

М.Э. Дмитриев

д.э.н., президент, Хозяйственное партнёрство «Новый экономический рост» (Москва)

ХОД РЕАЛИЗАЦИИ И ИТОГИ РЕФОРМ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ НАЧАЛА 2000-х гг. В РОССИИ: ПЕРЕОСМЫСЛЕНИЕ В РЕТРОСПЕКТИВЕ

Аннотация. В статье анализируются первоначальные планы, ход реализации и результаты реформ, инициированных в России в конце 1990-х — начале 2000-х гг. по четырём направлениям социальной политики: регулирование трудовых отношений, социальная защита, пенсионное обеспечение и здравоохранение. Автор рассматривает первоначальные цели реформ, уровень реализации и степень достижения целей, а также трансформацию дальнейшей долгосрочной повестки реформ по сравнению с первоначальной. Во всех рассмотренных реформах степень реализации ключевых мер, призванных обеспечить достижение поставленных целей, оказалась сравнительно невысокой. По этому критерию ни одну из рассмотренных реформ нельзя назвать вполне успешной. Однако поставленные цели социальной политики, как минимум по трём из четырёх направлений, оказались парадоксальным образом достигнуты в гораздо большей мере, чем можно было бы ожидать, исходя из процесса реализации реформ. Наибольший вклад в достижение поставленных целей внёс более высокий, чем ожидалось, экономический рост, который способствовал быстрому снижению безработицы и бедности, повышению пенсий и существенному улучшению финансирования здравоохранения. При этом с точки зрения дальнейших перспектив социальной политики нерезализованные приоритетные меры из первоначального пакета реформ либо полностью утратили актуальность, как это произошло на рынке труда, либо всё больше вытесняются другими, более востребованными, долгосрочными задачами, как это происходит в сфере социальной защиты, пенсионного страхования и здравоохранения.

Ключевые слова: рынок труда, социальная защита, пенсионная реформа, реформа здравоохранения, старение населения.

JEL: J14, J22, J23, I38, I18

УДК: 338.2

DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2024_3_7_30

© М.Э. Дмитриев, 2024

© ФГБУН Институт экономики РАН «Вопросы теоретической экономики», 2024

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: *Дмитриев М.Э.* Ход реализации и итоги реформ социальной сферы начала 2000-х гг. в России: переосмысление в ретроспективе // Вопросы теоретической экономики. 2024. №3. С. 7–30. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2024_3_7_30.

FOR CITATION: *Dmitriev M.* Implementation and Outcomes of Social Policy Reforms of Early 2000s in Russia: Reassessment in Retrospect // Voprosy teoreticheskoy ekonomiki. 2024. No. 3. Pp. 7–30. DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2024_3_7_30.

Введение

Во второй половине 1990-х и начале 2000-х гг. я в качестве эксперта и заместителя министра¹ активно участвовал в разработке и реализации повестки реформ в социальной сфере. Больше всего в этот период мне пришлось заниматься вопросами рынка труда, социальной защиты, пенсионного и медицинского страхования.

Большая часть инициатив по этим направлениям была сформулирована ещё во второй половине 1990-х гг и, естественно, отражала экономические проблемы того времени в контексте существовавших тогда представлений о перспективах социально-экономического развития. Сейчас, по прошествии четверти века, многое из репертуара реформ той эпохи с высоты накопленного опыта видится в ином свете, чем непосредственно в период их разработки. Прежде всего это связано с тем, что траектория последующего долгосрочного развития страны оказалась во многом отличной от ожиданий, сложившихся к концу 1990-х гг.

В течение последующих двух с половиной десятилетий условия экономического развития России менялись неоднократно и не всегда предсказуемо. Особенно неожиданным оказался запуск специфической модели сверхбыстрого экономического роста нулевых годов, сложившейся под влиянием стремительного роста спроса мировой экономики на первичные ресурсы в условиях ускорившейся глобализации и форсированной индустриализации Китая. В контексте этих изменений расстановка приоритетов в социальной сфере тоже трансформировалась, причём подчас весьма неожиданно. Значимость некоторых проблем, казавшихся первостепенными в контексте 1990-х, на протяжении 2000-х гг. заметно ослабла. Некоторые из них утратили актуальность безотносительно к тому, насколько успешно были реализованы меры, предпринятые для их решения. Одновременно в социальной сфере появлялись как новые проблемы, так и новые возможности. В результате первоначальная повестка реформ в социальной сфере постепенно трансформировалась, порой до неузнаваемости. В трудовой сфере приоритеты вообще сменились на прямо противоположные.

Таким образом, в контексте накопленного опыта социально-экономического развития первой четверти XXI в., значимость многих мер и решений, осуществлявшихся в социальной сфере на рубеже веков, нуждается в переосмыслении. В данной публикации я рассмотрю четыре случая ретроспективной переоценки приоритетов социальной политики. Они относятся к тем направлениям социальной политики, которыми мне довелось непосредственно заниматься в конце 1990-х–начале 2000-х гг.

Но прежде чем перейти непосредственно к анализу эволюции приоритетов по этим направлениям, считаю необходимым сделать несколько оговорок. Во-первых, данную публикацию не следует рассматривать как попытку сформулировать альтернативную повестку социальной политики на дальнейшую перспективу. Для этого по каждому из рассматриваемых направлений необходимо было бы проделать огромную дополнительную работу по доказательному формулированию политики, что, за исключением, быть может, некоторых аспектов развития здравоохранения, выходит далеко за пределы возможностей данного небольшого исследования. Во-вторых, я, будучи одним из авторов и непосредственных участников реформ, хотел бы прежде всего отразить эволюцию моего личного профессионального восприятия этих процессов. Тем самым, я заведомо признаю субъективный характер некоторых оценок и допускаю, что возможны иные, в некоторых случаях даже прямо противоположные интерпретации. В-третьих, я не пытаюсь добиться строгой доказательности. Многие данные, характеризующие развитие социальной сферы, не обнов-

¹ В 1997–1998 гг. — первый заместитель министра труда и социального развития, в 2000–2004 гг. — первый заместитель министра экономического развития и торговли Российской Федерации.

лены до самых последних доступных значений в тех случаях, когда, на мой взгляд, более актуальная информация не меняет представленных выводов.

Наконец, если перефразировать известные слова о Великой французской революции, приписываемые Чжоу Эньлаю, несмотря на четверть века, отделяющие нас от рассматриваемых событий, всё ещё прошло недостаточно времени, чтобы давать им однозначные оценки. Поэтому сегодня при обсуждении реформ начала 2000-х гг. едва ли вообще возможно избежать фреймирующих оценочных суждений типа «стакан наполовину полон или наполовину пуст».

Цели реформ конца 1990-х — начала 2000-х

Регулирование трудовых отношений

Главной проблемой на рынке труда 1990-х гг. была высокая безработица. Её пиковые значения по определению Международной организации труда (МОТ) в конце 1990-х достигали 13%. Поэтому все реформы рынка труда были нацелены в первую очередь на повышение занятости. В их число входило совершенствование активной политики занятости (обучение, содействие трудоустройству, субсидирование рабочих мест) и реформирование трудового законодательства с целью повышения гибкости рынка труда, которое способствовало бы росту спроса на труд и созданию рабочих мест. Трудовое законодательство, унаследованное от советской эпохи, окончательно сложилось к концу 1970-х гг., когда ключевой проблемой был растущий дефицит рабочей силы, в то время как безработица официально вообще отсутствовала. Работодатели не нуждались в дополнительных стимулах для найма рабочей силы, поскольку экстенсивный характер экономического роста в большинстве случаев и так диктовал необходимость расширения занятости, в то время как ликвидация рабочих мест была нечастым явлением. Поэтому жёсткие барьеры для увольнения, существовавшие в советском законодательстве, не препятствовали увеличению занятости.

Но в условиях спада, стагнации и нестабильности выпуска, характерных для 1990-х гг., когда объёмы производства на конкретном предприятии могли неожиданно упасть в любой момент, правовые ограничения для увольнения избыточных работников и высокие налоги на фонд оплаты труда снижали заинтересованность работодателей в дополнительном найме. Поэтому на первый план в повестке реформ в сфере трудовых отношений и занятости выдвинулось снижение барьеров для занятости и создания рабочих мест. Для этого требовалось снижение прямых и косвенных издержек работодателей на рынке труда (включая налоги на фонд оплаты труда и издержки регулирования), а также более гибкие условия найма и увольнения. Такие изменения предполагали внесение многочисленных коррективов в трудовое законодательство и законы о социальном страховании.

Социальная защита

Ключевой проблемой 1990-х гг. в этой сфере была очень высокая бедность, которая на пике достигала трети населения страны. Рост бедности был вызван глубоким падением реальных доходов населения в сочетании с резким скачком неравенства доходов. Между тем советская система социальной защиты в первые годы перехода к рынку не претерпела существенных изменений и не была рассчитана на высокий уровень неравенства. В ней преобладали категориальные трансферты, в виде льгот и дотаций на товары и услуги, не основанные на проверке нуждаемости. Расходы на социальное обеспечение и страхование выросли за первые три года перехода к рынку на 17% в реальном выражении, но растущая их доля попадала в высокодоходные семьи, в том числе потому, что такие семьи имели возможность приобретать больше льготированных товаров и услуг. Это приводило

к перенапряжению бюджетной системы без какого-либо результата для бедных. Согласно оценкам (МОТ) эффективность программ социальной помощи в России, рассчитанная как удельный вес средств, поступающих семьям, живущим за чертой бедности, в суммарных социальных трансфертах составляла всего 19%. Аналогичный показатель в большинстве развитых стран и в некоторых странах Восточной Европы колебался в пределах 30–50%, достигая максимума 50% в Австралии. При этом доля населения, живущего за чертой бедности в России, была в несколько раз выше, чем в большинстве стран Центральной и Восточной Европы [Дмитриев, 1997. С. 24].

Соответственно, в подушевом выражении каждая бедная семья получала в России в несколько раз меньшую долю общих трансфертов, чем в этих странах. Поэтому в центре внимания оказался вопрос повышения эффективности расходов на социальную помощь путём перераспределения бюджетных ресурсов в пользу, как тогда считалось, более эффективного механизма единого адресного пособия, которое фактически должно было предоставляться с учётом доходов или иных критериев нуждаемости домохозяйства.

Пенсионное страхование

В результате кризиса 1990-х гг. не только упали реальные размеры пенсий, но и произошла почти полная компрессия пенсионной шкалы. Иными словами, соотношение между средней и минимальной пенсией сократилось до 1,3, т. е. настолько, что пенсионная выплата для большинства пенсионеров фактически превратилась в уравнилительное пособие. При этом к 1999 г. средняя пенсия в реальном выражении упала до немногим более 30% от уровня 1990 г. и едва достигала 70% от прожиточного минимума пенсионера [Синявская, 2010]. Остро стояла проблема задолженности по выплатам пенсий.

Пенсионная формула была устроена так, что обязательства не корреспондировались с доходами системы и Пенсионный фонд России (ПФР) находился в состоянии неуправляемого нарастания дефицита. Это создавало макроэкономические проблемы. В 1998 г. Правительству путём очень сложных манипуляций с пенсионным законодательством с трудом удалось предотвратить коллапс пенсионных финансов, который мог на несколько месяцев приблизить наступление дефолта.

