

SPERO | № 7/2007

Осень—Зима 2007

С
П
Э
Р
О

СОЦИАЛЬНАЯ
ПОЛИТИКА:

экспертиза

рекомендации

обзоры

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

| | |
|---|--|
| Павлова-Сильванская Марина Павловна <i>(председатель)</i> | к. и. н., консультант журнала «Pro et Contra» Московского центра Карнеги |
| Аузан Александр Александрович | д. э. н., профессор, зав. кафедрой прикладной институциональной экономики экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, президент Института националь- ного проекта «Общественный договор», Президент Ассоциации независимых центров экономического анализа |
| Васильев Сергей Александрович | д. э. н., заместитель Председателя Внешэкономбанка, научный руководитель Международного центра социально- экономических исследований «Леонтьевский центр» |
| Вишневский Анатолий Григорьевич | д. э. н., действительный член РАЕН, руководитель Института демографии ГУ-ВШЭ, главный редактор инфор- мационного бюллетеня «Население и общество», главный редактор электронного еженедельника «Демоскоп Weekly» |
| Лукьянов Федор Александрович | главный редактор журнала «Россия в глобальной политике» |
| Малева Татьяна Михайловна | к. э. н., ДВА, директор Независимого института социальной политики, главный редактор журнала |
| Плискевич Наталья Михайловна | заместитель главного редактора журнала «Общественные науки и современность», редактор журнала «Social Science», ст. н. с. Института экономики РАН |
| Полетаев Андрей Владимирович | д. э. н., профессор, заместитель директора Института гума- нитарных историко-теоретических исследований ГУ-ВШЭ, заведующий сектором Института мировой экономики и международных отношений РАН |
| Ясина Ирина Евгеньевна | к. э. н., ведущий научный сотрудник Института экономики переходного периода, председатель Экспертного совета Клуба региональной журналистики, директор проекта РОО «Открытая Россия» |

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА

| | |
|-------------------------|---|
| Главный редактор | Малева Татьяна Михайловна, к. э. н., ДВА, директор НИСП |
| Зам. главного редактора | Синявская Оксана Вячеславовна, к. э. н., зам. директора НИСП |
| Ответственный редактор | Фетисова Марина Игоревна, директор публикационной программы НИСП |

Издание осуществляется при финансовой поддержке
Фонда Форда и Фонда Дж. и К. Макартуров

Журнал распространяется бесплатно. Для получения очередного номера
обращайтесь в публикационную программу НИСП

Тел: (495) 786-67-18, факс: 692-96-51

e-mail: spero@socpol.ru

СОДЕРЖАНИЕ

В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ: ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

А.Г. Аганбегян, Ю.В. Варшавский, В.Д. Жуковский
О ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОМ УПРАВЛЕНИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

5

С.В. Шишкин
СТРАТЕГИИ ТРАНСФОРМАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

27

И.М. Шейман
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРОБЛЕМЫ КОНКУРЕНЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

51

НОВОЕ В МЕТОДАХ

М.А. Шабанова
О ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ:
СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА АНАЛИЗА

67

ЭКСПЕРТНОЕ МНЕНИЕ

А.К. Соловьев
АКТУАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ
АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МОДЕЛИ ДОЛГОСРОЧНОГО РАЗВИТИЯ
ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМЫ РФ

93

Е.М. Авраамова
ПОВЕДЕНИЕ ВЫПУСКНИКОВ РОССИЙСКИХ ВУЗОВ 1993–2004 гг.
НА СОВРЕМЕННОМ РЫНКЕ ТРУДА

113

Е.В. Гладникова
МЕЖПОКОЛЕННЫЕ ТРАНСФЕРТЫ:
НАПРАВЛЕНИЕ, УЧАСТНИКИ И ФАКТОРЫ, ИХ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

125

СОДЕРЖАНИЕ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ

Рама В. Бару
**КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
 В ИНДИИ: СМЕНА ЦЕННОСТЕЙ И ОРИЕНТИРОВ** 149

Д. Гордон, Р. Левитас, К. Пантазис, Д. Патсиос, С. Пейн, П. Таунсенд,
 Л. Аделман, К. Эшуорт, С. Миддлтон, Д. Брэдшоу, Д. Уильямс
БЕДНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ИСКЛЮЧЕННОСТЬ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ 163

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ

Н. Л. Антонова
**КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
 В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
 (НА ПРИМЕРЕ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА)** 191

КНИЖНОЕ ОБОЗРЕНИЕ

Е. Ш. Гонтмахер
 Н. А. Волгин
 А. А. Зотиков
**«ОБЗОР СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В РОССИИ.
 НАЧАЛО 2000-х». — М.: НИСП, 2007г.
 СУЖДЕНИЯ, МНЕНИЯ, ДИСКУССИИ** 199

НОВОСТИ

Е. Б. Головляницина
**ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
 «СЕМЬЯ В ПОТОКЕ ПЕРЕМЕН: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ
 СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ», 28–29 НОЯБРЯ 2007 г., МОСКВА** 207

АННОТАЦИИ

АННОТАЦИИ 215

**О ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОМ УПРАВЛЕНИИ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

А.Г. Аганбегян, Академик РАН, Академия народного хозяйства при Правительстве РФ, заведующий кафедрой экономической теории и политики

Ю.В. Варшавский, д.м.н., профессор, директор Научно-практического центра медицинской радиологии Департамента здравоохранения Москвы

В.Д. Жуковский, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Научно-практического центра медицинской радиологии Департамента здравоохранения Москвы

Прошло десять лет со времени принятия Правительством России «Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации». Эта обширная концепция была рассчитана на период с 1995 до 2005 года и содержала план мероприятий по ее реализации. Целью Концепции являлось «сохранение и улучшение здоровья людей, а также сокращение прямых и косвенных потерь общества за счет снижения заболеваемости и смертности населения». Согласно Концепции, предусматривалось увеличение доли средств, направляемых на финансирование здравоохранения, до 6–7% валового внутреннего продукта. Большинство положений Концепции не утратило своей актуальности и значимости и сегодня.

