. евро на совершенствование системы здравоохранения и помощи престарелым гражданам на дому [Béland D., Viriot Durandal J-Ph., 2013, p. 194]. Кроме того, отчасти вследствие этого трагического события французское правительство приняло амбициозную программу «Старение населения и солидарность» (Plan solidarite – grand age), предусматривающую значительные капиталовложения в строительство и реновацию домов престарелых, создание и развитие служб по ДУ, увеличение на рынке труда количества профессионалов по ДУ путем увеличения мест для обучения в соответствующих образовательных заведениях и тренинговых центрах.

Показателен пример Швеции, где на протяжении последних 15 лет сокращается спрос на специализированную помощь со стороны населения старшего возраста. Такой эффект специалисты объясняют не столько улучшением состояния здоровья в этой группе, сколько высокими стандартами доступности для людей с ограниченными возможностями вспомогательных технологий непосредственно в их квартирах и домах, и высокой приспособленностью к их нуждам транспортной системы, что позволяет пожилым людям справляться с ежедневной рутинной работой самим, не прибегая к посторонней помощи. Как результат – в Швеции самый высокий в ЕС уровень занятости среди престарелого населения.

Интересен один из многочисленных примеров региональных проектов по созданию среды обитания благоприятной для престарелых жителей – «Качественное старение в условиях городской среды» (Q-Ageing)¹. В основе проекта лежит сотрудничество девяти городов Венгрии, Словении, Польши и Италии и нескольких исследовательских организаций по обмену идеями и опытом по совершенствованию государственных услуг и городской среды, удовлетворяющих потребности стареющего населения. В региональные программы действий включаются пилотные инициативы, разработанные в результате анализа ежедневных жизненных ситуаций пожилых людей, целью которых является реализация луч-

¹ См. подробнее: <http://www.q-ageing.eu/project.html>

ших стандартов и выработка рекомендаций для создания в сообществах лучших условий для старения.

Особенности потребления в преклонном возрасте и «серебряная экономика»

Население преклонного возраста растет количественно и становится все более значимым с точки зрения потребления, что будет способствовать изменению предложения, с целью удовлетворения его специфических потребностей.

В настоящий момент часть населения ЕС, так называемые молодые представители поколения бэби-бумеров, вступают в предпенсионный период, когда они получают, с одной стороны, высокие доходы, находясь на пике своей карьеры, а с другой стороны, для них характерна высокая норма сбережений. Можно предположить, что, выйдя на пенсию, они начнут активно расходовать свои сбережения, распродавать разного рода активы. В результате их паттерны потребления могут изменяться с возрастом: сразу после выхода на пенсию они могут иметь достаточно высокий уровень расходов, однако, старея, скорее всего они сократят расходы, потребляя меньше продуктов питания, реже путешествуя, но одновременно увеличивая траты на услуги по ДУ и т.п.

Средние расходы европейского домохозяйства, главой которого является лицо 60 лет или старше, в 2005 г. составили в стандартах покупательной способности (СПС) (Purchasing Power Standards, PPS) 14 282, что на 6,2% ниже средних расходов по домохозяйствам в ЕС. Самый высокий уровень потребительских расходов домохозяйств, главой которых является лицо 60 лет или старше, в 2005 г. зафиксирован в Люксембурге (34 614 СПС), а минимальный – в Литве, Латвии, Болгарии и Румынии (от 5000 до 2145 СПС).

В последнее десятилетие во многих регионах Европы все большую значимость приобретает концепция «серебряной экономики»: ощущается растущая потребность в развитии сектора производства товаров и услуг для удовлетворения потребностей растущего населения старшего, связанные с ограниченной мобильностью и другими ограничениями по ведению домашнего хозяйства, с получением услуг здравоохранения и ДУ, и т.п. Сейчас в Европе наблюдается тенденция внедрения принципов «серебряной экономики» в таких рыночных сегментах, как вэллнес, фитнес, проведение досуга, путешествия, коммуникации, новые технологии.

Вместе с тем, признавая потребности в специализированных продуктах и услугах для лиц со специфическими нуждами, большинство пожилых людей Европы предпочитают иметь возможность пользоваться обычными товарами и услугами. В связи с этим в ЕС планируют применять концепцию «сделано для всех» (design-for-all), согласно которой потребности и ожидания людей старшего возраста и лиц с ограниченными возможностями будут учитываться при производстве всего ассортимента товаров и услуг широкого потребления.

Комитет регионов (Committee of the regions) ЕС указывает на роль местных и региональных властей как важных покупателей товаров и услуг «серебряной экономики» посредством государственных закупок, что будет способствовать консолидации фрагментированных рыночных сегментов, работающих в сфере удовлетворения потребностей стареющего населения, и созданию в Европе единого рынка «серебряной экономики», обладающего всеми преимуществами экономии масштаба, как для участников тендеров, так и для потребителей.

С 2005 г. функционирует «Сеть серебряной экономики Европейских регионов»¹, деятельность которой координируется Европейским секретариатом, расположенном в Бонне, а финансируется Министерством по делам интеграции, семьи и женщин земли Северный Рейн-Вестфалия. Организация создала специальный веб-портал, аккумулирующий информацию о достижениях различных инициатив ЕС, касающихся «серебряной экономики», проводит ежегодные конференции, семинары, конкурсы проектов и встречи по обмену опытом среди предприятий, работающих в сфере «серебряной экономики» с целью стимулировать экономическую активность в данном секторе [Bonn declaration., 17 th February 2005].

2012 год – год активного старения в ЕС

В 2002 г. ООН приняла «Международный план действий, связанных со старением населения» (International plan of action on ageing). В том же году все страны – члены ЕС ратифицировали Региональную стратегию реализации данного плана в Европе, таким образом, взяв на себя обязательство интегрировать такие направления, как обеспечение прав и удовлетворение потребностей пре-

¹ Silver economy network of European regions (SEN@ER). – Mode of access: <http://www.silvereconomy-europe.org>

старелого населения в свою социально-экономическую политику. С целью ознаменовать десятую годовщину этого события ЕС объявил 2012 год – «Европейским годом активного старения и солидарности поколений» (EY2012), в рамках которого предполагалось выявить и сделать достоянием всех лучшие примеры деятельности по продвижению идей и практик активного старения¹, а также сотрудничества и солидарности разных поколений. Были определены следующие цели EY2012:

- продвижение идей активного старения в сфере занятости: помогать людям оставаться на рынке труда дольше и стимулировать более поздний выход на пенсию;
- продвижение активного старения в сфере общественной жизни: бороться против социальной изоляции престарелых людей, стимулируя их активное участие в жизни местных и региональных сообществ, а также в гражданских инициативах на национальном и европейском уровнях;
- продвижение активного старения дома: создать условия для здоровой и независимой жизни представителей старшего возраста в привычной для них среде обитания;
- развитие сотрудничества и солидарности между поколениями.

В рамках мероприятий EY2012 Европейская комиссия провела ряд конференций и открыла специальный вебсайт² с целью сбора и выявления на конкурсной основе наилучших из уже существующих в Европе инициатив в области активного старения. Всего в рамках данного конкурса рассматривалось более 1300 заявок по различным направлениям.

Так, в области социального предпринимательства победил проект «Два поколения в одном доме» (Two generations share a house) (Франция): студенты проживают в доме человека старшего возраста бесплатно либо за небольшую арендную плату, составляя ему компанию и помогая по дому. Этот проект показал свою эффективность в борьбе с изоляцией престарелых людей, а также с проблемой нехватки доступного для студентов жилья. В рамках проекта «Два поколения в одном доме» начиная с 2006 г. насчиты-

¹ Активное старение предполагает для людей старших возрастов продление трудовой жизни, активное участие в жизни общества и способность жить независимо, заботясь о себе самостоятельно.

² <http://europa.eu/ey2012/>

вается уже более 900 примеров такого совместного проживания студентов и престарелых людей в более чем 15 регионах Франции.

В области создания среды благоприятной для активного старения первое место занял проект «Долгая жизнь» (Life long living) (муниципалитет Фредерисия, Дания), начатый в 2008 г. для разработки модели взаимодействия муниципалитета и престарелых граждан с целью реабилитации и сохранения способности жителей старшего возраста и других жителей с ограниченными возможностями к самостоятельному жизнеобеспечению в противовес оказанию дорогостоящих традиционных услуг по ДУ. Реабилитация происходит следующим образом: помощники помогают престарелым людям посредством тренировок возобновить или вновь освоить каждодневные занятия, которые они были вынуждены оставить из-за проблем со здоровьем, такие, как приготовление пищи, самостоятельное одевание, поливка цветов, принятие ванны, поход в магазин и т.д. Постепенно престарелые люди обретают уверенность и улучшают физическую форму, что дает им возможность справляться с большим количеством ежедневных операций самостоятельно. В результате муниципалитет Фредерисия получает экономию в размере 15 млн. датских крон или 2 млн. евро в год, а разработанная модель активно внедряется по всей Дании.