Кроме того, текущий кризис пенсионной системы развивался на фоне неблагоприятных долгосрочных демографических тенденций, которые вели к старению населения и требовали заблаговременного принятия мер по предотвращению дестабилизации пенсионной системы в будущем, по мере ухудшения соотношения между работающим населением и пенсионерами. В этих условиях приоритетной целью пенсионной реформы было обеспечить среднесрочную устойчивость пенсионной системы, приведя в соответствие её текущие доходы и обязательства распределительного компонента, чтобы обязательства корректировались в соответствии с потоком ресурсов, который идет в систему.

Далее, речь шла о проблемах долгосрочного демографического старения населения, которые, как тогда считалось, более эффективно можно решать путём введения обязательного накопительного компонента при условии постепенного повышения возраста выхода на пенсию. Финансирование первоначальных пенсионных накоплений до начала массовых выплат накопительных пенсий облегчало временное улучшение соотношения между работниками и пенсионерами, которое ожидалось в начале XXI в. под влиянием демографических волн второй половины XX в.

Одновременно необходимо было решать проблему декомпрессии пенсионной шкалы, чтобы восстановить страховой характер пенсионной системы (связь между размером уплаченных пенсионных взносов и размером будущей пенсии). В рамках разрабатывавшейся в конце 1990-х гг. концепции пенсионной реформы предполагалось, что в долгосрочной перспективе введение накопительных пенсий будет способствовать росту дифференциации размеров пенсий в зависимости от заработка в период трудовой

деятельности. В распределительной составляющей пенсионной системы этого добиться труднее, поскольку в ней идёт масштабный переток средств в пользу пенсионеров с низкими прошлыми заработками. У таких пенсионеров индивидуальный коэффициент замещения может достигать свыше 250%. В результате на значительные пенсии для работников с зарплатами выше средних у ПФР просто не оставалось ресурсов (подробнее об этом: [Гурвич, Сони́на, 2012]). Напротив, размер будущей накопительной пенсии каждого работника непосредственно связан с объёмом уплаченных за него взносов, что обеспечивает более высокую дифференциацию накопительных пенсий в зависимости от прошлого заработка.

Здравоохранение

Система здравоохранения к концу 1990-х гг. оказалась в глубоком кризисе, основной причиной которого стало недофинансирование обязательств. С 1991 по 1999 г. государственное финансирование здравоохранения в реальном выражении упало более чем на 40%. Особенно сократились средства на содержание, ремонт и обновление медицинского оборудования, зданий и автопарка. Снизилась доступность и качество медицинской помощи. Широко распространились формальные и неформальные платежи, в том числе за услуги, которые должны были предоставляться бесплатно, что усилило неравенство в доступе к медицинской помощи. Это происходило на фоне падения продолжительности жизни, роста младенческой смертности и инвалидности.

Однако ресурсы в системе здравоохранения использовались неэффективно. Организация медицинской помощи в 1990-е гг. практически не изменилась по сравнению с советским временем. Сохранился переко́с в сторону более дорогой стационарной помощи в ущерб первичному звену. Обеспеченность врачами первичного звена на 1 000 человек населения была примерно в 2 раза ниже, чем в развитых странах [Структурные изменения..., 2022. С. 20]. В государственном здравоохранении отсутствовали стимулы для повышения эффективности использования бюджетных средств. Недостаточно внимания уделялось профилактике заболеваний. Ещё одной проблемой стала неравномерная бюджетная обеспеченность регионов. Если Москва и ряд нефтедобывающих регионов полностью и даже с избытком покрывали стоимость программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (далее — программа госгарантий), то многие другие регионы сталкивались с катастрофической нехваткой средств.

Рост государственных расходов на здравоохранение в реальном выражении начался лишь в 2000-х гг., когда экономический рост резко ускорился. Но в конце 1990-х, когда формировалась обновлённая повестка реформы здравоохранения, на высокие темпы экономического роста ещё никто не рассчитывал. Предполагалось, что возможности для государственного финансирования здравоохранения будут прирастать умеренными темпами. В связи с этим первостепенное внимание уделялось повышению эффективности использования ресурсов, что позволило бы добиться более заметного улучшения доступности и качества медицинской помощи.

Ключевая роль в повышении эффективности отводилась системе обязательного медицинского страхования (ОМС). К концу 1990-х гг. эта система уже была создана, но работала плохо. Речь шла о том, чтобы активизировать страховые медицинские организации (СМО), усилив их заинтересованность и возможности по контролю за эффективным использованием средств и качеством медицинской помощи в интересах пациентов. Для государственных медицинских учреждений планировалось изменить систему финансирования, включая замещение сметного финансирования другими методами, ориентированными на результаты деятельности, а не на покрытие затрат. Также предполагалось расширить возможности для межрегионального выравнивания бюджетной обеспеченности системы здравоохранения.

Итоги реализации реформ

Некоторые отмеченные выше меры социальной политики были одобрены ещё в конце 1990-х гг. Однако основной пакет реформ в социальной сфере начал реализовываться после одобрения в 2000 г. «Стратегии социально-экономического развития Российской Федерации до 2010 г.» (далее — Стратегия-2010). К 2010 г. общий уровень реализации мер социальной политики в Стратегии-2010 составил 31% (табл. 1), что несколько ниже среднего по всем направлениям реформ (почти 40%). Но вариативность реализации внутри социального раздела была очень высокой. Наибольшим уровнем реализации оказался пенсионной сфере, в то время как трудовые отношения стали наиболее конфликтной сферой, где уровень реализации составил всего 10%.

Причём особенностью этих преобразований было то, что уровень реализации мер слабо коррелировал с достижением заявленных целей реформ. Особенно наглядно это проявилось в сфере реформирования трудовых отношений и социальной защиты. Ниже мы более подробно рассмотрим эту проблему по каждому из направлений.

Таблица 1

Реализация мер реформ в социальной сфере по направлениям

Раздел / направления	Уровень реализации, %
Средний уровень реализации мер раздела, в том числе по направлениям:	31
пенсионное обеспечение	63
жилищно-коммунальная реформа	39
предоставление социальной помощи населению	31
образование	24
здравоохранение и социальное страхование	20
политика в области трудовых отношений и занятости населения	10

Источник: Дмитриев М.Э., Юртаев А.С. Стратегия-2010: итоги реализации 10 лет спустя. — М.: ЦСР, 2010. С. 23.

Реформирование трудовых отношений

Для реформирования трудовых отношений начиная с 1997 г. было подготовлено несколько вариантов дополнений и изменений в Трудовой Кодекс и другие законы. Первый вариант поправок, подготовленный ещё в середине 1997 г., наиболее последовательно проводил заявленные цели реформы. Но он встретил сильное сопротивление со стороны влиятельной коалиции сил, включая официальные профсоюзы (ФНПР), значительную часть депутатов Государственной думы и многих должностных лиц в министерствах социального блока и аппарата Правительства. В результате работа над поправками затянулась на многие годы. Компромиссные варианты поправок, готовившиеся в течение этого времени, всё более отдалялись от первоначального содержания реформ. В итоге был принят вариант поправок, содержащих лишь незначительную часть первоначально предложенных изменений. Наиболее значимые из оставшихся изменений касались дополнительных возможностей увольнения по инициативе работодателя в связи с экономическими причинами. Также был снят прямой запрет на массовые увольнения (однако эта мера впоследствии была опротестована в судебном порядке) и возникла возможность более широкого использования временного найма. С точки зрения уровня реализации первоначально намеченных мер реформу трудовых отношений можно было бы признать несостоявшейся. Наиболее

значимой для рынка труда реализованной мерой стало снижение налоговой нагрузки на фонд оплаты труда в результате введения плоской ставки подоходного налога и уменьшения ставок и налогооблагаемой базы платежей в фонды социального страхования (в табл. 1 эти меры не отражены, поскольку формально они относились к бюджетно-налоговой, а не социальной политике).

Но несмотря на низкий уровень реализации мер, последующие долгосрочные тенденции на рынке труда привели к тому, что, констатируя формальную неудачу реформы трудового законодательства, в конечном итоге её цели оказались достигнуты. Возможно, даже в большей мере, чем можно было ожидать.

Бурный экономический рост 2000-х гг. обеспечил к 2007 г. снижение безработицы по методологии МОТ более чем в 2 раза — с 13 до 6% (рис. 1). В дальнейшем, по мере замедления роста численности экономически активного населения и начала её снижения, тенденция к сокращению безработицы продолжилась, пока она не упала еще в 2 раза — ниже 3%. Это сигнализировало о нарастающей нехватке рабочей силы, которая в большинстве случаев стала превалировать над её избытком. С 2018 г. дефицит на рынке труда начал обостряться. За 2018–2022 гг. доля незаполненных рабочих мест в секторе крупных и средних предприятий выросла более чем в 2 раза, приблизившись к отметке 6% [Капелюшников, 2023. С. 60]. На этом фоне начал ускоряться валовый оборот рабочей силы, в результате чего работодатели, особенно на непрерывных производствах, были вынуждены создавать дополнительные вакансии, чтобы придержать резервных работников. Таким образом, привлечение и удержание рабочей силы стало для работодателей гораздо важнее, чем возможность увольнения избыточных работников.

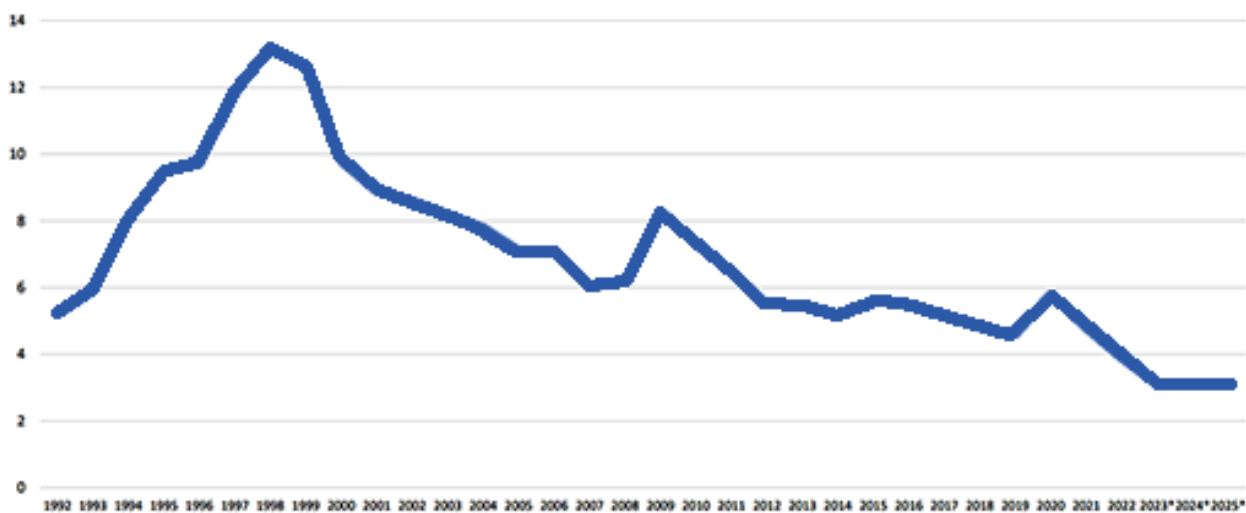


Рис. 1. Динамика безработицы по методологии МОТ в 1992–2025 гг., %; * – прогноз
 Источники: Росстат. URL: https://rosstat.gov.ru/labour_force, прогноз Минтруда на 2023–2025 гг.
 URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/2544>. Построено автором.