К сожалению, практически ни один пункт Концепции не был выполнен. За 10 лет (1995 — 2005 гг.) на 1000 человек населения смертность увеличилась с 15,0 до 16,1%.

И сегодня при обсуждении проблемы модернизации здравоохранения звучат те же задачи о развитии первичной медико-санитарной помощи, института врачей общей (семейной) практики, об увеличении объема мероприятий по профилактике заболеваний, сокращении сроков восстановления утраченного здоровья путем внедрения в медицинскую практику современных методов диагностики и лечения, всеобщей доступности медицинской помощи населению, единстве медицинской науки и практики, об активном участии населения в решении вопросов здравоохранения, совершенствовании правового регулирования, повышении социальной защищенности и заработной платы медицинских работников, о росте роли профессиональных медицинских ассоциаций и многое, многое другое.

Спросить за невыполнение Концепции практически не с кого. За этот период в России сменились 7 премьер-министров и 9 министров здравоохранения (А. И. Потапов, А. И. Воробьев, Э. И. Нечаев, А. Д. Царегородцев, Т. Б. Дмитриева, О. В. Рутковский, В. И. Стародубов, Ю. Л. Шевченко, М. Ю. Зурабов). Но главное, на наш взгляд, почему не была выполнена Концепция, так это то, что она не имела программно-целевой направленности. В ней отсутствовали конкретные цели, которые нужно достичь и за достижение которых нужно отвечать. В ней отсутствовали средства, при их эффективном использовании достаточные для достижения этих целей, и не был поставлен адекватный контроль за реализацией мероприятий Концепции.

При предстоящей модернизации (реформировании) системы здравоохранения основными критериями оценки эффективности реформирования должны стать социально-демографические показатели, а именно: улучшение здоровья населения (сокращение смертности, инвалидности, заболеваемости, увеличение продолжительности жизни) при эффективном использовании

всех финансовых средств и получении наилучших социально-экономических показателей. Эти показатели определены и измеряются по методологии Всемирной организации здравоохранения, они могут и должны быть положены в основу поэтапного планирования, оценки, финансирования и стимулирования всей многогранной работы по развитию здравоохранения.

1. ОЦЕНКА ФАКТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ — ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ (2006 ГОД)

а) Смертность

В 2006 году в России умерли 2166 тыс. чел., или 15,2 на 1000 человек населения.

В развитых странах мира смертность на 1000 человек населения колеблется от 6,4% — в Австралии до 10% — в Швеции (США — 8%, Франция — 8%, Япония — 8%, Великобритания — 9,5%, Германия — 10%).

Сопоставимая смертность в 24 развитых странах (с учетом возрастного состава) 8 на 1000 человек населения, или применительно к России примерно на 1 млн человек меньше.

В развивающихся странах с примерно таким же уровнем экономического развития, как в России, и сходной демографической структурой населения показатель смертности несколько выше, чем в развитых странах: в Румынии — около 12%, в Болгарии — 14%, в Казахстане — 10,%, в Польше — 9,5%, в Литве — 12% и т. д. В расчете на демографическую структуру России в среднем смертность в указанных развивающихся странах можно принять за 12 на 1000 человек населения, то есть на 500 тыс. меньше, чем у нас.

По сопоставимому коэффициенту смертности Россия из 200 стран мира занимает примерно 100-е место. При этом в России коэффициент смертности мужчин намного выше, чем женщин (18,8 против 13,8 на 1000 человек населения в 2005 году), и здесь отставание от других стран существенно больше, и рейтинг по этому показателю — 130-е место в мире.

Трагедия России — высокая смертность в трудоспособном возрасте: сопоставимая смертность здесь в 3 раза превышает этот показатель в развитых странах и в 2 раза — в странах с примерно таким же уровнем экономического развития. В основном это относится к мужскому населению.

Смертность мужчин в России выше смертности женщин в соответствующем возрасте:

- в 20–24 года — в 3,8 раза;
- 25–29 лет — в 4,1 раза;
- 30–34 года — в 3,7 раза;
- 35–39 лет — в 3,6 раза;
- 40–44 года — в 4,9 раза;
- 45–49 лет — в 3,5 раза;
- 50–54 года — в 3,3 раза.

В среднем в трудоспособном возрасте на 1000 человек населения мужчин умирает в 3,9 раза больше, чем женщин.

Детская смертность в России в последние годы значительно снизилась и составила в 2006 году 10,2 на 1000 родившихся детей до 1 года (по сопоставимой с Западом методике — около 12), что в 2 раза выше, чем в развитых странах, и немного ниже, чем в странах с примерно таким же уровнем экономического развития. С 1990 года смертность детей в России несколько снизилась, смертность престарелых немного поднялась, а весь огромный общий прирост смертности, более чем в 1,5 раза, произошел за счет двойного роста смертности трудоспособного населения.

б) Продолжительность жизни

Средняя продолжительность предстоящей жизни в России составляет (по данным 2006 г.) — 66,7 лет (мужчины — 60,6 и женщины — 73,1) в сравнении с 78 годами — в развитых странах и 71 годом — в странах с примерно таким же уровнем экономического развития.

Среди 200 стран мира по средней продолжительности жизни Россия занимает примерно 100-е место, а по мужчинам — 130-е место. Даже в Индии, где размер ВВП на душу населения втрое ниже, чем в России, продолжительность жизни мужчин немного больше.