В рамках концепции EY2012 «Европейский исследовательский центр в области политики социального обеспечения»¹ разработал такой показатель, как Индекс активного старения (ИАС) (Active ageing index) – уникальный инструмент для измерения эффективности и потенциала реализации концепции активного старения в странах ЕС в таких областях, как занятость работников старшего возраста, социальная активность, участие в жизни общества и возможности автономного проживания пожилых людей, создание среды благоприятной для активного старения. Результаты исследования и значения ИАС по странам ЕС представлены в таблице [Active ageing index..., March 2013, p. 23].

Очевидно, что ИАС в качестве инструмента сравнения открывает новые возможности мониторинга динамики и оценки результатов реализации политики активного старения в странах Европы.

¹ European centre for social welfare policy and research. – Mode of access: <http://www.euro.centre.org/>

**Ранжирование стран – членов ЕС по значению совокупного
ИАС и ИАС по направлениям реализации политики
активного старения (2012 г.)**

Ранг	Совокупный ИАС	ИАС в сфере занятости	ИАС в сфере общественной жизни	ИАС в сфере автономного проживания	ИАС среды обитания
1	Швеция	Швеция	Ирландия	Дания	Швеция
2	Дания	Кипр	Италия	Швеция	Дания
3	Ирландия	Великобритания	Люксембург	Нидерланды	Нидерланды
4	Великобритания	Португалия	Швеция	Финляндия	Люксембург
5	Нидерланды	Эстония	Франция	Германия	Великобритания
6	Финляндия	Дания	Нидерланды	Великобритания	Ирландия
7	Кипр	Финляндия	Финляндия	Ирландия	Финляндия
8	Люксембург	Румыния	Австрия	Люксембург	Бельгия
9	Германия	Нидерланды	Болгария	Франция	Франция
10	Австрия	Германия	Дания	Словения	Австрия
11	Чехия	Ирландия	Великобритания	Чехия	Германия
12	Франция	Латвия	Чехия	Бельгия	Испания
13	Португалия	Литва	Кипр	Австрия	Мальта
14	Бельгия	Чехия	Испания	Венгрия	Чехия
15	Италия	Австрия	Мальта	Литва	Италия
16	Эстония	Болгария	Словения	Румыния	Болгария
17	Испания	Греция	Венгрия	Мальта	Кипр
18	Литва	Испания	Литва	Эстония	Португалия
19	Мальта	Словения	Германия	Италия	Словения
20	Румыния	Люксембург	Португалия	Кипр	Литва
21	Словения	Франция	Греция	Польша	Эстония
22	Латвия	Италия	Латвия	Испания	Польша
23	Болгария	Словакия	Словакия	Словакия	Греция
24	Греция	Польша	Эстония	Португалия	Словакия
25	Венгрия	Бельгия	Румыния	Греция	Венгрия
26	Словакия	Мальта	Болгария	Болгария	Латвия
27	Польша	Венгрия	Польша	Латвия	Румыния

Таким образом, в условиях старения населения ЕС постоянно формулирует задачи и создает разнообразные инструменты реализации политики институциональных изменений на рынке труда, в пенсионной системе, в сфере услуг по ДУ. Все эти преобразования происходят в условиях тесного взаимодействия и плодотворного сотрудничества участников данного процесса на всех властных

уровнях ЕС и стран-членов. Важно подчеркнуть, что программы в области активного старения возникают под воздействием растущего спроса на них со стороны населения, которое, являясь их идейным вдохновителем, активно принимает участие в их реализации.

Список литературы

1. Кувшинова О. Серебряная экономика // Ведомости. – М., 15 февраля 2011. – С. 3.
2. European year for active ageing and solidarity between generations 2012: Everyone has a role to play. – 2011. – 27 p. – Mode of access: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-16_en.htm?locale=en (Дата обращения 20.08.2013).
3. Active ageing and solidarity between generations: A statistical portrait of the European Union 2012. – Luxembourg, 2011. – 141 p.
4. Active ageing: Commission gives prizes for outstanding contributions to European year 2012. – 14.11.2012. – Mode of access: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-12-1210_en.htm (Дата обращения 20.08.2013).
5. Active ageing index 2012: Concept, methodology and final results / European centre Vienna. – March 2013. – 68 p. – Mode of access: http://www.euro.centre.org/data/1364466765_60390.pdf (Дата обращения 20.08.2013).
6. Active ageing: Innovation – smart health – better lives / Committee of the regions: 95th plenary session. – Brussels, 2012. – 11 p.
7. An Agenda for adequate, safe and sustainable pensions / European Commission. – Brussels, 2012. – 40 p.
8. Béland D., Viriot Durandal J-Ph. Aging in France: Population trends, policy issues, and research institutions // The Gerontologist. – Oxford, 2013. – Vol. 53, N 2. – P. 191–197.
9. Bonn declaration for the silver economy. – Bonn, 17th February 2005. – Mode of access: http://www.silvereconomy-europe.org/network/about/declaration_en.htm (Дата обращения 20.08.2013).
10. Demography, active ageing and pensions / European Commission // Social Europe guide. – Luxembourg: Publications office of the European Union, 2012. – Vol. 3. – 81 p.
11. eHealth in action. – 10 december 2004. – Mode of access: http://www.esa.int/SPECIALS/Telemedicine_Alliance/ESAR528708D_0.html (Дата обращения 20.08.2013).
12. Ellison R. European pensions policy and the impact of the EU pensions directive for employers worldwide // Pensions. – 2012. – Vol. 17, N 4. – P. 305–333. – Mode of access: <http://www.palgrave-journals.com/pm/journal/v17/n4/index.html> (Дата обращения 20.08.2013).
13. Entrepreneurship 2020 action plan: Reigniting the entrepreneurial spirit in Europe / European Commission communication. – Brussels, 2013. – 33 p.

14. Europe 2020: A strategy for smart, sustainable and inclusive growth / European Commission communication. – Brussels, 2010. – 35 p.
15. How to promote active ageing in Europe: EU support to local and regional actors / Committee of the regions. – Brussels, 2011. – 52 p.
16. Income from work after retirement in the EU. – Luxembourg: Publications office of the European Union, 2012. – 88 p.
17. Key figures on Europe 2010. – Luxembourg: Publications office of the European Union, 2010. – 245 p.
18. Key figures on Europe 2012. – Luxembourg: Publications office of the European Union, 2012. – 186 p.
19. Life Long Living – maintaining independent living as long as possible / Municipality of Fredericia, Denmark. – 11 p. – Mode of access: http://www.fredericia.dk/fff/lmiel/Documents/Life%20Long%20Living%20Fredericia%20dk%20EY2012%20award_16%2009%2012.pdf (Дата обращения 20.08.2013).
20. Long-term care in the European Union. – Luxembourg: Office for official publications of the European communities, 2008. – 16 p.
21. New waves of growth: Unlocking opportunity in the multi-polar world // Accenture. – 2011. – 39 p. – Mode of access: http://www.accenture.com/SiteCollectionDocuments/PDF/Accenture_Institute_High_Performance_New_Waves_of_Growth_Executive%20Summary.pdf (Дата обращения 20.08.2013).
22. Pension adequacy in the European Union 2010–2050. – 23 May 2012. – 194 p. – Mode of access: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=758&langId=en&moreDocuments=yes> (Дата обращения 20.08.2013).
23. Plan solidarité – grand âge. – 27 juin 2006. – Mode of access: [http://www.parhitage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/994325AE96F0EB98C12571D30035D3B0/\\$FILE/plan%20solidarite%20grand%20age_juin06.pdf](http://www.parhitage.sante.fr/re7/bno/doc.nsf/VDoc/994325AE96F0EB98C12571D30035D3B0/$FILE/plan%20solidarite%20grand%20age_juin06.pdf) (Дата обращения 20.08.2013).
24. Pre-retirement counselling: A shortcut to active ageing: The final report from a Partnership under the EU LLP Grundtvig programme. – 2012. – 127 p. – Mode of access: http://www.seniorforce.dk/downloads/FinalReport_draft_100312.pdf (Дата обращения 20.08.2013).
25. Private pension schemes: Their role in adequate and sustainable pensions / European Commission. – Luxembourg: Publications office of the European Union, 2010 – 26 p.
26. Silcock D. Extending working lives // Pensions.–2012. – Vol. 17, N 4. – P. 229–235. – P. 230. – Mode of access: <http://www.palgrave-journals.com/pm/journal/v17/n4/index.html> (Дата обращения 20.08.2013).
27. Social Europe: Current challenges and the way forward. Annual report of the Social protection committee (2012). – 2013. – 451 p. – Mode of access: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7405> (Дата обращения 20.08.2013).
28. Special eurobarometer 378: Active ageing. – Brussels, 2012. – 21 p.

29. The 2012 ageing report: Economic and budgetary projections for the 27 EU member States (2010–2060) / European Commission. – Brussels, 2012. – 472 p.
30. The EU contribution to active ageing and solidarity between generations. – Luxembourg: Publications office of the European Union, 2012. – 19 p.
31. Towards adequate, sustainable and safe European pension systems. – Luxembourg: Publications office of the European Union, 2010. – 25 p.

С.С. Костяев

**СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ
И СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В США**

Программа медицинского обеспечения пенсионеров Медикэр крайне успешна в реализации поставленных задач. Благодаря ей многие пожилые люди получили доступ к здравоохранению. Части Б и Д¹ (оплата лекарств за счет страховки) Медикэр в обозримом будущем смогут выполнять поставленную задачу, что касается части А, покрывающей расходы больниц, то полная реализация реформы здравоохранения Барака Обамы позволит свести дефицит средств к минимуму в ближайшие четверть века.