При этом неформальная занятость в течение последних 10 лет практически не менялась [Капелюшников, 2023. С. 35] и не могла послужить причиной радикального изменения баланса на формальном рынке труда. В этих условиях компромиссный характер трудового законодательства перестал оказывать сколько-нибудь заметное сдерживающее влияние на динамику занятости. Главным препятствием для роста занятости стали не барьеры со стороны спроса, а недостаточное предложение на рынке труда.

Как справедливо отмечает Р.И. Капелюшников [Капелюшников, 2023], большинство долгосрочных изменений на рынке труда, включая предстоящую динамику трудоспособного населения и миграционных потоков, будут и дальше направлены на снижение

предложения. Исключение составляет лишь повышение пенсионного возраста, благодаря которому в период 2026–2027 гг. на рынке труда может появиться 1,2 млн дополнительных работников. Но в целом рынок труда надолго переходит в новый режим: из рынка работодателя в рынок работника, из рынка ограничения по спросу в рынок ограничения по предложению. В условиях глубокой структурной перестройки, в которую вступает российская экономика, когда возникает потребность быстрого перераспределения рабочей силы между разными работодателями, отраслями, сферами деятельности и профессиями, снижающееся предложение работников становится серьёзным барьером для предстоящих структурных изменений и связанных с ними инвестиций.

На этом фоне нереализованная повестка начала 2000-х гг. становится неактуальной. По сравнению с началом 2000-х гг. приоритеты на рынке труда меняются на прямо противоположные. Больше не требуется поощрять спрос на труд. Наоборот, необходимо стимулировать замещение труда капиталом. Этому может способствовать и увеличение налоговой нагрузки на заработную плату, которое фактически уже вошло в повестку налоговой реформы. Что касается мер по развитию предложения труда, то они должны быть направлены на его структурную адаптацию к перспективному спросу, включая развитие непрерывного образования, повышение территориальной мобильности и содействие удалённой занятости, которая снимает очень важные для России географические барьеры. Необходимо и устранение контрпродуктивных ограничений, дестимулирующих предложение, включая избыточные препятствия для найма мигрантов и запрет на индексацию пенсий работающим пенсионерам. Большую роль может сыграть и переход к проактивной миграционной политике, ориентированной на профессиональную подготовку и привлечение из развивающихся стран с растущим населением трудовых мигрантов, обладающих необходимой квалификацией.

Социальная защита

Внедрение адресных социальных выплат, основанных на проверке нуждаемости, и замещение ими безадресных форм социальной защиты до сих пор остаётся нереализованным. По-прежнему значительная часть социальных трансфертов, включая многие виды категориальных выплат и льгот, остаются безадресными. Попытка реформирования категориальных льгот вызвала широкое недовольство населения и была реализована не последовательно. Универсального адресного пособия по нуждаемости так и не было создано. В итоге переориентация социальных трансфертов на наиболее бедные слои населения сильно затянулась и в этом смысле социальная эффективность выплат росла медленно, а реформы в основном можно было бы признать неудавшимися.

Тем не менее масштабы сокращения бедности превзошли самые оптимистические ожидания. Как и в случае со снижением безработицы, это произошло не столько благодаря мерам социальной политики, сколько вследствие неожиданно ускорившегося роста потребления населения, включая самые малообеспеченные слои.

Причина быстрого снижения бедности кроется не в социальной политике, а в специфической модели роста российской экономики в первые полтора десятилетия XXI в. Эта траектория роста стала неожиданностью для большинства экспертов. В конце 1990-х гг., после длительного спада нефтяных цен, на возможность реализации такой модели роста рассчитывать было трудно. Но в первые 15 лет XXI в. резкое повышение мировых цен на нефть и другие первичные экспортные товары обеспечило России приток экспортной выручки и международных инвестиций, что, в свою очередь, привело к росту реального эффективного курса рубля и расширению возможностей для импорта потребительских товаров. В долларовом выражении среднедушевые доходы населения выросли более чем в 3 раза [Доклад..., 2015. С. 85], что намного повысило доступность импортных товаров массового спроса, цены на которые в долларовом выражении в тот период почти не росли,

а в случае с одеждой и бытовой электроникой даже снижались. Именно благодаря доступному потребительскому импорту стал возможен беспрецедентный скачок благосостояния, наблюдавшийся в тот период. Эти улучшения затронули и большинство бедных семей. В 2000-х гг. бедность, оцениваемая по российской методологии, сократилась в 2,5 раза [Дмитриев, Мисихина, 2012]. Но, что особенно важно, абсолютная бедность, измеряемая по международным рекомендациям как доля населения с доходами ниже \$2 в день на человека (в данном случае — в ценах 2005 г.), упала более чем в 100 (!) раз — с 5,97% в 2001 г. до статистически незначимых 0,05% в 2009 г. и оказалась ниже, чем в большинстве стран Центральной и Восточной Европы [Дмитриев, Мисихина, 2012].

Более детальный анализ уровня благосостояния бедных и небедных домохозяйств показал незначительный разрыв между этими двумя группами по потреблению основных продуктов питания, обеспеченности предметами длительного пользования и даже по обеспеченности жильём (подробные данные по всем этим позициям приводятся в [Дмитриев, Мисихина, 2012]). Калорийность рациона питания бедных оказалась выше, чем у небедных. Что касается потребления разных видов продуктов, то структура питания у бедных намного улучшилась, и разница с небедными в большинстве случаев оказалась невелика. В отношении товаров длительного пользования, дорогостоящих по тогдашним российским меркам, разница в обеспеченности между бедными и небедными по многим позициям сошла на нет. В 2017 г. и у бедных, и у небедных (соответственно, 1-й и 5-й квинтили распределения домохозяйств по доходам) на 100 домохозяйств было значительно больше 100 телевизоров и холодильников/морозильников, а также практически одинаковое число стиральных машин и пылесосов. По числу мобильных телефонов бедные домохозяйства опережали небедные на 30%. Даже по персональным компьютерам, несмотря на отставание от небедных в 1,4 раза, обеспеченность у бедных превысила 100 компьютеров на 100 домохозяйств. Большой разрыв между бедными и небедными наблюдался только по посудомоечным машинам и кондиционерам (в 3 раза), которых, впрочем, и у небедных было немного, а также по автомобилям (почти в 2 раза).

Слабая дифференциация по предметам длительного пользования может отчасти объясняться тем, что в то время в бедных семьях ещё сохранилась часть бытовой техники с советских времён. Другой причиной могло быть то, что совокупность бедных домохозяйств не была статичной из-за сильных колебаний доходов бедных и небедных семей. Согласно исследованиям, сделанным на многолетних панельных данных обследований доходов домохозяйств, в 1990-е гг. активизировались перемещения домохозяйств из небедных в бедные (нисходящая мобильность) и обратно [Богомолова, Тапилина, Ростовцев, 2002]. При этом нисходящая мобильность в условиях падения средних реальных доходов преобладала. По этой причине категория бедных регулярно пополнялась небедными (в недавнем прошлом) домохозяйствами, которые, как правило, до этого успевали обзавестись основными предметами длительного пользования.

Неожиданным было и то, что различия в обеспеченности жильём тоже оказались довольно невелики. Почти все бедные и небедные жили в отдельных квартирах или домах, причём среднее число жилых комнат у бедных домохозяйств было больше, чем у небедных, а средний подушевой размер жилой площади у бедных лишь в 1,5 раза меньше, чем у небедных. Но причина небольших различий по жилью была иной, чем случае с предметами длительного пользования. Доступность жилья, в отличие от предметов длительного пользования, слабо зависит от импорта, а объёмы ввода жилья в 1990-е и 2000-е гг. сильно упали по сравнению с поздним советским периодом. Ипотека оставалась неразвитой, поэтому небедные домохозяйства имели ограниченные возможности для улучшения жилищных условий, в то время как многие бедные семьи успели улучшить жилищные условия ещё в советское время благодаря рекордным вводам жилья в период перестройки. Из-за ограниченных возможностей улучшения жилищных условий в первые два десятилетия

перехода к рынку многие небедные домохозяйства были вынуждены переключать спрос с жилья на дорогостоящие предметы длительного пользования, например, дорогие автомобили и электронику, а также на зарубежный туризм.

Таким образом, в целом, несмотря на ограниченный вклад адресных социальных выплат в преодоление бедности, уже к концу 2010-х гг. проблема бедности утратила первоначальную остроту, характерную для 1990-х гг., в основном благодаря отмеченным выше особенностям модели экономического роста, реализованной в нулевые и в первой половине 2010-х гг. Численность бедных неуклонно снижалась, а сближение благосостояния бедных и небедных было настолько значительным, что в пределах досягаемости оказалось обеспечение гарантированного базового дохода для всех.

Повестка преодоления бедности, особенно крайней бедности, была успешно реализована, несмотря на очевидную пробуксовку реформ по переходу на адресные социальные выплаты. В связи с этим возникает закономерный вопрос, насколько актуальной остаётся задача перехода на адресную помощь по сравнению с другими приоритетами в этой сфере?

Чтобы ответить на него, вернёмся к Стратегии-2010. Одним из новаторских положений её социального раздела было провозглашение идеи субсидиарного государства. Смысл её состоял в том, что в социальной сфере государству необходимо участвовать прежде всего в решении тех проблем, которые сами граждане, гражданское общество и частный сектор не в состоянии решить самостоятельно по объективным причинам. В реальной повестке социальных реформ эта идея в период реализации Стратегии-2010 почти не получила практического развития и во многом так и осталась декларацией. Но в свете достигнутых успехов по преодолению бедности актуальность принципа субсидиарности значительно возросла.

По мере снижения остроты проблемы бедности на первый план в сфере социальной защиты стали выходить проблемы, для решения которых поддержку необходимо оказывать отнюдь не только людям с доходами ниже прожиточного минимума, а размеры такой поддержки, в отличие от классических адресных пособий, не могут сводиться к доплатам до уровня прожиточного минимума. К подобным случаям относится прежде всего социальная поддержка в трудных жизненных ситуациях, которые, как правило, связаны не с тем, что доходы домохозяйств падают до прожиточного минимума, а с тем, что по объективным, (отчасти) не зависящим от них самим причинам у граждан возникает социально признанная потребность в больших дополнительных расходах, которые не покрываются доходами в пределах прожиточного минимума. Таких жизненных ситуаций очень много: инвалидность, дорогостоящий уход, сиротство, безнадзорность, наркотическая зависимость, внезапная потеря кормильца, последствия природных и техногенных катастроф и т.д. Во всех этих случаях соответствие доходов прожиточному минимуму не может служить критерием для оказания помощи. Прожиточный минимум при этом не является ориентиром ни для выбора бенефициара, ни для определения размера трансфертов, которые этому бенефициару необходимы. Важным условием помощи во многих трудных жизненных ситуациях является проактивный подход со стороны государства, в отличие от адресных пособий, которые часто предполагают инициативу обращения со стороны потенциального получателя. Многие граждане, попавшие в такие ситуации, не имеют возможности самостоятельно обратиться за помощью (например, тяжелобольные или жертвы катастроф). Людям в трудной жизненной ситуации часто необходима помощь не в денежном, а в натуральном виде (специализированные услуги, лекарства, временное жильё, предметы первой необходимости и др.).