Вероятность смерти в трудоспособном возрасте мужчин в России составляла (до улучшения показателей в последние два года) 40% против 10–14% в развитых странах и 20–25% в странах с примерно таким же уровнем экономического развития. Вероятность смерти в трудоспособном возрасте женщин в России составляет около 15% против 40% мужчин.

В 2006 г. впервые за последние 20 лет произошел существенный положительный сдвиг: смертность заметно сократилась, особенно в трудоспособном возрасте, средняя продолжительность жизни возросла у мужчин на 1,7 г., у женщин — на 0,7 г. Несмотря на то что в 2007 г. наблюдается улучшение этих показателей, продолжительность жизни россиян остается еще на 2–3 года ниже показателей 60–80 годов XX века в России.

в) Травматизм и инвалидность

Травматизм в России принял характер народного бедствия, по смертности и инвалидности он в 5 раз выше, чем в развитых странах, и в 2–3 раза выше, чем в странах с сопоставимым уровнем экономического развития. В отличие от всех других стран смертность от травматизма в России практически сравнялась со смертностью от онкологических заболеваний, а в отдельные годы — даже превышает ее. Около 29 тыс. человек, в основном молодых мужчин, ежегодно погибают от отравления алкоголем, 38 тыс., также главным образом трудоспособные мужчины, погибают при транспортных авариях, 32 тысячи кончают жизнь самоубийством, 25 тысяч — погибают от убийств и т. п. (данные 2005 г.).

Из общего количества потерянных лет жизни из-за преждевременной смертности и нетрудоспособности (временной и постоянной) — так называемого индекса ДАЛИ по методике ВОЗ — на долю преждевременной смертности приходится 55%, доля потери трудоспособности составляет 45%, в том числе из-за травм — около 20% (почти половина от общей потери трудоспособности из-за болезней и травм).

Ежегодно инвалидами в России становятся 1,8 млн чел. (2005 г.), 31,5% из них — в трудоспособном возрасте. Общая численность инвалидов в стране превысила 12 млн чел. И если расходы государства на лечение и пенсионные выплаты могут быть оценены, то потери государства из-за сокращения числа работающих и потери дохода семьи трудно поддаются оценке.

В целом, в России из-за болезней средние потери рабочего времени составляют 10 дней на одного работника — против 7 в Западной Европе. Потери валового внутреннего продукта по этой причине в России оценивались в 2006 г. в 360 млрд руб. в год, а выплаты по болезни составили 140 млрд руб. На эти потери приходится треть всех расходов государства на здравоохранение.

Как видно, состояние здравоохранения в России является катастрофическим. По данным ВОЗ, в рейтинге стран здравоохранение России занимает 130-е место (для сравнения, образование занимает 30-е место, уровень экономического развития — 50-е, индекс социального развития — качества жизни — 65).

Среди социально-экономических показателей худшее, что есть в России, — это здравоохранение, уровень смертности, инвалидности и заболеваний, продолжительности жизни.

Именно поэтому в данной сфере нужны глубокие, кардинальные, коренные преобразования, нацеленные на радикальное сокращение:

- смертности, прежде всего мужчин в трудоспособном возрасте, а также детской и материнской смертности;
- инвалидности;
- заболеваемости.

Из всех умерших в 2005 году, а это 2 млн 303 тыс. человек, умерли:

- от болезней системы кровообращения — 1 300 тыс., или 56%;
- от травматизма и внешних причин смертности — 317 тыс. чел., или 14%;
- от рака (новообразований) — 288 тыс. чел., или 13%;
- от болезней органов дыхания — 95 тыс. чел., или 4%;
- от болезней органов пищеварения — 94 тыс. чел., или 4%;
- от инфекционных и паразитарных болезней 39 тыс. чел., или менее 2%.

Если сравнить показатели смертности от болезней системы кровообращения в России и развитых странах, то на 100 тыс. человек населения в России смертность по этой причине составляет 530 человек, а в развитых странах от 106 — в Японии и 188 — в США, 182 — в Великобритании, 118 — во Франции, до 211 — в Германии, а в среднем в 3,5 раза меньше, чем в России.

Это касается как ишемической болезни сердца, так и заболеваний сосудов головного мозга. В России от ишемической болезни сердца на 100 тыс. чел. населения за год умерли 256 человек, в Японии — 33, во Франции — 37, в Финляндии — 120, в США — 106, в Великобритании — 99, в Германии — 175. Смертность от цереброваскулярных заболеваний в России составила 181 человек, в США — 32, во Франции — 28, в Японии — 45, в Финляндии — 46, в Германии — 42. Таким образом, разница в смертности от инфаркта и инсульта между Россией и развитыми странами составляет 3–5 раз.

Еще больше разница (в 4–6 раз) в показателях смертности от несчастных случаев и других внешних причин. При уровне смертности 178 на 100 тыс. чел. населения в России смертность в развитых странах находится на уровне 28–47 человек на 100 населения (Италия — 28, Канада — 34, Япония — 39, США — 47, Германия — 29).

В России в 2–3 раза выше смертность от болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения, в 4 раза выше сопоставимая смертность по инфекционным болезням. По злокачественным новообразованиям смертность в России примерно такая же, как и в развитых странах. На 100 тыс. чел. населения в России — 128 человек, в Германии — 141, в США — 134, в Канаде — 138, во Франции — 142, в Японии — 119.

2. ОСОБЕННОСТИ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Основная особенность программно-целевого управления — это нацеленность на конечный результат. Применительно к здравоохранению конечный результат выражается в сокращении смертности, инвалидности и заболеваемости населения. Так, целевая подпрограмма по предотвращению и лечению заболеваний сосудов головного мозга в качестве своего предполагаемого результата могла бы иметь сокращение смертности населения от инсультов примерно с 260 тыс. чел. (по данным 2005 г.) сначала — до 130 тыс. чел. (уровень Болгарии, Венгрии,

Бразилии), а потом — до 70 тыс. чел. (уровень развитых стран). Соответственно инвалидность после перенесенного инсульта могла бы быть сокращена примерно со 100 тыс. человек новых инвалидов в год до 60 тыс. на первом этапе и до 40 тыс. на втором этапе. Таким же образом могут быть приведены цифры и по сокращению числа новых случаев острых нарушений мозгового кровообращения, прежде всего в результате проведения профилактических мероприятий.