Медикэр за время своего функционирования ввела в систему американского здравоохранения новые системы оплаты, которые впоследствии были заимствованы и частными страховыми компаниями. Концепция государственных субсидий страховых взносов в программы частного медицинского страхования, вынесенная на суд общественности Полом Райаном, главой комитета Палаты представителей по бюджету, появилась еще в середине 1990-х годов. Однако она далека от той степени детализации, которая позволяет серьезное обсуждение в экспертном сообществе. Условия, послужившие поводом для дискуссии вокруг этой концепции, отсутствуют в современном американском здравоохранении. Уже сейчас существует конкуренция между государственной Медикэр и частными планами медицинского страхования, причем последние как раз и служат локомотивом инфляции стоимости медицинских услуг, вызывающей серьезную озабоченность как общественности, так и правительства. Изменение Медикэр, а не ее

¹ Медикэр состоит из трех частей: А – страхование в случае госпитализации, Б – медицинское страхование, Д – оплата рецептурных лекарств. – *Прим. С.К.*

ликвидация, позволит сэкономить средства и улучшить качество медицинского обслуживания.

Современное состояние Медикэр

Медикэр, программа медицинского страхования для пенсионеров и людей с ограниченными возможностями, была введена в 1965 г. Она обеспечила доступ к здравоохранению для тех категорий лиц, которые ранее во многих случаях не имели возможности обратиться за квалифицированной медицинской помощью. Большинство американцев предпочитают сохранить эту программу, а не получать фиксированную сумму денег от государства для покупки полиса медицинского страхования в частной компании. А именно, по опросу газеты the Washington Post и телеканала ABC, примерно 53–45% респондентов предпочли повысить налоги всех американцев, но не сокращать финансирование Медикэр, 72% опрошенных сочли бы необходимым обложить дополнительным налогом лиц, с доходом выше 250 тыс. долл. в год, и лишь 21% людей одобрили бы урезание Медикэр как таковое [Aaron, H. 2012].

Немногие американцы понимают принципы финансирования Медикэр, и это используется политиками правого толка в общественных дискуссиях. Часть А функционирует за счет специального налога и внебюджетного фонда Медикэр. В этой компоненте возможно дефицитное финансирование за счет ранее аккумулированных средств внебюджетного фонда. Части Б и Д реализуются только за счет страховых взносов, соответственно, можно говорить лишь о потенциальной угрозе устойчивости части А, а не всей Медикэр.

Дебаты о банкротстве части А идут с момента принятия программы Медикэр. Каждый год актуарии определяют момент, когда в программе будет столько пациентов, что она не сможет оплатить все расходы и обанкротится, исчерпав ресурсы внебюджетного фонда. Например, в 1999 г., Национальная двухпартийная комиссия по будущему Медикэр, предрекала банкротство этой программы в 2010 г. [Aaron, H. 2012]. Как известно, катастрофы не произошло. Дело в том, что законодатели знают о популярности этой программы и делают все возможное, чтобы избежать ее банкротства. В одних случаях изменяются тренды в структуре инфляции стоимости медицинского обслуживания, в других, принимается решение перевести отдельные виды процедур и услуг из части А в часть Б. По консенсусной оценке экспертов, реформа здравоохра-

нения Барака Обамы обеспечит бездефицитное финансирование Медикэр, а именно части А, в ближайшие 10–20 лет [Aaron, H. 2012].

Анализ американской системы здравоохранения показывает, что эффективность Медикэр не ниже, а то и выше чем других программ, например, Медикейд, программы медицинского страхования для малообеспеченных слоев населения, и частного медицинского страхования (Так?). Более того, в последние десятилетия расходы на одного пациента в Медикэр росли медленнее, чем в других частях системы охраны здоровья в США. Проблема повышения эффективности расходования средств характерна для всей американской медицины, а не только Медикэр, как утверждают отдельные политики республиканцы.

Медикэр является крупнейшей программой в сфере здравоохранения в США. Как крупнейший покупатель медицинских услуг она влияет на функционирование всей американской медицины. За историю своего существования Медикэр стимулировала введение новых прогрессивных форм оплаты медицинских услуг: оплата постфактум¹ стала одним из важных стимулов снижения темпов роста цен на врачебную помощь, пакетированная оплата представляет собой единый счет и снижает степень фрагментации системы оказания медицинских услуг.

Утверждения республиканцев о том, что в Медикэр нет конкуренции между страховщиками и введение ваучеров позволит ее создать, не соответствует действительности, полагает Г. Аарон. В 2010 г. пациент Медикэр имел возможность выбрать один из 24 полисов медицинского страхования, одну из 10 больниц [Aaron, H. 2012]. Кроме того, существует программа «Медикэр-плюс» (Medicare Advantage), предоставляющая дополнительный набор услуг. В среднем такая страховка стоит на 3% больше в городе и 6% в деревне, чем в среднем по Медикэр [Aaron, H. 2012].

Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» серьезно изменяет положение дел в Медикэр. В течение ближайшей четверти века рост расходов по Медикэр, благодаря реформе здравоохранения Барака Обамы, сокращается вдвое и составит 2,1% ВВП, и это не свидетельствует о кризисе данной программы, считает Г. Аарон. А ожидаемый через 25 лет дефицит можно избежать путем повышения налога на заработную плату

¹ В США пациенту сначала оказывается медицинская помощь, а затем решается вопрос с ее оплатой посредством медицинской страховки или деньгами. – *Прим. С.К.*

отдельных сотрудников и фонд оплаты труда в целом всего лишь на 0,35% [Aaron, H. 2012]. Также важно подчеркнуть, что создан Независимый консультативный совет по платежеспособности, который имеет полномочия реструктурировать программу с целью снижения расходов в случае, если темпы роста превысят ранее указанный целевой показатель в 2,1%. Данная мера позволит предотвратить неограниченный всплеск затрат по этой программе. Однако Р. Моффит, старший научный сотрудник Фонда «Наследие», считает, что снижение расходов слишком значительное, т.к. стоимость медицинских услуг будет превышать объем, выделяемых государством средств. В ближайшие десять лет предполагается сократить финансирование Медикэр на 716 млрд. долл. Как следствие, с 2019 по 2050 гг. доля больниц с дефицитным бюджетом увеличится с 15% до 40% [Moffit, R. 2012]. В результате, сети медицинских учреждений либо откажутся обслуживать пациентов Медикэр, либо сократят количество больниц, что резко ограничит доступ к здравоохранению для пенсионеров и лиц с ограниченными возможностями.

Г. Аарон отмечает, что отмена закона 2010 г., которую предлагал произвести М. Ромни, привела бы к следующим негативным последствиям для американских пожилых людей. Во-первых, реформа здравоохранения закрывает так называемую «дырку от бублика» (donut hole)¹, при отмене реформы данная проблема возникнет вновь. Во-вторых, исчезнет государственное финансирование профилактических лечебных процедур. В-третьих, не будет субсидирования программы покупки более дешевых аналогов рецептурных лекарств (generic drugs). В-четвертых, новая когорта лиц², по-

¹ «Дырка от бублика» в программе Медикэр – это разрыв в страховом покрытии расходов на прописанные лекарства, т.е. интервал величины расходов на лекарства, в котором не выплачиваются страховки; напр., в 2007 г. стандартные условия страхования по программе Медикэр предусматривали, что: страховка начинает действовать после того, как застрахованный приобретет лекарства на 265 долл.; после достижения этой суммы страховкой покрывается 75% от всех расходов на лекарства до достижения общей суммы расходов в 2400 долл.; после этого расходы покрываются застрахованным полностью самостоятельно, до тех пор, пока общая сумма расходов не достигнет 3850 долл.; по достижении суммы в 3850 долл. страховка вновь начинает действовать, при этом 95% расходов покрываются за счет страховки, а 5% – за счет средств бенефициара; «дырка от бублика» в этом случае – интервал между 2400 долл. и 3850 долл. – *Прим. С.К.*

² Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» изменил размер дохода для лиц, обращающихся за помощью к Медикейд, благодаря

лучившая право пользоваться Медикейд благодаря реформе Обамы, снова окажется без медицинской страховки. В-пятых, лица, работодатели которых не предлагали им корпоративного медицинского страхования, получившие медицинскую страховку благодаря закону 2010 г., лишатся доступа к здравоохранению. В-шестых, реструктуризация Медикэр, благодаря которой сэкономлены немалые средства, будет отменена и внебюджетный фонд больничного страхования (Hospital Insurance Trust Fund) столкнется с дефицитом в 2016 г., а не в 2024 г. как ожидается благодаря закону 2010 г.