Несмотря на развитие программ помощи в трудных жизненных ситуациях, в этой сфере всё ещё сохраняется немало пробелов и узких мест. По мере того, как снижается востребованность пособий по нуждаемости для бедных, возрастает приоритетность развития

программ поддержки в трудных жизненных ситуациях, непосредственно не связанных с бедностью. Всё это ведёт к необходимости комплексного пересмотра приоритетов дальнейшего развития системы социальной защиты по сравнению с повесткой начала 2000-х гг.

Пенсионное обеспечение

По итогам 10 лет реализации Стратегии-2010 уровень реализации мер пенсионной реформы оказался самым высоким среди других направлений социальной политики. В целом успешной оказалась параметрическая реформа распределительной составляющей пенсионной системы, если не считать отложенного на более поздний период повышения пенсионного возраста. Благодаря корректировке пенсионной формулы и механизма индексации пенсий динамика обязательств ПФР в целом была приведена в соответствие с динамикой поступлений. Не удалось реализовать только заявленную реформу досрочных пенсий с их частичным переводом в накопительный формат, но было начато формирование всеобщего обязательного накопительного компонента пенсионной системы.

В то же время запуск обязательной накопительной составляющей привёл к отвлечению части потенциальных поступлений в ПФР на пополнение долгосрочных накоплений, в то время как массовые выплаты накопительной пенсии должны были начаться гораздо позднее. В условиях, когда рост заработных плат существенно опережал рост ВВП, доходы ПФР позволяли одновременно финансировать пенсионные накопления и поддерживать повышение пенсий в реальном выражении. Однако рост пенсий намного отставал от роста зарплат. Это привело к быстрому снижению коэффициента замещения. С 2000 по 2008 г. коэффициент замещения упал на 7 процентных пунктов (п.п.) и впервые с 1992 г. опустился ниже 29%. Чтобы исправить положение, в 2009 г. было проведено масштабное увеличение пенсий, в том числе путём перерасчёта прошлых заработков для ранее назначенных пенсий и повышения минимальной пенсии до прожиточного минимума пенсионера (ПМП). Средний коэффициент замещения восстановился почти до 40%, и повысилась дифференциация пенсий в зависимости от прошлых заработков. Но это потребовало масштабных бюджетных вливаний в пенсионную систему, благодаря которым пенсионные расходы в России выросли на 3,3 п.п. ВВП — до 9% ВВП и приблизились к уровню ряда стран ОЭСР, от которых ранее они значительно отставали [Соловьев, 2021].

В результате всех изменений, проведённых с начала 2000-х гг., включая повышение пенсионного возраста, существующая распределительная пенсионная система может успешно справляться со своими обязательствами в пределах ожидаемых объёмов доходов, как минимум, до середины текущего столетия. Рост реальных доходов пенсионной системы по мере роста ВВП обеспечит повышение средней пенсии в реальном выражении и увеличение её в процентах к ПМП (табл. 2). Но из-за негативных последствий старения населения в сочетании с отказом от обязательной накопительной составляющей этот результат будет достигнут ценой постепенного снижения среднего коэффициента замещения, а также, вероятно, и за счёт компрессии пенсионной шкалы. В некотором смысле, предстоящая долгосрочная эволюция пенсионной системы обещает повторить в замедленном темпе её развитие в первой половине 2000-х гг., но без создания обязательного накопительного компонента.

Таким образом, при существующих демографических тенденциях и в отсутствие обязательного накопительного компонента, который в перспективе помог бы поддержать более высокую дифференциацию пенсий в зависимости от прошлого заработка пенсионеров, пенсия к середине века начнёт всё более тяготеть к уравнительному гарантированному пособию. Это будет означать очень низкие индивидуальные коэффициенты замещения при выходе на пенсию для работников с зарплатами выше средних. Тем самым, страховая пенсия в перспективе обещает стать суррогатом гарантированного базового дохода для пожилых.

Таблица 2

Прогноз соотношения среднего размера пенсии, прожиточного минимума пенсионера (ПМП) и среднего размера заработной платы, 2020–2040 гг.

Показатель	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2030	2035	2040
Прогноз соотношения пенсии и ПМП									
Численность получателей страховой пенсии, млн чел.	40,7	40,24	40,15	39,68	38,95	38,52	38,68	39,41	39,8
Среднегодовой размер страховой пенсии, руб.	15400	16175	16944	17695	18569	19391	25006	32308	42810
Соотношение с ПМП, %	169,5	170,3	172,2	173,6	175,2	175,9	186,0	198,0	216,0
Размер пенсии по старости неработающих пенсионеров, руб.	16400	17432	18357	19283	20202	21124	27630	35986	48124
Соотношение с ПМП, %	181,6	183,5	186,6	189,2	190,6	191,6	206,0	221,0	242,0
Прогноз соотношения среднего размера пенсии и среднего размера заработной платы									
Численность наёмных работников, млн чел.	43,70	43,86	44,16	44,40	44,40	44,23	44,44	44,83	45,05
Соотношение среднего размера страховой пенсии со средним размером заработной платы, %	32,3	31,6	31,3	30,6	30,1	29,5	27,4	25,5	24,4
То же для пенсии по старости неработающих пенсионеров, %	33,4	34,1	33,9	33,4	32,8	32,1	30,3	28,4	27,4

Источник: Соловьев А.К. Задачи повышения эффективности пенсионной системы в РФ для преодоления бедности пенсионеров // Проблемы прогнозирования. 2021. № 2. С. 98–112.

В связи с этим возникает закономерный вопрос: следует ли предпринимать дальнейшие реформы, чтобы вывести пенсионную систему из долгосрочной колеи, в которую она уже попала? В частности, сохраняет ли актуальность задача преодоления уравнилельных тенденций в пенсионной системе и повышение дифференциации пенсий в зависимости от прошлого заработка, устойчивое решение которой не смогла обеспечить ни одна из предыдущих попыток реформ?

Моё мнение состоит в том, что по мере старения населения, которое уже сейчас ведёт к быстрому росту среди получателей пенсий доли пенсионеров более старших возрастов, приоритеты в пенсионной политике и в более широкой повестке будут всё более смещаться к удовлетворению растущих запросов пожилых людей, обусловленных экзистенциальными рисками. Эти изменения ассоциируются с началом так называемого второго эпидемиологического перехода, в ходе которого среди причин смертности, особенно в старших возрастах, возрастает роль злокачественных новообразований, болезней органов дыхания, диабета, нейродегенеративных и других тяжёлых заболеваний. Подобные заболевания часто ведут к инвалидизации и требуют дорогостоящего лечения и ухода. Для пенсионеров старших возрастов, которые с высокой вероятностью сталкиваются с подобными экзистенциальными рисками, потребности в дорогостоящем лечении и уходе выходят на первый план по сравнению с другими аспектами личного потребления, которые финансируются посредством пенсий.

Как будет показано далее при обсуждении реформы здравоохранения, ни бюджеты здравоохранения, ни система социальной защиты в широком понимании в настоящее

время не покрывают и малой доли подобных затрат. Что касается пенсионного страхования, то оно в принципе не рассчитано на покрытие рисков тяжёлых заболеваний. Удовлетворение растущих потребностей пожилых в дорогостоящем лечении и уходе в принципе не может финансироваться путём повышения пенсий. Потребности в расходах на дорогостоящее лечение и уход распределяются среди пенсионеров крайне неравномерно в зависимости от характера заболеваний, распространение которых носит вероятностный характер. Необходимые затраты на лечение и уход во многих, но далеко не во всех, случаях многократно превышают размеры пенсий. Для финансирования этих расходов наилучшим образом подходит система страхования дорогостоящего лечения и ухода при катастрофических заболеваниях. Но, как уже отмечалось, действующая система ОМС и социальной защиты не покрывает многие из данных расходов.

Таким образом, дальнейшие перспективы пенсионной политики необходимо рассматривать в контексте более широкого круга вопросов социальной сферы, где для пожилых людей на первый план выдвигаются нерешённые вопросы дорогостоящего лечения и ухода. Решение этих проблем потребует привлечения колоссальных дополнительных ресурсов в систему здравоохранения и социальной защиты, что неизбежно вступит в конкуренцию за ресурсы с задачей повышения пенсий и их дифференциации в зависимости от прошлых заработков. В связи с продолжающимся старением населения время будет работать на повышение приоритетности финансирования дорогостоящего лечения и ухода для пожилых, а запросы на дополнительное увеличение пенсий, чем дальше, тем больше будут уступать им по значимости. Поскольку эти дилеммы и их возможные решения выходят далеко за рамки пенсионной сферы, мы вернёмся к их обсуждению в следующем разделе, посвящённом реформам здравоохранения.

Здравоохранение

В системе здравоохранения было реализовано множество изменений. Формат данной статьи не позволяет рассмотреть их во всей полноте. Остановимся лишь на некоторых из них, непосредственно связанных с экономическими аспектами развития здравоохранения.

Реформа ОМС была реализована непоследовательно и не принесла желаемых результатов. СМО, вопреки ожиданиям, так и не превратились в агентов эффективности и ориентированности на пациента. Отчасти это связано с тем, что в целях экономии средств СМО были лишены возможности формировать собственные резервы на покрытие страховых рисков. Это свело роль СМО преимущественно к администрированию платежей из фондов ОМС, которые перенаправлялись организациям здравоохранения для оплаты медицинской помощи застрахованным в данной страховой организации гражданам. Покрытие издержек СМО происходит в рамках расходов на ведение дел застрахованных и не зависит от эффективности и результативности медицинской помощи. СМО не несут финансовой ответственности за покрытие сверхнормативных расходов на оказание медицинской помощи прикрепленному населению. Возмещение сверхнормативных расходов СМО на оплату медицинской помощи в конечном итоге идёт за счёт резервов системы фондов ОМС.

В этих условиях у СМО отсутствуют экономические стимулы более эффективного и результативного использования ресурсов ОМС, хотя на них и возложены функции независимого контроля качества медицинской помощи. В результате их роль в системе ОМС оказалась дискредитирована. Многие эксперты склонны считать СМО своего рода «пятым колесом», от которого следует отказаться.

Однако некоторые элементы реформы ОМС действительно усилили стимулы для эффективного использования ресурсов. В начале 2010-х гг. оплата стационарной помощи за случаи лечения стала проводиться по тарифам, устанавливаемым для клинико-статистических групп заболеваний. Это заинтересовало стационары в сокращении продолжитель-

ности госпитализаций, которая с советских времён была избыточной, оказании пациентам более комплексных услуг и повышении обоснованности госпитализаций.