Целевая программа должна предусматривать целый комплекс мероприятий, начиная с диагностики, профилактики и заканчивая предотвращением смертности в острой стадии заболевания, например при инсульте. Для того чтобы можно было получить запрограммированные конечные показатели на всех стадиях, начиная от повышения кровяного давления, склероза сосудов сердца и мозга и заканчивая скоростью доставки больного с инсультом в клинику, эффективностью проведения операционного вмешательства, вылечения больных в послеоперационный период, необходимо подвергнуть систему здравоохранения тщательному анализу, выявить влияние каждой стадии и каждого мероприятия на конечный результат, и разработать мероприятия по обеспечению необходимыми финансами,

Такой анализ позволит выявить приоритетные направления, которые с наименьшими затратами дают наибольший эффект, мероприятия второй, третьей очереди. Все это должно быть спланировано во времени, с учетом подготовительных мероприятий и, главное, с привлечением высококвалифицированных кадров.

От начала мероприятий до получения конечного результата за заданный период времени может быть составлен сетевой график, развернутый во времени, с указанием для каждого мероприятия необходимых для его выполнения ресурсов. Такая программно-целевая модель может достаточно четко контролироваться, ибо каждый ее участник прикреплен к определенным мероприятиям или группе мероприятий и несет ответственность за их выполнение в нужный срок с ожидаемыми результатами при эффективном использовании выделенных для этих целей ресурсов.

Такие программы нуждаются в целевом финансировании, которое может быть обеспечено в первую очередь по линии федерального бюджета, как это в настоящее время делается по национальным программам. При этом федеральный центр, ответственный за выполнение такой программы, устанавливает нормы участия регионального и муниципального бюджетов в выполнении программы.

Программа реализуется в лечебных учреждениях, лучше для этого подготовленных. Могут проводиться тендеры, средства программ целевым образом передаются тем лечебным организациям, например в клинические больницы, где могут быть изысканы дополнительные собственные средства для усиления таких программ и т. д.

При этом самое главное в программно-целевом управлении — непрерывный контроль, все время ориентирующий на достижение конечных результатов.

Подобные программно-целевые методы успешно применялись и в нашей стране, и за рубежом при осуществлении крупных проектов, которые необходимо было выполнить в кратчайшие сроки с гарантированным результатом и лимитированными ресурсами. Когда перед страной стоит жизненно важная задача и ее во что бы то ни стало нужно выполнить, программно-целевое управление особенно эффективно. По сути, примером программно-целевого управления может служить организация выполнения атомного проекта в нашей стране, так же как и создание ракетно-космических комплексов. Там была

совершенно ясная цель и кратчайшие сроки. Во многом по этой схеме управлялся и атомный проект США. Мы уверены, что программа радикального сокращения смертности в России не менее важна для страны, чем выведение на орбиту первого спутника или первый полет человека в космос.

У нашей страны есть большой потенциал — это возможность сократить смертность населения России на 1 млн человек в год, с 2,1 млн человек в год в настоящее время до 1,1 млн человек в год в расчете на современную численность населения. Для этого нам нужно достичь показателей смертности в развитых странах мира. Если применить программно-целевое управление, то, на наш взгляд, это возможно сделать до 2020 года, хотя невероятно трудно. Но решать ракетно-космическую проблему для нас было еще труднее, потому что мы были первыми. А в деле сокращения смертности мы далеко не первые, и можем брать на вооружение технологии и опыт передовых стран, самых передовых клиник. Нам здесь не нужно изобретать велосипед.

Программно-целевые методы управления широко использовались в советское время при строительстве крупных объектов. Благодаря им были достигнуты невиданные в мире результаты по скорости, результативности и эффективности строительства. Братская ГЭС с высотой плотины 120 метров, установленной мощностью более 5 млн киловатт была построена за 5 с половиной лет практически на пустом месте, где не было никакой строительной базы и инфраструктуры. Никто никогда ни до, ни после с такой скоростью такого класса гидростанции не строил. Или возьмите строительство крупнейших газопроводов с северо-запада Сибири до центра и запада нашей страны. Каждый год СССР вводил один трехтысячекилометровый газопровод. Для его прокладки необходимо было форсировать 180 рек, железных и автомобильных дорог, работать с трубами максимального диаметра 1420 мм, проводить работы в условиях бездорожья, вдали от населенных пунктов, а на севере Западной Сибири — в суровых северных условиях. Для ввода газопровода в строй надо было построить 15–20 газоперекачивающих станций огромной мощности. И все это делалось, строительство велось как по часам. Для сравнения, в США аляскинский трубопровод длиной 1200 км с трубами диаметром 1220 мм строили вдвое дольше, вдвое превосшли смету расходов. Правда, построили надежный, экологически безопасный трубопровод, но по скорости и эффективности они серьезно уступали нашим строителям.