Очень тревожным, по мнению Г. Аарона, является предложение М. Ромни об ограничении расходов федерального бюджета 20% ВВП, из них 4% предлагается потратить на оборону. Выполнение данной задачи потребует громадного сокращения государственных расходов. По оценке Г. Аарона, в 2016 г. придется сократить траты федерального бюджета на 29%, а в 2022 г. на 59%, при условии, что М. Ромни будет избран президентом дважды [Aaron, H. 2012]. Более того, анализ центра Брукингского института по налоговой политике показывает, что реализация налоговой реформы, предлагаемой М. Ромни, приведет к усилению налогового бремени на людей с доходом ниже 200 тыс. долл. в год. Г. Аарон убежден, что реализация всего набора предложений М. Ромни (замена Медикэр ваучером, отмена реформы здравоохранения Обамы, де-факто регрессивная налоговая политика, бюджетная программа) крайне негативно скажется на положении американских пенсионеров.

Важно отметить, что стоимость реализации закона 2003 г. об оплате рецептурных лекарств, часть Д Медикэр, оказалась ниже, чем ожидалось. Одна из причин заключается в том, что Медикэр санкционировала использование дешевых аналогов лекарств (generic drugs). Многие частные страховщики переняли эту инициативу, что способствует замедлению роста стоимости медицинских услуг. Проведенный анализ показывает, что пенсионеры и инвалиды не используют предлагаемые ресурсы оптимальным образом. Они выбирают медицинские полисы с минимальной доплатой, хотя в действительности, следовало бы использовать планы с более высокими первоначальными дополнительными платежами, которые обеспечивали бы более полный пакет лекарств при возникновении серьезного заболевания.

чему масса людей, которые ранее были «недостаточно бедны» для этой программы, получили доступ к здравоохранению. – *Прим. С.К.*

Дискуссии о реформировании Медикэр

В ходе предвыборной кампании 2012 г. одной из самых остро обсуждаемых тем стало реформирование Медикэр. Демократы обвиняли республиканцев в желании ликвидировать Медикэр. Республиканцы обвиняли президента Обаму в сокращении объемов финансирования Медикэр для того, чтобы оплатить реализацию закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении». Зачем политикам подрывать функционирование одной из самых успешных и популярных программ в американской истории в то время, когда количество пенсионеров резко увеличивается? В действительности, полагает А. Ривлин, старший научный сотрудник Брукингского института, ни одна из политических партий не намерена разрушать Медикэр или кардинально ее реформировать. Речь идет о запугивании пенсионеров с целью предстать в их глазах в качестве истинных поборников интересов пожилых людей.

Существуют точки соприкосновения у демократов и республиканцев. Все признают тот факт, что американское здравоохранение слишком дорогостояще и неэффективно. Проблема лишь обострится со старением населения и ростом стоимости медицинских услуг. Все признают необходимость улучшить качество здравоохранения при снижении его себестоимости. Поступление средств в больницы на основе принципа оплаты медицинских услуг приводит к тому, что пациентам проводится больше процедур, чем необходимо. Разработчики медицинских реформ в обеих политических партиях предлагают реформировать систему компенсации врачей с тем, чтобы акцентировать внимание на результатах лечения, увеличить координацию разных видов здравоохранения, сократить неэффективное расходование денежных средств. И демократы, и республиканцы убеждены, что изменение системы оплаты в Медикэр поможет преобразовать всю систему здравоохранения в США. Б. Обама и М. Ромни сходятся на параметрах ограничения темпов увеличения расходов по Медикэр – рост ВВП плюс 0,5% [Galston, W. 2012].

Далее вступает в силу идеология. Для достижения единой цели демократы предлагают усилить регулирование страхового бизнеса, а республиканцы уповают на конкуренцию. Партия слона предпочитает дать пенсионерам выбор между полисами медицинского страхования, эквивалентными Медикэр. Покупка полисов должна осуществляться с помощью специальной субсидии (ваучера). Республиканцы надеются, что конкуренция между страховщиками

обеспечит улучшение качества медицинского обслуживания и снизит его стоимость. При этом они предлагают ограничить расходы на пенсионное здравоохранение в таких же масштабах, как и Барак Обама. Поскольку демократы не доверяют частному сектору в той же степени, в какой республиканцы не доверяют государству, они предсказывают, что введение медицинских субсидий (ваучеров) обеспечит процветание бизнеса за счет пенсионеров и инвалидов. Интересно отметить, по мнению А. Ривлин, что демократы поощряют конкуренции в законе о реформе здравоохранения Б. Обамы, но опасаются ее в Медикэр, в то время как республиканцы продвигают идею конкуренции в Медикэр, но хотят отменить закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении».

В ходе дебатов обе стороны предрекали провал предложений своих оппонентов, хотя в действительности, нет гарантии, что их собственные прожекты, в случае воплощения в жизнь, приведут к ожидаемым результатам. Регуляторные нормы, предназначенные для снижения стоимости медицинских услуг, не редко проваливались при столкновении с противодействием больниц, в то время как конкуренция среди страховых компаний далеко не всегда приводила к снижению цен на медицинские услуги.

А. Ривлин предлагал пойти на компромисс: совершенствование традиционной Медикэр с одной стороны, и специальный регуляторный режим для тех страховщиков, которые разрабатывают программы обеспечения пенсионеров медицинскими услугами, финансируемые за счет ваучера, — с другой. Данная комбинация примерно соответствует версии плана П. Райана, главы комитета палаты представителей по бюджету, выработанной в 2012 г. Первоначально идея П. Райана заключалась в замене Медикэр как системы гарантирования определенного набора медицинских услуг, определенной суммой денег в виде ваучера, который нужно использовать для покупки полиса у частной компании.

Более того, данный компромиссный план не многим отличается от того выбора, который делает четверть пенсионеров в рамках программы Медикэр плюс (Medicare Advantage). Первоначально эта программа была плохо структурирована, получала чрезмерные государственные субсидии и отдавала предпочтение сравнительно более молодым и здоровым пациентам. Теперь же, закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении» ликвидировал излишние платежи, что республиканцы именуют «обворовыванием» пенсионеров с целью оплатить реализацию реформы. Данная мера привела к тому, что «Медикэр-плюс» предлагает более дешевые

полисы со сравнимым уровнем медицинского обслуживания без снижения его качества.

Как демократы, так и республиканцы признают необходимость снижения затрат на Медикэр и изменения системы оплаты медицинских услуг. Они должны прекратить пугать пенсионеров и инвалидов. Ни один реалистичный политик никогда не отменит медицинское страхование пенсионеров за счет государства. После завершения предвыборной кампании 2012 г. демократы и республиканцы должны приступить к выработке скоординированного плана действий по реформированию Медикэр [Rivlin, A. 2012].

Рассмотрев общие моменты в подходах республиканцев и демократов, отметим различия. Представители партии слона обвиняли Б. Обаму в сокращении финансирования Медикэр на 716 млрд. для того, чтобы оплатить свою реформу здравоохранения и улучшить положение дел в Медикейд. В июле 2012 г. конгрессмены-республиканцы попросили Бюджетное управление Конгресса (БУК) и Объединенный комитет по налогообложению оценить финансовые последствия отмены закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении». Эти структуры подсчитали, что в 2013–2022 гг. при отмене закона 2010 г. расходы по Медикэр увеличились бы следующим образом: общие затраты на часть А (страхование на случай госпитализации) возросли бы на 517 млрд. долл., часть Б (медицинское страхование) – 247 млрд. долл., часть Д (оплата рецептурных лекарств) – 48 млрд. долл. В целом, расходы по этой программе медицинского обеспечения пенсионеров и инвалидов увеличились бы как раз на искомые 716 млрд. долл., отмечают У. Галстон, старший научный сотрудник Брукингского института, и К. Дэвис, координатор специальных проектов Брукингского института [Galston, W. 2012].

Действительно ли Б. Обама урезал финансирование Медикэр на 716 млрд. долл., задаются вопросом сотрудники Брукингского института. Действительно, закон 2010 г. произвел существенные изменения в Медикэр для того, чтобы снизить темпы роста затрат на эту программу. Реформирование Медикэр привело к экономии, снижению расходов и ликвидации отдельных категорий трат. Эти преобразования позволили сэкономить 449 млрд. долл., т.е. половину стоимости реализации закона 2010 г., отмечают У. Галстон и К. Дэвис. В действительности, не было сокращения набора услуг для пенсионеров и инвалидов, наоборот, качество этих услуг увеличилось. Экономия средств появилась в результате снижения компенсации затрат для больниц и программы «Медикэр-плюс».

Тогда, задают вопрос сотрудники Брукингского института, как появилась цифра 716 млрд. долл.?

Причина в разных периодах оценки реализации закона 2010 г. Первый подсчет был проведен в 2010 г. и охватывал период с 2010 по 2019 г. Второй – в 2012 г. – с 2013 по 2022 г. Дело в том, что основные положения закона 2010 г. вступают в силу в 2014 г. Соответственно, второй анализ БУК охватывает 10 лет полноценной реализации закона, а первый – лишь 6. В результате, 449 млрд. долл. экономии трансформируются в 716 млрд. долл., констатируют У. Галстон и К. Дэвис [Galston, W. 2012]. В плане реформирования здравоохранения П. Райана, главы комитета палаты представителей по бюджету, предполагающем отмену закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном здравоохранении», предполагается сохранить все преобразования, сделанные Б. Обамой. Следовательно, в пике республиканцам сотрудники Брукингского института утверждают, что и демократы и республиканцы выступают за контроль темпов роста затрат на медицинское обслуживание пенсионеров и лиц с ограниченными возможностями.