Другим направлением реформ было преобразование части медицинских бюджетных учреждений в автономные. Эти изменения тоже были направлены на усиление стимулов для повышения эффективности и качества медицинской помощи и хорошо сочетались с новыми методами финансирования в рамках ОМС. Автономные медицинские учреждения приобрели больше возможностей для получения доходов и больше самостоятельности в их использовании. Правда, этой возможностью смогла воспользоваться лишь меньшая часть медицинских учреждений. К 2015 г. доля таких организаций по федеральным округам не превышала 20% [Дорофеев, Стародубов, 2015]. Поэтому решающего влияния на развитие здравоохранения в целом они не оказывали.

Гораздо более значимыми оказались административные усилия по реорганизации бюджетной сети. С 1998 г. федеральное правительство ежегодно утверждало программу госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи. С самого начала в неё закладывались целевые показатели сокращения объёмов стационарной помощи при увеличении услуг первичного звена. Это способствовало уменьшению объёмов помощи в стационарах, но не за счёт снижения числа госпитализаций, а благодаря интенсификации лечения и сокращению его сроков (подробнее об этом см.: [Структурные изменения..., 2022]).

В частности, доля пациентов, пролеченных в дневных стационарах, выросла за 2000–2016 гг. почти в 3 раза, приблизившись к уровню некоторых развитых стран. За 2000–2014 гг. число стационаров сократилось более чем вдвое, как вследствие присоединения небольших организаций к более крупным, так и благодаря закрытию плохо оборудованных стационаров. В результате средний коечный фонд больницы вырос почти в полтора раза. Часть поликлиник вошла в состав больниц. Только пятая часть поликлиник осталась самостоятельной.

Ускорению структурных изменений в здравоохранении способствовала передача в 2006 г. основных полномочий по финансированию и управлению территориальными системами здравоохранения с муниципального на региональный уровень. Региональные власти провели сокращение коечного фонда, количества стационаров и амбулаторных учреждений, но без сокращения числа госпитализаций. Таким образом, эффективность использования коечного фонда возросла [Структурные изменения..., 2022].

Но все эти меры не могли бы дать желаемых результатов, если бы экономический рост не привёл к кардинальному улучшению возможностей финансирования здравоохранения. За 15 лет с 1999 г. государственные расходы на здравоохранение в постоянных ценах выросли в 2,2 раза и на треть превысили уровень 1991 г. Благодаря этому проводилась реконструкция и переоснащение учреждений здравоохранения современным оборудованием, внедрение современных технологий, а также создавались новые федеральные центры высокотехнологичной медицинской помощи. Появилась возможность профинансировать масштабные федеральные программы, такие как приоритетный национальный проект «Здоровье» (2004–2012 гг.), программа диспансеризации (2008 г. — настоящее время), программа «Развитие здравоохранения» (2018–2024 гг.), национальный проект «Здравоохранение» (2018–2024 гг.), а также региональные программы модернизации здравоохранения (2011–2013 гг.).

Улучшение финансирования здравоохранения позволило в 2012 г. поставить задачу ускоренного повышения оплаты труда медицинских работников. Это послужило для региональных администраций дополнительным стимулом для сокращения коечного фонда, стационаров и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов). Не всегда эти решения были достаточно обоснованы. В частности, в дальнейшем изменилось отношение к роли ФАПов. Новая модель ФАПов отводила им роль форпостов системы здравоохранения в удалённых и малонаселённых территориях.

Результаты всех этих преобразований не замедлили сказаться на показателях здоровья населения. Крайне важный для здравоохранения показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни вырос за два десятилетия почти на 7 лет (рис. 2). Младенческая смертность снизилась более чем в 3 раза, а смертность детей в возрасте до года — в 2,5 раза. Также с середины 2000-х гг. обозначилась устойчивая тенденция к снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, которые были одной из основных причин смертности, а также от болезней органов дыхания, травм и отравлений.

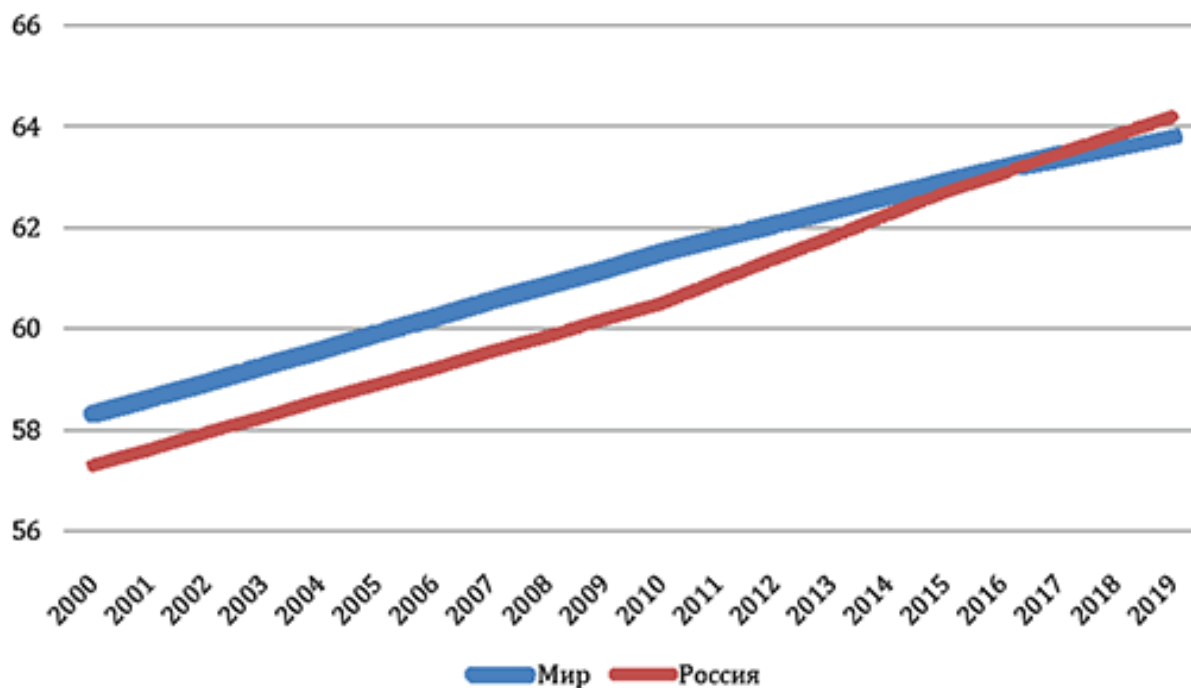


Рис. 2. Динамика ожидаемой продолжительности здоровой жизни в России и в мире, 2000–2019 гг.
 Источник: WHO (Всемирная организация здравоохранения). URL: <https://data.who.int/indicators/i/48D9B0C/C64284D>.

При этом нельзя сказать, что дополнительные средства на финансирование здравоохранения расходовались неэффективно. Существенного улучшения доступности и качества медицинской помощи удалось добиться при относительно скромных подушевых расходах на здравоохранение по сравнению со странами БРИКС и странами Центральной и Восточной Европы, имеющими сопоставимый с Россией уровень среднедушевого ВВП (рис. 3).

Наибольший вклад в улучшение ситуации в здравоохранении внесло общее увеличение финансирования в сочетании с административными мерами по оптимизации структуры оказания медицинской помощи и улучшению мотивации. Вместе с тем не оправдались первоначальные надежды на то, что страховая медицина с участием СМО сыграет решающую роль в повышении доступности и качества медицинской помощи. Отчасти это связано с непоследовательностью реформы ОМС (сведением функций СМО к роли биллинговых компаний), а отчасти с тем, что административные методы развития здравоохранения в сочетании с улучшением ресурсной обеспеченности оказались более результативными, чем ожидалось.

В силу непоследовательности и незавершённости реформы ОМС, эта система во многом остаётся дисфункциональной. Вот как оценивают проблемы ОМС С.В. Шишкин и его коллеги из НИУ ВШЭ [Шишкин, Шейман, Потапчик, Понкратова, 2019]:

- ▶ недостаточность у участников системы ОМС мотивации для действий, обеспечивающих повышение её эффективности;

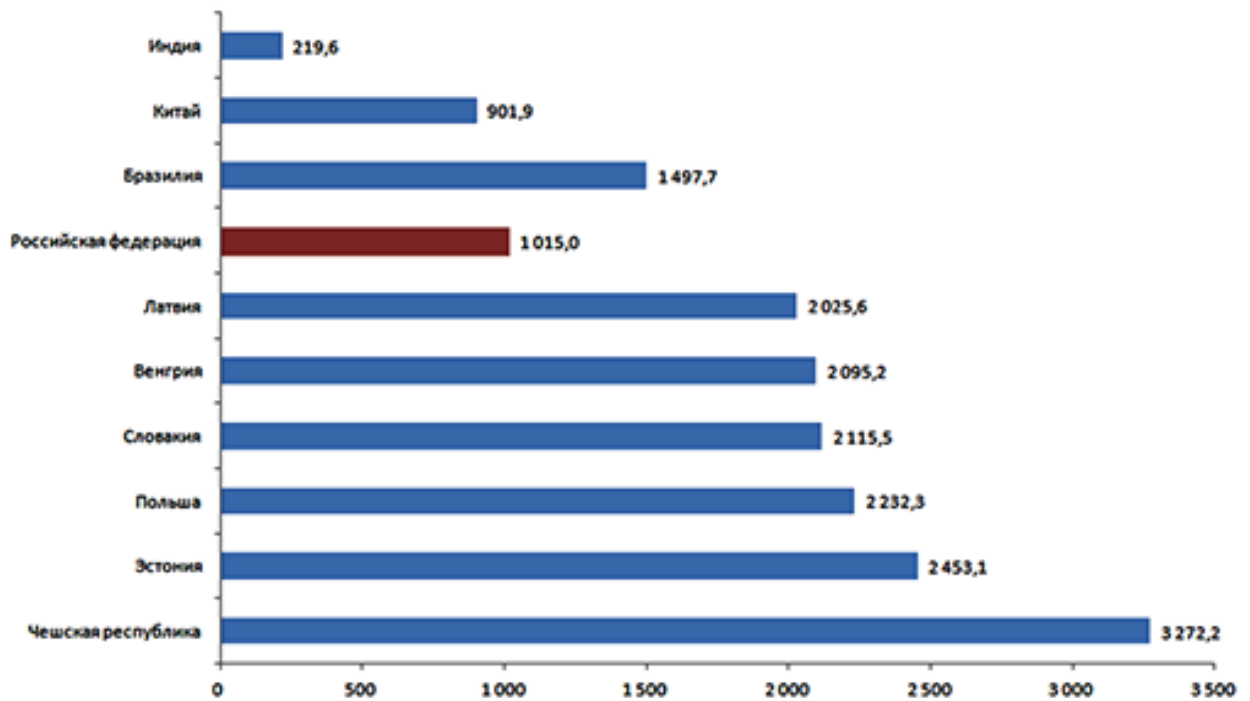


Рис. 3. Подушевые государственные расходы на здравоохранение в разных странах в 2019 г., долл. США по паритету покупательной способности

Источник: построено автором по данным OECD.Stat. URL: [https://data-explorer.oecd.org/vis?df\[ds\]=DisseminateF inalDMZ&df\[id\]=DSD_SHA%40DF_SHA&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ._T._T._T...&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?df[ds]=DisseminateF inalDMZ&df[id]=DSD_SHA%40DF_SHA&df[ag]=OECD.ELS.HD&dq=.A.EXP_HEALTH.PT_B1GQ._T._T._T...&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false)

- ▶ нестабильность финансовых параметров деятельности СМО и медицинских организаций;
- ▶ слабая нацеленность планирования и распределения объёмов медицинской помощи на решение задач повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов;
- ▶ незавершённость перехода на новые способы оплаты медицинской помощи;
- ▶ слабое обоснование тарифов на медицинскую помощь, их чрезмерная индивидуализация;
- ▶ сохранение препятствий для участия частных медицинских организаций в системе ОМС;
- ▶ недостаточные основания для конкуренции страховых медицинских организаций;
- ▶ незавершённость перехода на одноканальную систему финансирования.