Как же осуществлялось это программно-целевое управление при реализации крупных проектов, таких как атомные проекты, ракетно-космические проекты, ГЭС, газопроводы? Выделялся научный руководитель (главный конструктор, главный проектант), который профессионально мог вести этот проект к достижению поставленных целей. В атомном проекте эту роль выполнял академик Курчатов И. В., в космическом проекте — главный конструктор Королев С. П., при строительстве Братской ГЭС — главный инженер проекта, крупный ученый и конструктор Гиндин А. М. Все научные руководители опирались на головной научно-исследовательский или проектно-конструкторский коллектив. И. В. Курчатов, например, опирался на Курчатовский институт как головной институт по атомной проблеме, Королев С. П. — на свое конструкторское бюро и т. д. Одновременно при осуществлении крупных национальных проектов в правительстве выделялся ответственный куратор, наделенный всеми правительственными полномочиями, нередко создавалось специализированное правительственное агентство (министерство). Для руководства атомными проектами был сформирован Минсредмаш во главе с легендарным министром Е. П. Славским, а для руководства ракетно-космическим комплексом — Министерство общего машиностроения.

И при осуществлении целевых программ здравоохранения нужно поступить подобным же образом.

Программа должна быть по возможности одноцелевой, четко направленной, ориентированной на ясную цель. Поэтому имеет смысл, на наш взгляд, такие целевые программы классифицировать по основным причинам смертности, инвалидности и заболеваний:

- программа по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;
- программа по борьбе с онкологическими заболеваниями;
- программа по борьбе с травматизмом;
- программа по борьбе с болезнями матери и ребенка, по радикальному сокращению детской смертности.

Эти причины охватывают почти 85% причин смертности, до 90% — инвалидности. Число больных указанными болезнями составляет около 20 млн человек из 105 млн зарегистрированных больных, то есть менее 20%. Самые же распространенные болезни — это болезни органов дыхания, органов пищеварения, кожи, глаз, мочеполовой системы. Но болезни кровеносной системы, онкология и травмы являются самыми опасными. Поэтому на них в первую очередь надо обратить внимание.

Кроме этих программ, возможно, следует выделить специфическую для России программу по борьбе с алкоголизмом. Возможно, следует принять и специальную целевую программу, направленную против курения. По данным ВОЗ, 17,1% всех смертей в России и 13,4% всех болезней проистекает от курения. Алкоголь и курение — бич современной России. К сожалению, Россия лидирует в мире по потреблению крепких спиртных напитков и по масштабам курения среди населения. С позиций не только настоящего, но и будущего необходимо иметь целевые программы против наркомании и ВИЧ-инфекции.

Учитывая небывалый уровень смертности и травматизма на транспорте, в расчете на 100 машин эти показатели в России в 4–5 раз выше, чем в Западной Европе; нужно, по нашему мнению, создать специальную комплексную программу, объединяющую все ведомства, по кардинальному сокращению смертности и инвалидности от этого вида травм. Возможны целевые программы, направленные против болезней органов дыхания и органов пищеварения, где, как говорилось выше, наблюдается повышенная смертность.

Наиболее сложной и многосторонней является программа предотвращения смертности, инвалидности и лечения сосудистых заболеваний — в ней, как будет видно из изложения проекта этой программы в п. 4 настоящей статьи, выделяется ряд подпрограмм по первичной профилактике сосудистых заболеваний, совершенствованию системы оказания медицинской помощи больным с инсультами и инфарктами миокарда и другой помощи.

3. КОНСПЕКТИВНЫЕ НАБРОСКИ ОТДЕЛЬНЫХ ЦЕЛЕВЫХ ПРОГРАММ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В следующих разделах будут более подробно и профессионально рассмотрены две программы — программа по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и программа борьбы с травматизмом костно-мышечной системы. В этом же разделе, никак не претендуя на всесторонность и глубину, мы хотим сделать наброски программы борьбы с онкологическими заболеваниями, программы борьбы с дорожно-транспортным травматизмом и программы борьбы с алкоголизмом.

Целевая программа борьбы с онкологическими заболеваниями

От онкологических заболеваний ежегодно умирают свыше 280 тыс. человек. При этом смертность мужчин от рака в 2 раза выше, чем женщин, несмотря на то, что заболеваемость раком среди женщин выше. Крайне высока частота летальных исходов в течение года, когда впервые был установлен диагноз, — до 56% больных раком легких, 55% больных раком желудка, что в разы больше в сравнении с другими странами.

Основная причина повышенной смертности пациентов — позднее обнаружение онкологического заболевания. При обнаружении рака на ранних стадиях может быть проведено эффективное лечение, и человек остается здоровым. К тому же это лечение стоит в несколько раз дешевле, чем лечение запущенных случаев рака из-за позднего его обнаружения, когда даже дорогостоящее лечение часто оказывается неэффективным и смертность составляет 60%.

Именно поэтому программа борьбы с онкологическими заболеваниями должна включать регулярную диспансеризацию, отслеживание типичных форм рака: у женщин — это, прежде всего, рак груди, у мужчин — рак предстательной железы, у курильщиков — рак легких, а также рак прямой и толстой кишки, цирроз печени, меланома и др. Крайне важным является санитарное просвещение населения, ориентированное на ответственное отношение к своему здоровью и обнаружение ранних признаков онкологических заболеваний.

По мнению ведущих онкологов, смертность от рака в России можно снизить вдвое. Дело во многом за организацией просвещения и ранней диагностикой, что, несомненно, потребует определенных финансовых затрат.

Целевая программа борьбы с дорожно-транспортным травматизмом

В расчете и на число транспортных средств, и на количество пройденных километров смертность и травматизм при автомобильных авариях в России являются одними из самых высоких в мире, превышая показатели развитых стран в 4–5 раз. Обычно применяемые меры по повышению штрафов и административной ответственности являются малоэффективными, особенно с учетом массового взяточничества автоинспекции. Сказывается здесь и психология наших людей, выраженная в поговорке: «Пока гром не грянет — мужик не перекрестится».