За последние три десятилетия республиканцы и демократы предлагали заменить Медикэр государственной субсидией в виде ваучера на покупку полиса медицинского страхования у частной компании. Данный подход основан на той идее, что люди должны сами выбирать конкретную программу страхования. На самом деле людей интересует выбор хорошей больницы, а не – страховой фирмы. Важно отметить, что ни один частный полис медицинского страхования не предлагает большего выбора больниц, чем Медикэр.

Особую популярность идея ваучера приобрела в середине 1990-х годов после провала администрации У. Клинтона в деле реформирования американской системы здравоохранения. Считалось, что страховые компании будут конкурировать между собой, что приведет к снижению цен на медицинские услуги и повышению их качества. Однако предварительный анализ показал, что пенсионеры и люди с ограниченными возможностями обладают недостаточным доступом к информации, что не позволит им выбрать оптимальную медицинскую страховку.

Пример медицинской программы для федеральных государственных служащих, которая фактически функционирует как ваучер, не может быть показательной при определении путей реформирования Медикэр. Дело в том, что уровень образования этих людей значительно выше, чем американцев в целом. Федеральные чиновники обладают доступом к специальным консультативным

службам, которые помогают им сделать правильный выбор среди различных полисов медицинского страхования, предлагаемых частными фирмами. В довершении всего, данная программа не способствовала снижению расходов на здравоохранение, т.к. регулярно индексируется с учетом инфляции цен на медицинские услуги.

Согласно последней версии плана П. Райана, пенсионеры должны либо оставаться в рамках традиционной Медикэр, либо получать фиксированную сумму денег (ваучер) для покрытия стоимости медицинской страховки. Если ее стоимость будет увеличиваться быстрее, установленного государством индекса, то пенсионеру предстоит покрывать разницу из своего кармана или согласиться на более ограниченный набор медицинских услуг. По мнению Г. Аарона, утверждение П. Райана о том, что его план не затронет нынешних пенсионеров, неверно. Скорее всего, размер собственных расходов пенсионеров на здравоохранение увеличится. Дело в том, что стоимость обслуживания пенсионеров, пользующихся Медикэр, увеличится из-за того, что страховые компании будут стремиться работать с более молодыми и здоровыми пенсионерами. Страхование как механизм перераспределения риска работает только тогда, когда пул застрахованных лиц разнороден. Если же люди с хорошим состоянием здоровья будут обслуживаться частными компаниями, а больные – государственной Медикэр, то финансовое положение последней, а следовательно, и само существование программы будет поставлено под вопрос.

Важным условием эффективности ваучерного плана в Медикэр должен стать новый регуляторный режим для страховых компаний. Они не должны иметь право продавать свои полисы пенсионерам и инвалидам напрямую, а действовать через посредника в виде некоммерческой организации или государственного органа, который бы оказывал консультативную помощь в процессе выбора. Без такого нововведения рынок медицинского страхования с введением ваучеров в Медикэр останется столь же неэффективным, как и сейчас. Однако политическая ситуация последних десятилетий свидетельствует о том, что создание такого посредника невозможно. Страховые компании смогут заблокировать подобный законопроект в конгрессе США. Для эффективного функционирования ваучерной системы важно умение управлять рисками. Очевидно, что для пациентов Медикэр характерно более плохое состояние здоровья, чем в среднем у населения США. Страховщики, которые обслуживают слишком большое количество больных людей, могут просто обанкротиться. Соответственно, делается все

возможное, чтобы страховать людей более здоровых, чем население в целом. Необходим механизм перераспределения средств между страховыми компаниями, а именно: те, у кого среди застрахованных больше здоровых людей, должны часть средств переводить менее удачливым коллегам. Для реализации подобного механизма нужен жесткий регуляторный режим, отсутствующий в США, полагает Г. Аарон.

Вызывает опасение и отсутствие жесткого принципа в индексации стоимости ваучера в предложении П. Райана. В 2011 г. он полагал, что в основе должен быть индекс потребительских цен, в 2012 г. выдвинул идею, согласно которой ваучер должен индексироваться в соответствии с ростом ВВП плюс 1% [Aaron, H. 2012]. Г. Аарон полагает, что политически проще проводить манипуляции со стоимостью ваучера, чем с фиксированным набором услуг, финансируемых Медикэр. Существует точка зрения, которой придерживается, например, Р. Моффит, что система функционирования Медикэр, основанная на оплате определенного набора медицинских услуг, слишком дорогостоящая, поскольку ценовой механизм Медикэр перемещает расходы, а не контролирует их. На смену Медикэр должен прийти ваучер. Одним из механизмов использования ваучера может стать сохранение корпоративного медицинского полиса даже после выхода на пенсию. Р. Хедерман мл., научный сотрудник Фонда «Наследие», подчеркивает, что П. Райан внес кардинальные изменения в план реформирования Медикэр. Если в 2011 г. он предлагал заменить эту программу ваучером, то в 2012 г. по его замыслу пенсионеры и инвалиды должны получить право выбора между Медикэр и ваучером. Еще одним новшеством плана 2012 г. стала идея введения анализа рынка медицинских услуг в частном секторе, для определения суммы денег, которую государство должно выделять на здравоохранения для пенсионеров и инвалидов. Иными словами, за основу в расчетах оплаты труда медицинского персонала, оказывающего услуги пациентам Медикэр, предлагается брать рыночные цены [Hederman, Jr., R. 2012]. Стоит отметить убежденность Р. Хедермана мл. в силе конкуренции как единственного условия эффективного функционирования ваучерной системы. Этот экономист не видит необходимости в дополнительном регулировании рынка медицинского страхования в США как необходимым условием введения ваучера.

Г. Аарон указывает на несколько частных моментов в функционировании Медикэр, которые требуют внимания. Во-первых, закон о модернизации Медикэр закрепил людей, которые ранее

могли пользоваться как Медикейд, так и Медикейд при оплате лекарств, только за Медикэр. Ошибочно считалось, что в результате этой меры цены на лекарства для этих пациентов снизятся. Во-вторых, Г. Аарон предостерегает от поспешного слияния частей А и Б Медикэр. В принципе выработка единого механизма дополнительных платежей была бы полезной, однако в большинстве случаев пенсионеры и инвалиды не обладают достаточными финансовыми ресурсами для ожидаемых увеличенных дополнительных платежей по страховкам. В-третьих, административные расходы Медикэр слишком низки. Их повышение позволило бы предотвратить значительное количество нарушений и мошенничеств. Например, при санкционировании какого-либо нового дорогостоящего лечения или лекарства нужно жесткое регламентирование процедуры их использования. На практике многие больницы назначают подобные процедуры для своих пациентов без острой необходимости, что приводит к неэффективному расходованию бюджетных средств.

Проблема долгосрочного ухода

Хотя в ходе предвыборной кампании 2012 г. основным предметом дискуссий стали медицинские услуги врачей в частности и больниц в целом, проблема долгосрочного ухода за пенсионерами и лицами с ограниченными возможностями не менее остра. Около 10 млн. человек испытывают потребность в подобной услуге, из них половина – это очень пожилые люди с плохим состоянием здоровья, а другая половина – инвалиды, моложе 65 лет. Средняя стоимость ухода в доме для престарелых составляет 75 тыс. долл. в год, а – в комплексе для пожилых людей с частичным уходом около 40 тыс. долл. в год. В отдельных штатах, таких как Коннектикут, полный уход в доме для престарелых обходится в 100 тыс. долл. в год [Galston, W. 2012]. Полис страхования на случай долгосрочного ухода крайне дорог, т.к. частные компании уходят с этого рынка из-за невозможности аккумулировать финансовые резервы. Причиной тому низкая доходность финансового рынка, в результате страховщикам приходится поднимать размер ежемесячных взносов, что отталкивает потенциальных клиентов.

Обычно оплата долгосрочного ухода происходит следующим образом. Первые 100 дней покрываются за счет Медикэр. Затем люди при отсутствии страхового полиса долгосрочного ухода начинают опустошать свои накопительные счета в банках. Лишь

затем у пенсионеров и инвалидов появляется возможность обратиться за помощью в местный офис программы Медикейд, так как неперенным условием является истощение всех финансовых ресурсов семьи.

В 2010 г. структура финансирования долгосрочного ухода в США выглядела следующим образом: 43% – Медикейд, 25% – Медикэр, через программу реабилитации после оказания скорой медицинской помощи, остальная часть потребностей покрывалась за счет личных средств пенсионеров, инвалидов и их родственников. Вследствие выхода на пенсию поколения бэби-бумеров, уже в 2011 г. расходы по Медикейд¹ составляют 24% бюджетов штатов, а к 2030 г. этот показатель достигнет 35% бюджетов штатов, причем половина расходной части этой программы будет уходить на долгосрочный уход [Butler, S. 2012]. В 2010–2011 гг. бюджет Медикейд в штатах вырос на 43%. Причиной тому увеличение количества пациентов, финансирующих свои медицинские услуги за счет этой программы. В 2010–2013 гг. их число вырастет на 12,5%. Доходы штатов растут значительно медленнее, чем расходы по Медикейд. Приходится делать выбор между медицинскими нуждами малообеспеченных слоев населения и высшим образованием, залогом конкурентоспособности экономики в будущем.