Но следует ли в дальнейшем развитии здравоохранения делать ставку на продолжение реформы ОМС с целью устранения перечисленных недостатков? Лично я склоняюсь к асимметричному ответу на этот вопрос.

Первоначальные проблемы, для решения которых была предпринята реформа ОМС в начале 2000-х гг., как было показано выше, во многом оказались решены иными путями. В новых условиях продолжение реформы ОМС в направлении расширения функций СМО и наделения их необходимыми резервами потенциально может способствовать пациентоориентированности, но не обещает каких-либо кардинальных улучшений. В то же время эта реформа может отвлечь значительные административные и финансовые ресурсы от решения множества других, возможно, не менее значимых задач в системе здравоохранения, которые не имеют прямого отношения к работе СМО.

Между тем, повестка развития здравоохранения быстро расширяется, усложняется и охватывает такие разнообразные вопросы, как: обеспечение эпидемиологической безопасности, управление инновациями, цифровизация, развитие компетен-

ций, инвестиции в основные фонды, включая высокотехнологическое медицинское оборудование, улучшение менеджмента медицинских учреждений, формирование стандартов качества, юридическая и страховая защита в случае врачебных ошибок и злоупотреблений, обеспечение доступности лекарственных препаратов, повышение доступности медицинской помощи на удалённых и труднодоступных территориях и многое другое. На фоне этого чрезвычайно широкого спектра важных задач продолжение реформы страховой медицины в рамках ОМС едва ли может претендовать на роль первоочередного приоритета.

Но на следующем этапе развития для страховой медицины открывается перспектива новой масштабной области применения за рамками ОМС, которая может быть более востребована обществом, чем продолжение реформы ОМС в первоначальном формате. Это новое направление обусловлено продолжающимся старением населения на фоне роста продолжительности жизни в сочетании с растущим запросом на повышение доступности дорогостоящих лечения и ухода. Как уже отмечалось при обсуждении пенсионной реформы, по мере старения населения, усиливаются запросы, связанные с экзистенциальными рисками тяжёлых заболеваний и дорогостоящего ухода. Для системы здравоохранения эти тенденции сопряжены со значительным ростом расходов, в том числе по направлениям, которые сейчас в недостаточной степени включены в программу госгарантий.

В странах ОЭСР увеличение ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) на 10 лет сопровождалось ростом общих расходов на здравоохранение в процентах ВВП в 1,7 раза — в среднем с 5% ВВП при ОПЖ 70 лет до 8,6% ВВП при ОПЖ 80 лет (рис. 4, линия). Российское здравоохранение, судя по всему, уже следует этой тенденции. В России при ОПЖ 70 лет расходы на здравоохранение в процентах ВВП находились на среднем уровне ОЭСР при той же ОПЖ, а при увеличении ОПЖ на 3 года до 73 лет выросли на 0,6 п.п. ВВП (рис. 4, столбцы), лишь с незначительным отставанием от линии тренда ОЭСР. При сохранении этой динамики общие прогнозные расходы на здравоохранение при достижении в России ОПЖ 80 лет составят примерно 7,6% ВВП, т. е. будут лишь на 1 п.п. ВВП ниже, чем в ОЭСР.

Однако государственное финансирование здравоохранения в России (рис. 5) ещё при ОПЖ 73 года примерно на 1 п.п. отстало от линии тренда для ОЭСР, и если эта тенденция продолжится теми же темпами, то при достижении ОПЖ 80 лет отставание России от ОЭСР по государственным расходам достигнет почти 2,3% ВВП. В таком случае для достижения паритета с ОЭСР по общим расходам на здравоохранение при ОПЖ 80 лет частные расходы на здравоохранение в России должны будут удвоиться в % ВВП (с 2,2 до 4,4%).

По некоторым направлениям, связанным со старением населения, таким как долговременный уход, отставание России от стран ОЭСР ещё более серьёзно. По доле коек долговременного ухода Россия уже почти в 10 раз отстаёт от тренда по ОЭСР и отставание нарастает по мере роста ОПЖ (рис. 6).

Для доказательной проработки возможных решений, связанных с долгосрочными вызовами старения и роста ОПЖ по инициативе автора статьи в 2019–2020 гг. в Российской академии народного хозяйства и государственной службы был реализован исследовательский проект [Дмитриев, Нейштадт, 2020], результаты которого коротко изложены далее.

Для оценки долгосрочного потенциала роста негосударственных расходов на дорогостоящее лечение и уход, не входящих в настоящее время в программу госгарантий, мы использовали методологию дискретного выбора, которая ранее была успешно применена в ряде развитых стран, включая Швейцарию, Нидерланды и США, для настройки моделей медицинского страхования (например, [Becker, Zweifel, 2008]).

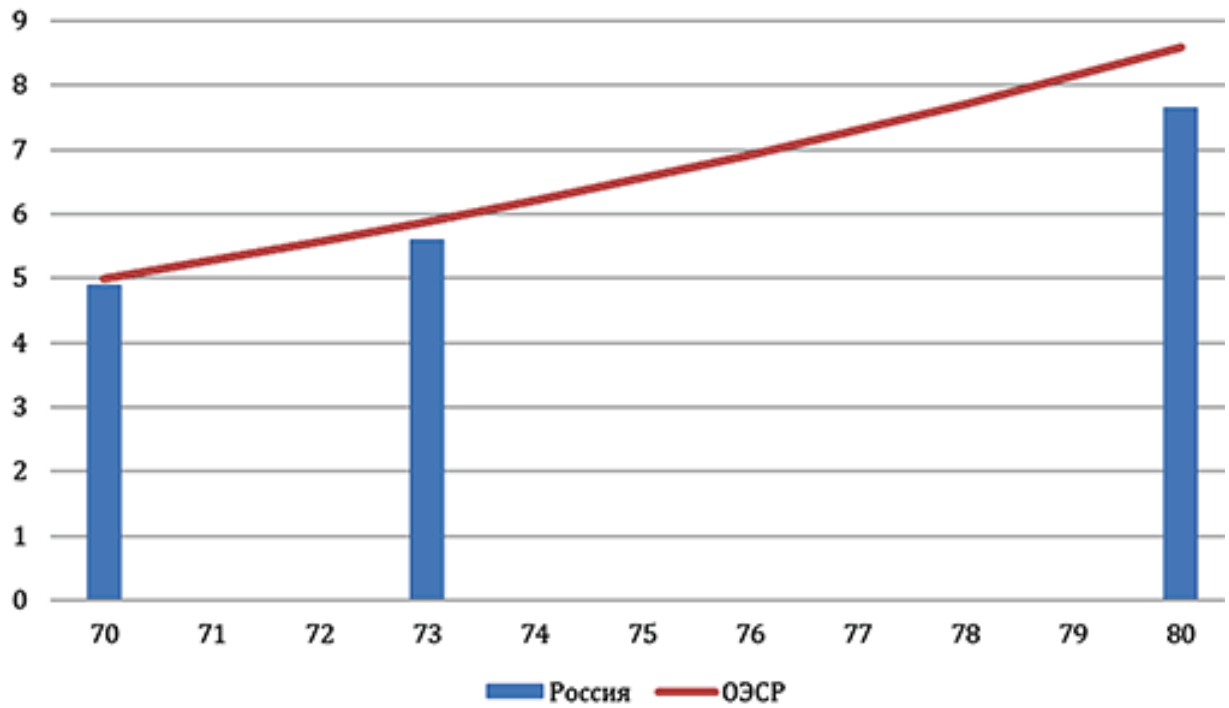


Рис. 4. Общие расходы на здравоохранение в среднем по странам ОЭСР и в России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни, % к ВВП

Источник: рассчитано и построено автором на основе: Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы: Доклад / С.В. Шишкин (ред.). — М.: НИУ ВШЭ, 2022.

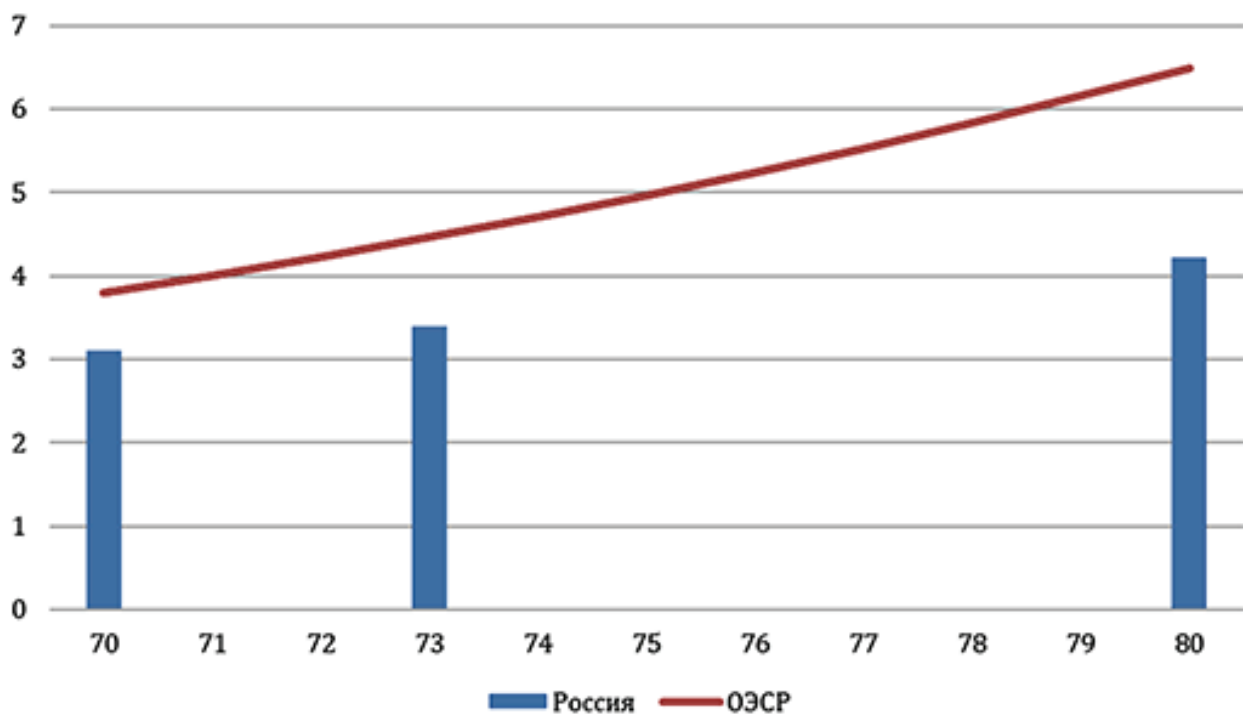


Рис. 5. Государственные расходы на здравоохранение в среднем по странам ОЭСР и в России в годы достижения ОПЖ, % к ВВП

Источник: Рассчитано и построено автором на основе: Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ / С.В. Шишкин (ред.). — М.: НИУ ВШЭ, 2022.