Несомненно, нужны более серьезные, коренные, а на первых порах и «драконовские» меры, и новые подходы:

а) для борьбы с превышением скорости, одной из главных причин аварий, предлагается оснастить основные трассы радаром с фотоаппаратом с возможностью пересылки штрафа для его оплаты, удвоение штрафа при неуплате в установленный срок и аннулирование прав при злостном неплатеже. При превышении скорости на 30 и более км — штраф по суду может взиматься в долях от зарплаты (дохода), а при превышении скорости на 40–50 км — помимо штрафа, предусматривается лишение водительских прав, а также лишение свободы сроком на один год, при повторном нарушении — конфискация транспортного средства без права его приобретения. Как показал опыт Франции, где в массовом масштабе несколько лет назад были установлены такие радары, это самокупаемое мероприятие, т. к. штрафы, особенно на первых порах, перекрывают затраты на радары;

б) для борьбы с пьянством за рулем еще в большей мере нужны жесткие меры — лишение водительских прав в судебном порядке, продажа транспортного средства без права его приобретения в течение последующих 3–5 лет и т. д. Для этого необходимо закупить сотни спецмашин, оснащенных лабораторией для освидетельствования водителей на состояние алкогольного или наркотического опьянения;

в) все эксперты отмечают характерное для России позднее прибытие медицинской помощи и недостаточно эффективные меры в борьбе за жизнь и здоровье лиц, пострадавших в дорожно-транспортных авариях. Здесь тоже нужно осуществить целый ряд мер.

Не будем вдаваться в детали по другим направлениям, надо с ужесточением для России использовать предложения Еврокомиссии, направленные на сокращение аварийности в 1,5 раза за 3 года в странах ЕС.

Целевая программа борьбы с алкоголизмом

Потребление водки и других спиртных напитков — национальное бедствие России. В России злоупотребляют алкоголем 70% мужчин, 47% женщин и 30% подростков. Россия также лидирует в мире по потреблению крепких спиртных напитков. По данным обследований (с использованием медэкспертизы), 15–20% мужчин в трудоспособном возрасте умерли от заболеваний, связанных с употреблением алкоголя. Применительно к России — это 170–230 тыс. чел. Всемирная организация здравоохранения из главных факторов риска для болезней в России на первое место ставит алкоголь — 16,5%, а среди причин общей смертности отводит алкоголю 11,9%.

В России в мае 1985 г. было принято известное постановление о борьбе с алкоголизмом, содержащее строжайшие меры, которые реально стали осуществляться.

Вот некоторые результаты по данным статистики:

| На 100 000 населения | 1980 г. | 1984 г. | 1985 г. | 1986 г. |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Число умерших по всем причинам, в том числе: | 553 | 556 | 522 | 447 |
| Сердечно-сосудистые заболевания | 161 | 170 | 162 | 143 |
| Несчастные случаи, отравления, травмы | 125 | 170 | 144 | 107 |
| Болезни органов дыхания | 35 | 33 | 31 | 23 |

Как видно, смертность уменьшилась (в расчете на современное население РФ) на 165 тыс. чел., в т. ч. от травм — на 89 тыс. чел., от сердечно-сосудистых заболеваний — на 38 тыс. чел.

При этом, как видно из показателей, до 1985 г. смертность увеличивалась, а начиная с 1985 года она стала резко снижаться. Нами приведены данные по всему населению, но на 80–90% речь идет о сокращении смертности мужчин. В т. ч. в возрасте 25–29 лет — с 2,0 до 1,7; 30–34 лет — с 2,8 до 2,3; 35–39 лет — с 3,6 до 3,0; 40–44 года — с 7,3 до 6,6; 50–54 года — с 11,3 до 10,1; 55–59 лет — с 15,1 до 14,1 и т. д.

Число убийств, которое росло, сократилось (в расчете на 100 000 населения) с 9 в 1984 г. до 6 в 1987 г., самоубийств — с 30 до 19. После завершения кампании борьбы с пьянством смертность по всем причинам, число убийств и самоубийств с 1988 г. снова стало расти.

4. ПРОГРАММА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ¹

Обоснование. Отмеченное в последние годы распространение сосудистых заболеваний обусловило увеличение частоты острых нарушений мозгового и коронарного кровообращения. Ежегодно в Российской Федерации переносят инсульт более 450 000 человек, то есть каждые 1,5 минуты у кого-то из россиян впервые

¹ Подготовлена директором НИИ инсульта РГМУ членом-корреспондентом РАМН Скворцовой В.И.

развивается это заболевание. Наблюдается «омоложение» инсульта с увеличением его распространенности у лиц трудоспособного возраста — до 65 лет.

За последние пять лет в Российской Федерации от болезней системы кровообращения умерли 6,4 млн человек. В 2005 году из 1610 смертей, пришедшихся на 100 тысяч населения, от сосудистых заболеваний умерли 908 (56%) человек, причем 169 (18,7%) из них находились в трудоспособном возрасте.

Сосудистые заболевания мозга занимают второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39%) и в общей смертности населения (23,4%). Ежегодная смертность от инсульта в России одна из наиболее высоких в мире (175 на 100 тыс. населения). Инсульт является лидирующей причиной инвалидизации населения.

В России стоимость лечения одного больного, перенесшего инсульт, которое включает в себя стационарное лечение, медико-социальную реабилитацию и вторичную профилактику (прямые расходы), составляет 127 тыс. руб. в год, то есть общая сумма прямых расходов на инсульт (из расчета 499 тыс. случаев в год) составляет 63,4 млрд руб. Непрямые расходы на инсульт, оцениваемые по потере ВВП из-за преждевременной смертности, инвалидности и временной нетрудоспособности населения, составляют в России около 304 млрд руб. в год. Стоимость лечения одного больного инфарктом миокарда в течение года препаратами, доказавшими свою эффективность, составляет 22 тыс. руб.; общая стоимость лечения больных, перенесших острый инфаркт миокарда, помимо пребывания в стационаре (около 190 тыс. человек в год), составляет 4,2 млрд руб. в год.