С. Батлер полагает, что, американцы должны понимать, что Медикэр не покрывает всех расходов по долгосрочному уходу. Следует инициировать общенациональную дискуссию на тему ответственности детей за благосостояние своих родителей. Одним из выходов из сложившейся ситуации может стать включение долгосрочного ухода в качестве интегрального компонента большинства полисов медицинского страхования. Кроме того, большинство пенсионеров и инвалидов предпочли бы получение ухода на дому, а не в профильном учреждении. Необходимо реформировать регламент и финансовые механизмы Медикэр с тем, чтобы соответствующий медицинский персонал был многочислен и хорошо оплачиваем. В довершении всего, штаты должны получить возможность вносить изменения в структуру Медикейд на своей территории, чтобы более эффективно интегрировать различные коммерческие, государственные и волонтерские программы для предоставления долгосрочного ухода по максимально низкой цене.

¹ Медикэр финансируется на федеральном уровне, тогда как Медикейд получает средства на паритетных началах из федеральных и региональных налогов. – *Прим. С.К.*

Здравоохранение как фискальная проблема

В своем исследовании сотрудники Центра по бюджетным и политическим приоритетам Р. Гринстейн и Р. Коган выступают против бытующей в среде республиканцев и правых журналистов идеи о том, что программы вспомоществования бедным являются одной из причин растущего государственного долга США.

В действительности, практически весь рост стоимости реализации программ для малоимущих вызван, во-первых, экономическим кризисом, во-вторых, ростом стоимости медицинских услуг в целом, что отражается и на Медикейд. Согласно подсчетам Бюджетного управления конгресса США (БУК), доля программ помощи бедным, за исключением здравоохранения, будет сокращаться как процент ВВП, следовательно, они не являются существенным фактором увеличения размера государственного долга. Более того, доля программ для малоимущих как процент ВВП будет ниже, чем за последние 40 лет с 1972 по 2011 г. В частности, расходы федерального бюджета, включая такие налоговые льготы, как заработанный налоговый кредит (Earned Income Tax Credit), на эту категорию лиц составляли 1,3% ВВП в последние десятилетия. Лишь в 2011 г. они достигли 2% ВВП. Однако по прогнозам БУК, к 2020 г. эта цифра опустится даже немного ниже среднестатистической величины последних 40 лет [Greenstein, R. 2012]. Расходы же, утверждаемые конгрессом ежегодно (discretionary spending), будут лишь сокращаться из-за принятого в 2011 г. закона «О контроле за бюджетом»¹.

Два фактора угрожают долгосрочной финансовой стабильности США: рост стоимости медицинских услуг и старение населения. В течение нескольких десятилетий цены на медицинские услуги в США увеличивались быстрее, чем ВВП. Сама же программа страхования малоимущих не является причиной этого явления, наоборот, расходы на одного пациента Медикейд росли более медленными темпами, чем по здравоохранению США в целом. Более того, в абсолютном выражении затраты на одного пациента Медикейд ниже, чем у людей застрахованных в частных компаниях, из-за более низких ставок оплаты труда и более скромных административных расходов. Прогресс в медицине ведет к увеличению ее стоимости, что в свою очередь увеличивает среднюю продолжи-

¹ С 1 марта 2013 г. закон вступил в силу. – Прим. С.К.

тельность жизни, которая является системным фактором значительного размера расходов на здравоохранение в США.

Пожилые люди, в среднем, тратят на медицинское обслуживание значительно больше, чем молодые. По состоянию на 2011 г., 25% пациентов Медикейд являются пожилыми людьми или инвалидами, при этом на их лечение расходуется 68% бюджета этой программы [Galston, W. 2012, p. 2]. В дальнейшем ситуация будет лишь усугубляться.

Еще одной причиной увеличения затрат на функционирование Медикейд является сокращение числа людей с корпоративными полисами медицинского страхования. И последнее обстоятельство, расширение мандата Медикейд, санкционированное законом о реформе здравоохранения Б. Обамы. В целом, поскольку расходы по федеральным целевым программам помощи бедным будут стабильными, а ежегодно утверждаемые траты на аналогичные задачи, скорее всего, будут даже сокращены, общий размер социальных расходов на помощь малоимущим, за исключением программы Медикейд, будет ниже среднестатистических показателей за последние 40 лет. При этом, стоимость программы помощи в обеспечении питанием ПДПП (Supplemental Nutrition Assistance Program) существенно увеличилась в последнее время. Основная причина в низких темпах выхода из кризиса и высокой безработице. Без этой программы проблема бедности в США стояла бы гораздо более остро. Здесь важно отметить реформу системы социального обеспечения 1996 г., ее целью было стимулирование занятости и стремление снять людей с программ социального вспомоществования. Тогда, многие лица, не потеряв формальное право пользоваться продовольственными талонами (так тогда называлась ПДПП), фактически были лишены этой возможности. Дело в том, что штаты, ответственные за администрирование этой программы, установили требование каждые 90 дней подавать новый пакет документов, чтобы получать талоны на питание. Естественно, люди, занятые в низкооплачиваемом секторе услуг (общественное питание, торговля) не могли позволить себе столь частые визиты в органы социальной защиты. Для решения этой проблемы, в 2002 и 2008 гг. конгресс США принял законы, облегчающие участие в ПДПП для малоимущих работающих семей. А в 2009 г. был временно увеличен размер финансирования всей программы для облегчения последствий экономического кризиса.

Р. Гринстейн и Р. Коган отмечают, что имеется три основные причины увеличения затрат на ПДПП. Во-первых, экономиче-

ский спад. Во-вторых, временное увеличение размера предоставляемых благ: в 2007–2011 гг. 20% роста стоимости реализации этой программы было вызвано именно этим обстоятельством. В-третьих, рост доли лиц, имеющих право на участие в ПДПП, которые фактически стали получать талоны: в 1994, 2002 и 2009 гг. таковых было 75%, 54 и 72% соответственно, а в 2002–2009 гг. доля работающих малоимущих семей увеличилась с 43% до 60% [Greenstein, R. 2012. p. 5]. Конечно, как показывают эти данные далеко не все люди, которые имеют право на продовольственные талоны, фактически получают их, но определенный прогресс налицо.

История функционирования ПДПП показывает, что число людей получающих талоны, снижается в периоды экономического роста и увеличивается во время рецессий. Первичные данные за январь и февраль 2012 г. показывают улучшение положения дел, что выражается в снижении количества бенефициаров этой программы. Расчеты БУК показывают, что в ближайшем будущем данная тенденция продолжится. Кроме того, выявлено, что так называемая «доля участия» – процент людей, фактически участвующих в ПДПП из тех, кто имеет на это право в установленном законом порядке, зависит от количества продуктов питания, которые можно приобрести на талон. В ноябре 2013 г. увеличенный размер продовольственного пакета будет отменен, т.к. срок действия закона 2009 г. «О восстановлении экономики» истечет, в результате, можно ожидать и снижения «доли участия» в ПДПП.

История ПДПП демонстрирует общий тренд для всех программ социального обеспечения, за исключением здравоохранения: в условиях экономических трудностей стоимость их реализации резко увеличивается, тогда как при первых признаках выхода из рецессии объем этого вида расходов бюджета сокращается. В заключении своего доклада, американские ученые отмечают, что политики могут принимать любые решения в отношении программ помощи малоимущим, увеличивать или сокращать их финансирование, но они не должны исходить из ложной посылки, что система социальной защиты становится все более и более дорогой.

Анализируя итоги переписи населения 2011 г., Р. Гринштейн отмечает, что в 2011 г., во-первых, уровень бедности остался прежним, тогда как в предыдущие три года положение американцев ухудшалось из-за экономического кризиса 2008 г., во-вторых, с 2008 по 2011 г. средний доход американских семей сократился на 1,5%, что привело к углублению разрыва между богатыми и бедными. В общем, доходы среднего класса сократились, а у состоя-

тельных людей увеличились, таким образом, восстановление экономики после рецессии неравномерно сказалось на разных слоях населения. У 20% домашних хозяйств в середине шкалы доходов¹ средний доход сократился на 1,7% (876 долл.). 20% наиболее состоятельных американцев увеличили свои авуары на 1,9% (3286 долл.), 5% самых обеспеченных смогли обогатиться на 5,1% (15 184 долл.). В целом же у остальных четырех пятых граждан США уровень благосостояния сократился.

В 2011 г. расходы на страхование по безработице сократились на 36 млрд. долл., четверть от уровня 2010 г., в то время как число безработных снизилось лишь на 7%, а лиц пребывающих без работы в течение полугода и более – на 6%. В 2010 г. 3,2 млн. американцев были выведены над уровнем бедности за счет страхования по безработице, годом позже таковых было лишь 2,3 млн. человек [Greenstein, R. 2012, p. 1]. Данные Бюро переписи населения свидетельствуют о том, что снижение затрат на пособия по безработице увеличило количество бедных на 0,3% в 2011 г.

В 2011 г. количество занятых в частном секторе увеличилось на 1,7% (1,9 млн. человек), тогда как 386 тыс. человек, сотрудников финансируемых из бюджетов штатов и местных органов власти, лишились работы; в это число входит увольнение 110 тыс. учителей. При этом, уровень оплаты труда рядовых сотрудников с учетом инфляции снизился на 0,3% в том же году.