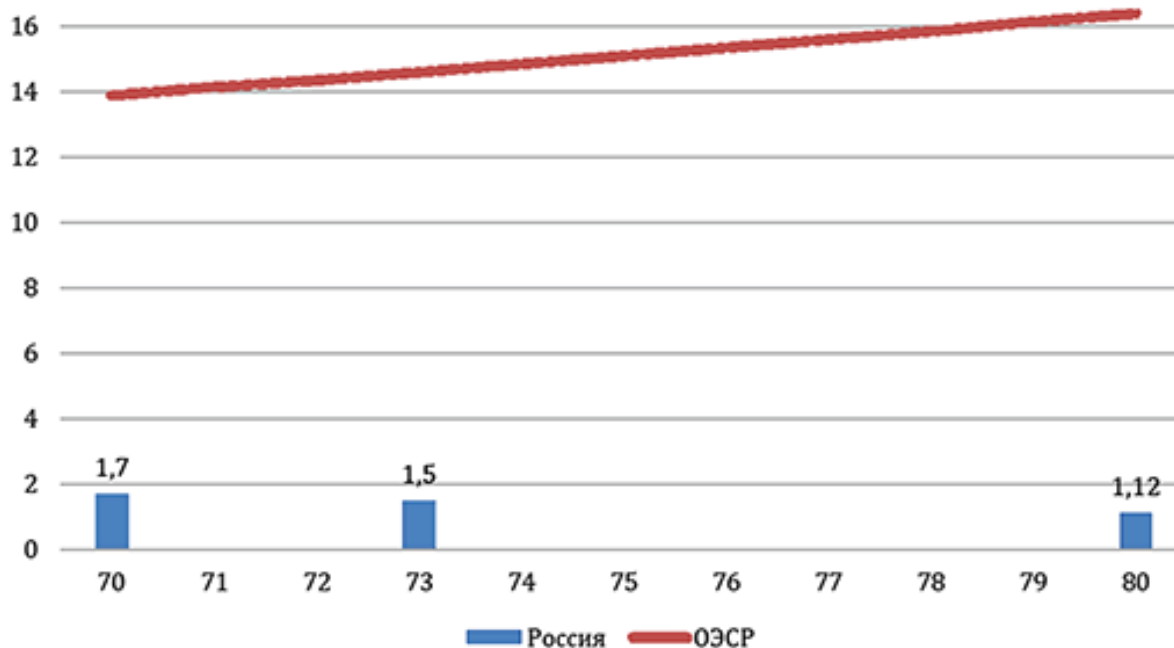


Рис. 6. Средняя доля в коечном фонде койек долговременного лечения по странам ОЭСР и койек сестринского ухода по России в годы достижения ожидаемой продолжительности жизни, %

Источник: расчёты автора на основе: Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ / С.В. Шишкин (ред.).– М.: НИУ ВШЭ, 2022.

Оценка результатов репрезентативного опроса жителей российских городов с населением свыше 500 тыс. человек по методу дискретного выбора показала высокую заинтересованность респондентов в софинансировании из личных доходов средств через дополнительное медицинское страхование (ДМС) высокотехнологической медицинской помощи, лекарств при амбулаторном лечении и дорогостоящего ухода для себя, членов семьи и родителей. Средние размеры приемлемых платежей по направлениям этих расходов варьировались от 0,3 до 4% дохода респондента. Также $\frac{2}{3}$ респондентов были готовы при определённых условиях использовать механизм обратной ипотеки для финансирования расходов при катастрофических заболеваниях сверх программы госгарантий (подробнее о возможностях использования механизма обратной ипотеки в этих целях см.: [Дмитриев, Окопишников, 2019]).

С учётом полученных результатов мы оценили возможный сценарий поэтапного введения системы ДМС с добровольными взносами, поведенческими стимулами и государственным софинансированием в размере подоходного налога и страховых взносов, начисляемых на эти платежи. По полученным оценкам, при гипотетическом запуске этой модели с 2020 г. общий потенциал ежегодного привлечения дополнительных ресурсов в систему здравоохранения и дорогостоящего ухода из этих источников составил бы к 2038 г. 5,2% ВВП, из которых 2,8% пришлось бы на страховые взносы, а 2,4% — на обратную ипотеку. Даже если некоторая доля этих средств не приведёт к общему росту расходов на здравоохранение, а лишь заместит часть уже имеющихся негосударственных расходов лечение и уход, общий прирост финансирования здравоохранения к концу 2030-х гг. будет достаточен, чтобы достичь паритета с общими расходами на здравоохранение стран ОЭСР в процентах ВВП при ОПЖ 80 лет.

Мы также оценили стоимость возможных пакетов наиболее востребованных дорогостоящих медицинских услуг, не входящих в программу госгарантий. Согласно нашим оценкам, при гипотетическом запуске новой системы ДМС в 2020 г. уже примерно с 2025 г. потенциальная потребность в финансировании такого пакета услуг для всех участников ДМС окажется в пределах доступного в этой системе финансирования (рис. 7).

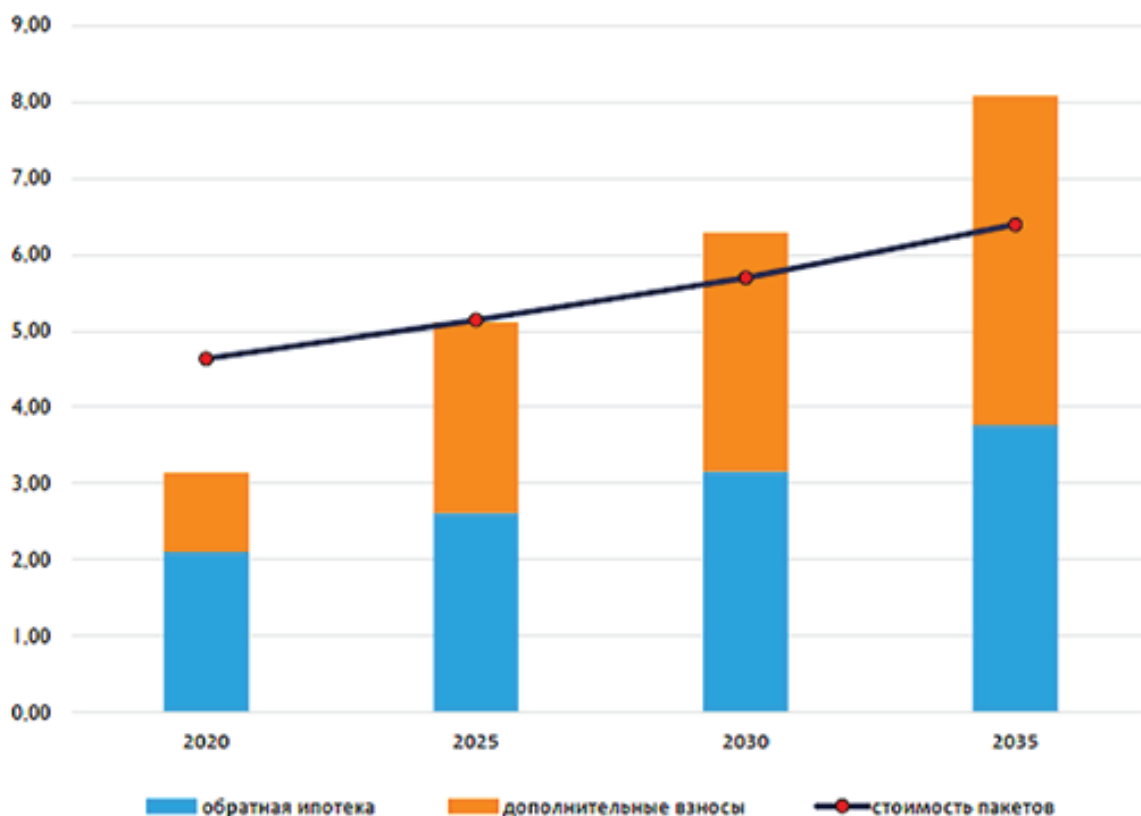


Рис. 7. Оценка ресурсной обеспеченности перспективных пакетов высокотехнологических услуг в гипотетической системе ДМС, трлн руб. в ценах 2018 г.

Источники: рассчитано и построено автором на основе: Дмитриев М.Э., Нейштадт И.В. Потенциал увеличения финансирования здравоохранения и дорогостоящего ухода с использованием ресурсов населения и государства // Финансы и бизнес. 2020. №1. С. 73–87.

Значительная часть этих средств — как минимум, те, которые поступят в виде добровольных страховых взносов в ДМС, — будут аккумулироваться в СМО, но уже без посредничества фондов ОМС. Это значит, что СМО будут выполнять весь спектр функций страховщиков, включая формирование резервов, контроль за качеством и эффективностью медицинской помощи и представительство интересов пациентов перед медицинскими организациями. Таким образом, данное исследование указывает на то, что в условиях продолжающегося старения населения и роста продолжительности жизни наиболее перспективным и востребованным может оказаться усиление роли СМО не внутри сложившейся системы ОМС, а за её пределами, в рамках новой системы ДМС и вне существующей программы госгарантий.

В свете полученных результатов имеет смысл вернуться к вопросу о возможных направлениях продолжения пенсионной реформы. Прежде всего это касается вопроса о возможности перезапуска всеобщей системы накопительного пенсионного страхования. Как уже было отмечено, в рамках пенсионной системы невозможно предложить приемлемые решения для финансирования растущих потребностей пенсионеров старших возрастов в дорогостоящем лечении и уходе. Эти решения потенциально существуют в рамках ДМС, но они могут потребовать привлечения значительных дополнительных объёмов финансирования за счёт средств населения. Эти расходы настолько значительны, что их едва ли будет возможно совместить с расходами на перезапуск обязательного накопительного пенсионного страхования. Скорее всего, придётся сделать выбор в пользу одного из этих направлений. Если судить по результатам социологических исследований, включая проведённое нами исследование по методологии дискретного выбора, готовность населе-

ния платить за дополнительную медицинскую помощь и уход намного превышает заинтересованность в отвлечении средств на формирование пенсионных накоплений. В дальнейшем, по мере старения населения и роста ОПЖ, значимость запроса на медицинскую помощь по сравнению с накопительными пенсиями будет только возрастать.

Заключение

Обзор первоначальных планов и целей реформ конца 1990-х — начала 2000-х гг. по четырём рассмотренным направлениям социальной политики, а также анализ хода реформ и их результатов позволяет сделать следующие выводы (табл. 3).

Во всех рассмотренных реформах степень реализации ключевых мер, призванных обеспечить достижение основных целей социальной политики, оказалась сравнительно невысокой. По этому критерию ни одну из рассмотренных реформ нельзя назвать вполне успешной.