Необходимость комплексного решения проблемы болезней системы кровообращения программно-целевым методом обусловлена объективными причинами:

- масштабностью, сложностью и многообразием проблем профилактики, лечения и реабилитации, что определяет необходимость проведения комплекса программных мероприятий, объединенных общей целью, ресурсами, сроками реализации и исполнителями;
- объемом и длительностью сроков реализации инвестиционных и научно-технических проектов;
- потребностью в координации усилий органов государственной власти различных уровней и негосударственных организаций, в том числе общественных объединений.

Глобальный характер проблемы сосудистых заболеваний определяет необходимость междисциплинарной интеграции клиницистов, а также подключения к ее решению представителей фундаментальных наук, государственных и социальных учреждений. Уменьшение социального и экономического бремени инсульта для общества возможно лишь при условии принятия единой национальной программы (комплекса мероприятий), направленной на совершенствование системы медицинской помощи и профилактики при инсульте, в том числе на разработку эффективных научных технологий реперфузии головного мозга, нейропротекции и регенераторной терапии, адекватных мер по медико-социальной реабилитации после инсульта.

Цель и сроки реализации комплекса мероприятий (далее — Программы)

Цели:

- снижение заболеваемости инсультом и инфарктом миокарда с помощью внедрения программ их первичной профилактики;

- оптимизация системы оказания медицинской и социальной помощи больным с сосудистой патологией мозга и сердца;
- снижение смертности, летальности и инвалидизации от инсультов и инфарктов миокарда;
- увеличение продолжительности и качества жизни больных, перенесших инсульт и острую сосудистую патологию сердца.

Достижение указанных целей обеспечивается решением следующих задач:

- получение достоверных эпидемиологических данных по заболеваемости, смертности, летальности и инвалидизации при инсульте и остром коронарном синдроме, по частоте повторных нарушений мозгового и коронарного кровообращения; внедрение разработанных систем эпидемиологического мониторинга «Территориально-популяционный регистр инсульта», «Регистр острого коронарного синдрома»;
- проведение мероприятий по профилактике и лечению артериальной гипертензии;
- внедрение алгоритмов диспансеризации трудоспособного населения, направленных на раннее выявление лиц из групп высокого риска по развитию инсульта и инфаркта миокарда, и проведение превентивного лечения;
- развитие сети первичных отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения (инсультов);
- создание региональных сосудистых центров, координирующих систему профилактики, лечения и реабилитации при цереброваскулярной патологии и ишемической болезни сердца в соответствующем регионе; оказывающих высокотехнологичную специализированную помощь больным с сосудистой патологией; обеспечивающих эпидемиологический мониторинг и контролирующих проведение профилактических мероприятий в прикрепленном регионе;
- совершенствование материально-технической базы медицинских учреждений, оказывающих помощь больным с сосудистой патологией мозга и сердца;
- совершенствование методов раннего выявления, диагностики, профилактики, лечения сосудистых заболеваний мозга и сердца, а также реабилитации их последствий;
- внедрение новых эффективных технологий диагностики, лечения и профилактики инсульта и других цереброваскулярных нарушений, ишемической болезни сердца;
- внедрение индивидуализированной программы вторичной профилактики инсульта и острой патологии сердца, представляющей комплекс необходимых терапевтических и хирургических методов;
- внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации больных, перенесших инсульт;
- внедрение разработанной компьютерной программы «Госпитальный регистр инсульта» и индикаторов качества специализированной медицинской помощи в стационаре;
- подготовка специалистов, оказывающих диагностическую, профилактическую, лечебную и реабилитационную помощь больным с сосудистой патологией мозга и сердца;
- организация и проведение информационно-просветительских программ для населения с использованием средств массовой информации.

Цель подпрограммы «Первичная профилактика сосудистых заболеваний» — комплексное решение проблем профилактики сосудистых заболеваний, раннее выявление факторов риска развития инсульта и инфаркта миокарда, снижение уровня заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения (инсульт) и острыми формами ишемической болезни сердца (острый коронарный синдром, инфаркт миокарда) у лиц трудоспособного возраста.

В рамках реализации Программы предусмотрено:

- создание постоянно действующей системы информирования населения о принципах здорового образа жизни и факторах риска развития инсульта и инфаркта миокарда путем разработки, издания и распространения санитарно-просветительских материалов, вовлечения средств массовой информации;
- снижение числа сосудистых расстройств головного мозга и сердца вследствие артериальной гипертонии и снижение смертности от ее осложнений (Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007–2011 гг.)», подпрограмма «Артериальная гипертония»²;
- внедрение алгоритмов диспансеризации трудоспособного населения, направленное на раннее выявление лиц из групп высокого риска развития инсульта и инфаркта миокарда, проведение превентивного лечения (Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения, приоритеты «Диспансеризация работающего населения (граждан) и работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами» и «Развитие первичной медико-санитарной помощи»³;
- подготовка и переподготовка врачей, оказывающих помощь на уровне первичного звена здравоохранения (врачей общей практики, участковых терапевтов)⁴;
- оснащение диагностическим оборудованием муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений⁵;
- развитие и внедрение в Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощи, включающей эффективные высокотехнологичные методы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний — реконструктивные вмешательства на коронарных и прецеребральных артериях при стенозирующих процессах, ангиопластику коронарных и прецеребральных артерий с помощью баллона и/или стента.⁶

Внедрение комплексной программы первичной профилактики в экспериментальных регионах позволит в течение 5 лет предотвратить не менее 100 случаев инсульта на 100 тыс. населения, то есть не менее 51 тыс. новых случаев инсульта. Это найдет отражение не только в снижении прямых экономических затрат на лечение и реабилитацию больных, но и в значительном уменьшении непрямых расходов, связанных с длительной нетрудоспособно-

² Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 № 280.