Важным фактором, определяющим количество пациентов Медикейд, является уровень бедности. По данным Бюро переписи населения, в 1993, 2000 и 2011 гг. он составлял 15,1%, 11,3 и 15% соответственно. Конгресс регулярно продляет пакет страхования по безработице. С 1958 г., когда была создана эта программа, законодатели ни разу не блокировали продление выплат людям без постоянного места занятости, при уровне безработицы выше 7,2% [Greenstein, R. 2012, p. 3].

Воздействие социальных программ на повседневную жизнь американцев крайне велико. В 2011 г. страхование по безработице позволило 2,3 млн. человек находиться выше уровня бедности. Аналогичный эффект имело для 21,4 млн. американцев социальное страхование (пенсии, пособия по инвалидности и т.д.). Такие программы, как налоговый кредит по заработанному доходу (Earned Income Tax Credit) и программа помощи в дополнительном пита-

¹ Американские статистики делят население на 5 групп в целях учета. – Прим. С.К.

нии (Supplemental Nutrition Assistance Program) позволили 5,7 млн. и 3,9 млн. человек соответственно обеспечивать уровень потребления выше официального порога бедности (2, с. 4).

Важно отметить, что борьба с дефицитом федерального бюджета не должна отражаться на усилиях по снижению уровня бедности. Ранее принимавшиеся меры по сокращению дефицита в 1990, 1993, 1997 гг. одновременно уменьшали и количество бедных из-за предусмотренных ассигнований на налоговый кредит по заработанному доходу, продовольственные талоны и программу медицинского страхования детей.

Охват населения медицинским обслуживанием

По данным Бюро переписи населения США (БПН), в 2011 г. количество американцев без полисов медицинского страхования снизилось впервые 2008 г. Данный факт был вызван началом реализации реформы здравоохранения Барака Обамы, инициированной принятием закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании». Основная причина столь быстрого роста числа застрахованных в том, что закон 2010 г. позволяет людям до 26 лет получать медицинскую помощь, оплаченную полисами добровольного медицинского страхования (ДМС) своих родителей. 40% (539 тыс. в абсолютных числах) снижения числа незастрахованных людей пришлось на когорту 19–25-летних [Greenstein, R. 2012, p. 1]. В результате, впервые за 10 лет доля лиц с полисами ДМС осталась неизменной, вместо наметившегося ранее сокращения.

Увеличение числа застрахованных, в основном, вызвано тем, что все больше и больше людей получают доступ к здравоохранению через Медикэр, Медикейд и Программу детского медицинского страхования (ПДМС) (Children's Health Insurance Program), свидетельствуют данные Бюро переписи населения. По подсчетам Бюджетного управления конгресса США (БУК), к 2022 г. более 30 млн. американцев, ранее не имевших доступа к медицинскому обслуживанию, получают его благодаря закону 2010 г. По оценке БПН, в 2011 г. число незастрахованных американцев сократилось на 1,3 млн. человек до 48,6 млн.; в 2010–2011 гг. доля жителей США без страховки снизилась с 16,3 до 15,7%; за тот же период 2,3 млн. малоимущих американцев стали получать медицинские услуги благодаря Медикейд и ПДМС; за ранее указанный промежуток времени доля незастрахованных афроамериканцев снизилась с 20,8 до 19,5%, аналогичные процессы имели место и среди белых

и американцев азиатского происхождения за исключением испаноязычных, среди которых ситуация с доступом к медицинским услугам не улучшилась.

Снижение в 2011 г. доли незастрахованных американцев на 0,6% представляет собой крупнейшее изменение подобного рода с 1999 г., когда многие штаты создали или расширили программу медицинского страхования для детей. Успехи 2011 г. частично покрыли снижение числа застрахованных в предыдущие годы, когда с 2007 по 2010 г. доля лиц без полиса медицинского страхования выросла с 14,7% до 16,3%, что привело к увеличению их числа с 44,1 до 50 млн. Ранее лица, которым исполнилось 19 лет, лишались возможности оплачивать свои медицинские расходы с помощью страхового полиса своих родителей. Это нововведение вступило в силу в сентябре 2010 г. Детальный анализ показывает, что в 2011 г. в то время как доля застрахованных молодых людей увеличилась на 1,6%, доля лиц с медицинской страховкой в возрасте от 25 до 64 лет, напротив, сократилась на 0,4%. При этом, увеличение числа застрахованных на частном рынке медицинских услуг осталось неизменным на уровне 63,9% впервые за последние 10 лет. Эти данные подтверждают позитивный эффект рассматриваемого нововведения, без него 6,6 млн. лиц в возрасте от 19 до 25 лет потеряли бы доступ к медицинскому обеспечению [Greenstein, R. 2012, p. 3]. Подсчеты Национального бюро экономического анализа показали, что шансы молодых людей получить доступ к медицинскому обслуживанию, после введения ранее указанного положения реформы здравоохранения, повысились на 30%.

Как указывалось ранее, государственное медицинское страхование через Медикэр, Медикейд и ПДМС служило важным фактором увеличения числа лиц, получивших доступ к современному здравоохранению. Одна из причин – старение населения. В 2010–2011 гг. более 2 млн. американцев вышли на пенсию, достигнув необходимых для этого 65 лет. В 2010 г. из когорты 64-летних – 12,5% были не застрахованы. В 2011 г. лишь 1,7% 65-летних американцев были не охвачены Медикэр, что, вероятно, вызвано неспособностью правильно оформить необходимую документацию. В 2011 г. число лиц, получивших возможность оплачивать медицинские услуги с помощью Медикейд и ПДМС, увеличилось на 2 млн., в 2010–2011 гг. доля детей неохваченных медицинским страхованием осталась стабильной на уровне 9,4% [Greenstein, R. 2012, p. 4].

Вместе с тем следует признать, что определенные категории американцев все еще находятся вне сферы медицинского страхования. Когорта 25–34-летних наиболее уязвима в этом отношении, в 2011 г. 28% американцев этой возрастной группы не имели полиса медицинского страхования. В том же году, в аналогичной ситуации находились 30,1% испаноязычных американцев, 19,5% афроамериканцев, 16,8% граждан США азиатского происхождения, 14,9% белых. Имеются и географические измерения параметров застрахованности, так 18,3% жителей юга США и 18% резидентов западных штатов не были охвачены медицинским страхованием. Тогда как жители северо-восточных штатов, не имевших полисов медицинского страхования, составляли 11%, а – среднего запада 12,7%. В 2011 г. 26,7% безработных американцев и 27,7% работающих по совместительству на неполный рабочий день были вынуждены обходиться без медицинского обеспечения из-за отсутствия соответствующих полисов. И даже среди работающих американцев 15,3% не имели страховки, т.к. работодатель не включал ее в социальный пакет, а заработная плата была столь низка, что не позволяла купить полис ДМС. Среди жителей США с доходом ниже 25 тыс. долл. в год доля незастрахованных составляла 25,4%, а – с доходом в 75 тыс. долл. доля неохваченных медицинским страхованием была на уровне 7,8%.

Самым прогрессивным штатом в США в отношении состояния здравоохранения и доступа к нему широких слоев населения является Массачусетс. В 2011 г. доля незастрахованных лиц там составляла 4,5%, а среди работающих резидентов штата – 5,7%, по сравнению с 21,5% по США в целом. В 2006 г. в этом штате была предпринята комплексная реформа здравоохранения, была расширена программа Медикейд, малообеспеченные люди, не подпадающие под программу для людей с реально низкими доходами, получили субсидии для покупки полисов ДМС. Для создания рационального пула застрахованных, в котором все платят страховые взносы и здоровые, и больные, было введено требование обязательного приобретения полиса медицинского страхования, несоблюдение которого влечет за собой взыскание штрафа.

Важнейшим шагом к снижению числа незастрахованных американцев является расширение программы Медикейд. Одной из проблем с этой программой был низкий порог бедности, нужно было быть крайне бедным человеком, чтобы иметь возможность воспользоваться благами Медикейд. Любая даже самая низкооплачиваемая работа на неполный рабочий день, не предполагающая

никакого социального пакета, уже поднимала индивида выше порога, установленного для Медикейд. Для решения этой проблемы штаты получили возможность расширить круг застрахованных за счет лиц, чей доход составляет ниже 133% уровня бедности¹. В течение 3 лет федеральное правительство будет финансировать 100% расходов штатов на расширение Медикейд, и 90% впоследствии. Особый вызов увеличение контингента Медикейд будет представлять для Техаса, где в 2011 г. доля незастрахованных лиц непенсионного возраста составляла 24,2%, Луизианы – 20,3, Флориды – 20,2%.

Если все штаты примут решение расширить Медикейд за счет страхования новых людей, то к 2022 г. 17 млн. малообеспеченных американцев смогут впервые воспользоваться медицинскими услугами².

Увеличение числа американцев с полисами медицинского страхования в 2011 г. вызвано, преимущественно, положением закона 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании», позволяющим молодым людям до 26 лет оставаться в числе бенефициаров полисов своих родителей. По оценке Бюджетного управления конгресса, к 2022 г. 30 млн. американцев смогут получить доступ к медицинскому обслуживанию как через программу Медикейд, так и через систему специальных государственных субсидий для покупки полисов медицинского страхования у частных компаний.