Но несмотря на это, поставленные цели социальной политики, как минимум, по трём из четырёх направлений оказались парадоксальным образом достигнуты в гораздо большей мере, чем на это можно было бы рассчитывать, исходя из хода реализации реформ. Наибольший вклад в достижение поставленных целей внёс более высокий, чем ожидалось, экономический рост 2000-х гг., который способствовал быстрому снижению безработицы (в сочетании с замедлением роста населения трудоспособных возрастов) и бедности, а также повышению пенсий и существенному улучшению финансирования здравоохранения.

Некоторое исключение — пенсионная реформа, где степень реализации намеченных мер по итогам первых 10 лет реформы оказалась значительно выше, чем по другим рассмотренным направлениям. При этом удалось существенно приблизиться к достижению целей реформы: увеличить средний коэффициент замещения и дифференциацию пенсий в зависимости от предыдущего заработка, а также повысить финансовую устойчивость пенсионной системы. Но, в отличие от трёх других направлений, достижения первых 10 лет пенсионной реформы оказались недолговечными. Обязательный накопительный элемент системы был фактически упразднён, коэффициент замещения возобновил снижение без перспективы стабилизации на достигнутом уровне, а дифференциация пенсий вновь уменьшилась.

Но с точки зрения дальнейших перспектив социальной политики все четыре направления объединяет необходимость кардинальной смены приоритетов. Нереализованные приоритетные меры из первоначального пакета реформ либо утратили актуальность, как это произошло на рынке труда, либо вытесняются другими, более востребованными, долгосрочными задачами, как это произошло в сферах борьбы с бедностью, пенсионного страхования и здравоохранения.

На рынке труда цель снижения безработицы вытесняется необходимостью решения прямо противоположной проблемы — преодоления растущей нехватки рабочей силы. В сфере социальной защиты на фоне уменьшения бедности усиливается приоритетность помощи в трудных жизненных ситуациях, при которых потребность в помощи и её размеры не связаны напрямую с прожиточным минимумом и размером доходов домохозяйства. Аналогичным образом, в пенсионной сфере по мере старения населения и роста числа пенсионеров старших возрастов усиливается значение экзистенциальных рисков, которые невозможно компенсировать путём улучшения пенсионного обеспечения. Традиционные направления пенсионной реформы, включая развитие накопительных пенсий, не подходят для решения этих проблем. С этим связано и то, что в сфере здравоохранения по мере старения населения и роста ОПЖ нарастает потребность в финансировании дорогостоя-

Таблица 3
Результаты реформ и изменение долгосрочных приоритетов по четырём направлениям социальной политики

№	Направления	Цели	Ключевые меры	Уровень реализации мер	Достижение целей	Что внесло наибольший вклад в достижение целей	Новые приоритеты политики
	1	2	3	4	6	7	8
1.	Регулирование трудовых отношений	Сокращение безработицы путём стимулирования спроса на труд	Повышение гибкости найма и увольнения, снижение налоговой нагрузки на оплату труда	Низкий	Полное	Быстрый экономический рост, прекращение роста численности трудоспособного населения	Стимулирование предложения труда при ограничении спроса на труд, в том числе за счёт роста производительности труда
2.	Социальная защита	Снижение бедности	Перераспределение средств от категориальных видов помощи к адресным пособиям с проверкой нуждаемости	Ниже среднего	Высокое	Быстрый экономический рост, обеспечивший рост потребления низкодходных слоев	По мере снижения бедности возрастает приоритетность помощи в трудных жизненных ситуациях; в ней нуждаются не только бедные и она не привязана к прожиточному минимуму
3.	Пенсионное обеспечение	Повышение долговременной устойчивости, повышение коэффициента замещения, декомпрессия пенсионной шкалы	Параметрическая реформа страховых пенсий, введение обязательной накопительной составляющей, повышение пенсионного возраста	Высокий по итогам первых 10 лет, но постепенно с последующим уменьшением обязательных накопительных пенсий	Высокое по итогам первых 10 лет, но позднее регресс в части накопительных пенсий	Параметрическая реформа в сочетании с увеличением финансирования на фоне быстрого экономического роста	По мере старения населения усиливается приоритетность дорогостоящего лечения и ухода, финансирование которых выходит за рамки пенсионной системы
4.	Здравоохранение	Повышение доступности и качества медицинской помощи за счёт улучшения мотивации, эффективного расходования средств и улучшения финансирования	Усиление роли СМО в ОМС для эффективного использования ресурсов, изменение статуса медицинских учреждений, перераспределение объёмов помощи из стационаров в первичное звено, сбалансированность финансирования и обязательность	Ниже среднего	Выше среднего	Рост финансирования благодаря экономическому росту, административным мерам по оптимизации структуры медицинской помощи	По мере старения населения и роста ОПЖ нарастает потребность в финансировании дорогостоящего лечения и ухода за рамами ОМС и программы госгарантий. Эти проблемы могут решаться в том числе путём развития частного государственного финансирования ДМС.

ящего лечения и ухода, выходящего за рамки программы госгарантий. Эти потребности невозможно удовлетворить путём продолжения незавершённых реформ в системе ОМС. Необходим поиск новых значительных источников финансирования здравоохранения, который возможен в рамках развития частно-государственного финансирования ДМС и иных механизмов, таких как обратная ипотека.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Богомолова Т.Ю., Тапилина Т.С., Ростовцев П.С. (2002). Влияние мобильности населения по доходам на изменение неравенства. [Bogomolova T.Yu., Tapilina T.S., Rostovtsev P.S. (2002). The influence of income mobility of the population on inequality change] // *Экономическая социология*. Т. 3. № 1. С. 72–86.
- Гурвич Е., Сони́на Ю. (2012). Микроанализ российской пенсионной системы [Gurvich E., Sonina Yu. (2012). Microanalysis of the Russian pension system] // *Вопросы экономики*. №2. С. 27–51.
- Дмитриев М.Э. (1997). *Бюджетная политика в современной России*. [Dmitriev M.E. (1997). Budgetary policy in modern Russia]. — М.: Московский центр Карнеги².
- Дмитриев М.Э., Мисихина С.Г. (2012). *Прощай, нищета* [Dmitriev M.E., Misikhina S.G. (2012). A farewell to alms]. Гайдаровские чтения. URL: http://www.iep.ru/files/Gaidarovskie_chtenia/2012/Proschai_nischeta.pdf. (дата обращения: 12.10.2021).
- Дмитриев М.Э., Нейштадт И.В. (2020). Потенциал увеличения финансирования здравоохранения и дорогостоящего ухода с использованием ресурсов населения и государства [Dmitriev M.E., Neystadt I.V. (2020). Assessment of potential for better financing of healthcare and expensive nursing care from public and private sources] // *Финансы и бизнес*. №1. С. 73–87.
- Дмитриев М.Э., Окопишников А.А. (2019). Анализ возможностей использования обратной ипотеки для финансирования услуг здравоохранения и долгосрочного ухода [Dmitriev M.E., Okonishnikov A.A. (2019). Analysis of potential for reverse mortgage financing of healthcare and expensive nursing care] // *Карельский научный журнал*. Т. 8. № 4. С. 122–126.
- Дмитриев М.Э., Юртаев А.С. (2010). *Стратегия-2010: итоги реализации 10 лет спустя*. [Dmitriev M.E., Yurtaev A.S. (2010). Strategy-2010: implementation outcomes]. — М.: ЦСР.
- Доклад о человеческом развитии в Российской Федерации за 2015 год (2015). / Л.М. Григорьев, С.Н. Бобылев (ред.) [Human Development Report for the Russian Federation (2015). / L.M. Grigoriev, S.N. Bobulyov (eds.)]. — М.: Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации.
- Дорофеев С.Д., Стародубов В.И. (2015). Автономные медицинские организации в здравоохранении РФ [Dorofeev S.D., Starodubov V.I. (2015). Autonomous medical organizations in Russia's healthcare] // *Электронный журнал «Здравоохранение»*. Сентябрь. <http://www.zdrav.ru>
- Капелюшников Р. И. (2023). *Российский рынок труда: статистический портрет на фоне кризисов* [Kapel'yushnikov R.I. (2023). Russian labor market: statistical portrait at the backdrop of the crises]: Препринт WP3/2023/02. — М.: Изд. дом Высшей школы экономики.
- Синявская О.В. (2010). История пенсионной реформы в России [Sinyavskaya O.V. (2010). History of the pension reform in Russia] // *История новой России. Интернет-ресурс*. <http://ru-90.ru/node/978> (дата обращения: 12.10.2021).
- Соловьев А.К. (2021). Задачи повышения эффективности пенсионной системы в РФ для преодоления бедности пенсионеров [Solov'yov A.K. (2021). The tasks of efficiency improvement of the pension system of the Russian Federation for poverty alleviation among pensioners] // *Проблемы прогнозирования*. № 2. С. 98–112.
- Структурные изменения в здравоохранении: тенденции и перспективы* (2022). Доклад / С.В. Шишкин (ред.). [Structural changes in healthcare: trends and perspectives (2022) / S.V. Shishkin (ed.)]. — М.: НИУ ВШЭ.
- Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. (2019). *Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития*. [Shishkin S.V., Sheiman I.M., Potapchik E.G., Pankratova O.F. (2019). Analysis of the state of healthcare insurance in Russia and its perspectives]. — М.: Высшая школа экономики.
- Becker K., Zweifel P. (2008). Age and Choice in Health Insurance: Evidence from a Discrete Choice Experiment // *The Patient*. No. 1. Pp. 27–40.

² Московский центр Карнеги закрыт, американский фонд Карнеги по решению Министерства юстиции Российской Федерации признан иностранным агентом и находится в реестре нежелательных организаций

Дмитриев Михаил Эгонович

mikhaildm@mail.ru

Mikhail Dmitriev

Doctor of Economic Sciences, President, Business Partnership “New Economic Growth” (Moscow)

mikhaildm@mail.ru

IMPLEMENTATION AND OUTCOMES OF SOCIAL POLICY REFORMS OF EARLY 2000S IN RUSSIA: REASSESSMENT IN RETROSPECT

Abstract. The article considers the original plans, implementation and outcomes of social policy reforms initiated in late 1990s — early 2000s in the areas of labor market, social security, pensions, and health. For each of these areas the author regards the initial goals, implementation level and attainment of the goals, as well as a follow up transformation of policy agenda. In all the four areas implementation level of key policy measures was rather low. By this criterion, no one of the reforms could be regarded fully successful. However, the degree of attainment of initial goals, at least in 3 of these areas, proved to be much higher than the level of policy implementation suggests. Very high economic growth during 2000s was, perhaps, the most important contributor to the attainment of the goals. High economic growth led to accelerated poverty alleviation and reduction of unemployment, facilitated increases of pensions and public financing of health care. Nowadays, in the context of newly emerging opportunities and threats, such as population ageing, policy agenda in all of the four areas is shifting towards new priorities, whereas many of non-implemented policy measures from the repertoire of the early 2000s seem to be less important or even outdated.

Keywords: *labor market, social security, pension reform, health reform, ageing.*

JEL: J14, J22, J23, I38, I18.