Рассмотрим теперь ситуацию с охватом американцев медицинским страхованием в разных штатах. В 20-ти из них положение дел улучшилось, и лишь в одном доля резидентов штата без полиса медицинского страхования упала. По данным БПН, в 18 штатах количество людей без страховки сократилось, в 34 штатах доля лиц в возрасте 18–24 лет с частным полисом медицинского страхования увеличилась, в таком же числе штатов возросла численность пациентов больниц, оплачивающих уход с помощью Медикейд. В остальных штатах увеличение числа застрахованных за счет Медикейд и молодых людей до 26 лет лишь замещало снижение –

¹ На 2013 г. для одного американца установлен федеральный уровень бедности в 11 тыс. долл. в год. – *Прим. С.К.*

² Некоторые консервативные штаты, например Вирджиния, намерены проигнорировать возможность застраховать значительное количество малообеспеченных жителей своих регионов, пользуясь правом, предоставленным в 2012 г. решением Верховного суда США. – *Прим. С.К.*

людей с корпоративными медицинскими страховками. В 2011 г. Миссури был единственным штатом США, в котором доля лиц без полиса медицинского страхования увеличилась.

В 2010–2011 гг. наибольшего успеха в снижении доли лиц без медицинской страховки достигли следующие штаты – Айдахо с 17,7 до 16,5%, Канзас с 13,9 до 12,6%, Орегон с 17,1 до 15,7%, Род-Айланд с 12,2 до 10,8%, и Вермонт с 8 до 6,6%.

За тот же период доля детей до 18 лет без полиса медицинского страхования в наибольшей степени снизилась в Арканзасе с 6,6 до 5,6%, Калифорнии с 9 до 8%, Канзасе с 8,2 до 6,4%, Айдахо с 10,5 до 9,1%, Неваде с 17,4 до 16,2%, Нью-Хэмпшире с 4,8 до 3,7%, Нью-Мексико с 10,2 до 9,2%, Орегоне с 8,8 до 7,3%, Род-Айленде с 5,3 до 4%, Южной Каролине с 9,4 до 8,4%, Южной Дакоте с 8,3 до 6% и Техасе с 14,5 до 13,2%. В Вашингтоне, Федеральный округ Колумбия наоборот доля детей без доступа к медицинскому обслуживанию выросла с 2,3 до 3,9%, равно как и в штате Мэн с 4 до 5,2% [Greenstein, R. 2012, p. 4].

В абсолютных цифрах данные выглядят следующим образом. В 2010–2011 гг. число незастрахованных американцев сократилось на 832 тыс. Чемпионами по абсолютным показателям сокращения лиц без доступа к медицинскому обслуживанию стали – Калифорния – 99 тыс., Иллинойс – 86 тыс., Мичиган – 57 тыс., Нью-Йорк – 82 тыс., и Техас – 85 тыс. за ранее указанный период, в США число детей без медицинской страховки сократилось на 390 тыс. человек. На ниве борьбы с незастрахованностью детей в абсолютных числах лидируют – Калифорния – 87 тыс. и Техас – 79 тыс. [Greenstein, R. 2012, p. 5].

В 2010–2011 гг. наиболее эффективно положение закона о реформе здравоохранения, позволяющее молодым людям до 26 лет пользоваться страховым полисом родителей, работало в Индиане, где доля 18–24-летних с полисами медицинского страхования выросла с 60,9 до 66,1%, Айове с 68,1 до 75,1%, Канзасе с 67,1 до 72,5%, Кентуки с 55,7 до 61,4%, Мэрилэнде с 65,3 до 71,8%, Мичигане с 57,5 до 62,8%, Миссисипи с 48,8 до 54,2%, Небраске с 68,3 до 73,6%, Неваде с 51 до 56%, Нью-Хэмпшире с 71,5 до 77,7%, Южной Каролине с 54,7 до 60% и Вайоминге с 63,1 до 68,9%.

В 2010–2011 гг. доля 25–64-летних с корпоративными полисами медицинского страхования в наибольшей степени увеличилась в Род-Айленде с 73,4 до 74,9% и Вермонте с 71 до 72,5%. [Greenstein, R. 2012, p. 6].

Американская система здравоохранения все еще крайне нуждается в реформировании. Система оплаты медицинских услуг базируется на количественных, а не качественных показателях. В одних случаях тратятся огромные средства на административные расходы, а в других недостаточно денег на элементарный контроль, который мог бы снизить затраты и увеличить качество предоставляемых услуг. Медикэр является частью системы здравоохранения, и поэтому не лишена недостатков. Однако они не являются более острыми в Медикэр, чем в системе в целом. Закон 2010 г. «О защите пациентов и доступном медицинском обслуживании» представляет собой первый шаг в реформировании американского здравоохранения. Этот правовой акт далек от совершенства и в ходе его реализации станет ясно, какие дополнительные меры следует предпринять. Пока еще рано говорить о том, что нужно вводить ваучерную систему оплаты медицинских услуг, вместо ныне действующей Медикэр.

Список литературы

1. Aaron, H. The current state of Medicare. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/testimony/2012/04/27-medicare-aaron> (Дата обращения 20.08.2013).
2. Aaron, H. Why the Medicare fight matters to Americans over 55 – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/opinions/2012/08/20-ryan-medicare-aaron> (Дата обращения 20.08.2013).
3. Broaddus, M., Park, E. Number of uninsured fell in 2011 largely due to health reform and public programs / Center on Budget and Policy Priorities. – Washington, DC: CBPP, 2012. – 6 p.
4. Broaddus, M., Park, E. Uninsured rate fell or held steady in almost every state last year, new census data show / Center on Budget and Policy Priorities. – Washington, DC: CBPP, 2012. – 7 p.
5. Butler, S. Confronting the problem of long-term care. – Mode of access: <http://newsatjama.jama.com/author/stuartbutler/> (Дата обращения 20.08.2013).
6. Galston, W., Davis, K. Medicare cuts: what is the fight about? – Mode of access: <http://www.brookings.edu/blogs/up-front/posts/2012/08/15-medicare-cuts-galston> (Дата обращения 20.08.2013).
7. Galston, W. The long term is now. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/opinions/2012/09/11-health-care-galston> (Дата обращения 20.08.2013).

8. Greenstein, R., Kogan, R. Are low-income programs enlarging the nation's long – term fiscal problem? Programs outside health care projected to decline as share of economy. – Washington, D.C.: Center on budget and policy priorities press, 2012. – 6 p.
9. Greenstein, R. Statement of Robert Greenstein, president, on census' 2011 poverty, income, and health insurance data. – Washington, D.C.: Center on budget and policy priorities press, 2012. – 4 p.
10. Hederman Jr., R. Why Medicare premium support would not cost future beneficiaries \$6,400 more // Issue brief. – #3745. – Washington, D.C.: The Heritage Foundation Press, 2012. – P. 2. – Mode of access: [http://www.heritage.org/research/reports/2012/09/why-medicare-premium-support-would-not-cost-future-beneficiaries-\\$6400-more](http://www.heritage.org/research/reports/2012/09/why-medicare-premium-support-would-not-cost-future-beneficiaries-$6400-more) (Дата обращения 20.08.2013).
11. Moffit, R. Medicare's status quo: no, we can't. – Mode of access: <http://www.heritage.org/research/commentary/2012/10/medicares-status-quo-no-we-cant> (Дата обращения 20.08.2013).
12. Patel, K. Using innovation to reform Medicare physician payment. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/testimony/2012/07/18-medicare-innovation-patel> (Дата обращения 20.08.2013).
13. Rivlin, A. Curing health care. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/papers/2012/05/04-health-care-rivlin> (Дата обращения 20.08.2013).
14. Rivlin, A. The great Medicare compromise. – Mode of access: <http://www.brookings.edu/research/opinions/2012/08/29-medicare-compromise-rivlin> (Дата обращения 20.08.2013).

Экономические и социальные проблемы России

**СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ:
СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ**

2013 № 2

Сборник научных трудов

Редактор-составитель выпуска –
канд. полит. наук **Костяев** Сергей Сергеевич

Компьютерная верстка О.В. Егорова
Корректор Д.С. Склианкина

Гигиеническое заключение
№ 77.99.6.953.П.5008.8.99 от 23.08.1999 г.
Подписано к печати 26/XI – 2013 г. Формат 60х84/16
Бум. офсетная № 1. Печать офсетная Свободная цена
Усл. печ. л. 9,25 Уч.-изд. л. 8,0
Тираж 300 экз. Заказ № 186

**Институт научной информации по общественным наукам РАН,
Нахимовский проспект, д. 51/21, Москва, В-418, ГСП-7, 117997
Отдел маркетинга и распространения информационных изданий
Тел/Факс (499) 120-45-14
E-mail: inion@bk.ru**

**E-mail: ani-2000@list.ru
(по вопросам распространения изданий)**

Отпечатано в ИНИОН РАН
Нахимовский проспект, д. 51/21,
Москва, В-418, ГСП-7, 117997
042(02)9