³ Постановления Правительства РФ от 31.12.2005 № 868, от 31.12.2005 № 869, от 31.12.2005 № 876).

⁴ Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения, приоритет «Развитие первичной медико-санитарной помощи».

⁵ Постановление Правительства РФ от 31.12.2005 №867, Постановление Правительства РФ от 30.12.2006 №868.

⁶ Указ Президента Российской Федерации от 30.06.2006 № 658, приказы Минздравсоцразвития России от 29.03.06 №220, от 07.05.2007 № 320.

стью и социальной помощью. Ориентировочный экономический выигрыш от применения программы диспансеризации и первичной профилактики сосудистой патологии составит не менее 19,2 млрд руб.

Активная работа в нашей стране Национального Регистра Инсульта (под эгидой НИИ инсульта РГМУ и Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом) позволит объективизировать динамику эпидемиологических показателей в регионах, включенных в программу диспансеризации и профилактики. Наличие доказавшей свою эффективность программы индивидуализированной профилактики инсульта, созданной в НИИ инсульта РГМУ в рамках открытого конкурса Министерства здравоохранения и социального развития на размещение государственного заказа на выполнение научно-исследовательских работ в 2005 г., позволяет активно использовать ее при проведении диспансеризации и профилактики.

Важнейшим условием реализации подпрограммы «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с инсультами и инфарктами миокарда» является системная организация мероприятий и укрепление материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь больным с нарушениями кровообращения на всех этапах (догоспитальная помощь, специализированная медицинская помощь, высокотехнологичная медицинская помощь, амбулаторно-поликлиническая помощь).

Для реализации данной цели программы во всех регионах РФ необходимо внедрение медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи больным с инсультом, включающих медицинские услуги и технологии, жизненно необходимые и важнейшие лекарственные средства. В составлении и распространении медико-экономических стандартов, а также в контроле за их исполнением могут принять активное участие НИИ инсульта РГМУ и Национальная Ассоциация по борьбе с инсультом как головные организационные структуры, имеющие региональные подразделения (центры цереброваскулярной патологии и инсульта) во всех регионах РФ.

На базе НИИ инсульта РГМУ создан модельный центр инсульта, построенный на основе доказавшей свою эффективность системы организации медицинской помощи больным с инсультом. Опыт центра доказал возможность снижения показателей летальности при всех формах инсульта более чем в 3 раза (при геморрагическом инсульте с 72 до 20,1%, при ишемическом инсульте с 32 до 10,2%), а также увеличения количества больных с хорошим восстановлением нарушенных неврологических функций свыше 40% от числа выживших.

Подпрограмма включает:

- оптимизацию работы скорой медицинской помощи и ведения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (инсультами) и инфарктами миокарда на догоспитальном этапе;
- оснащение санитарным автотранспортом станций (отделений) скорой неотложной помощи⁷;
- оснащение и укомплектование оборудованием и расходными материалами машин скорой помощи, в том числе электрокардиографическими приборами⁸;

⁷ Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения, приоритет «Развитие первичной медико-санитарной помощи», Постановления Правительства РФ от 31.12.2005 № 871, от 31.12.2005 № 867, от 31.12.2006 № 867.

⁸ Приказ Минздравсоцразвития России от 01.12.05 № 752.

- регламентирование объема оказания медицинской помощи больным с инсультом и инфарктом миокарда на этапе скорой медицинской помощи⁹;
- оценку эффективности и качества оказания медицинской помощи больным с сосудистой патологией мозга и сердца на догоспитальном этапе¹⁰;
- совершенствование диагностики инсульта путем обеспечения круглосуточной работы диагностических служб минимально-достаточного уровня (компьютерная томография, лаборатория) в стационарах, оказывающих помощь больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (инсультами);
- оптимизацию системы ведения больных с инсультами в остром периоде путем:
 - создание сети первичных отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения (инсультов) в многопрофильных государственных учреждениях здравоохранения РФ муниципального или субъектового уровня, их оснащение и укомплектование штатами;
 - создание региональных сосудистых центров, оказывающих высокотехнологичную специализированную помощь больным с сосудистой патологией в прикрепленном регионе, координирующих систему профилактики, лечения и реабилитации при цереброваскулярной патологии и ишемической болезни сердца, обеспечивающих эпидемиологический мониторинг и контролирующих проведение профилактических мероприятий в прикрепленном регионе;
 - стандартизацию объема и перечня лечебно-диагностических мероприятий при оказании стационарной помощи больным с инсультом¹¹;
- совершенствование лечения больных с инфарктом миокарда путем развития практики тромболитической терапии для лечения крупноочагового инфаркта миокарда и внедрения рентген-эндоваскулярной технологии лечения острых и хронических форм ишемической болезни сердца (снижение госпитальной летальности при инфаркте миокарда с 15–28% до 5–12%, смертности от всех форм ишемической болезни сердца на 20–25%, уменьшение инвалидизации на 25–30%);
- внедрение системной (внутривенной) тромболитической терапии в лечение ишемического инсульта внутри 3-часового терапевтического окна (из расчета 5% от числа ишемических инсультов в региональном сосудистом центре и 2,5% — в первичном отделении для лечения острых нарушений мозгового кровообращения (инсультов);
- совершенствование методов нейрохирургического лечения разных типов геморрагического инсульта;
- внедрение ранней мультидисциплинарной реабилитации после инсульта¹²;

⁹ «Стандарт медицинской помощи больным с инсультом, не уточненным как инфаркт или кровоизлияние», приказ Минздравсоцразвития России от 05.09.2006 № 643, «Стандарт медицинской помощи больным с острым инфарктом миокарда», приказ Минздравсоцразвития России от 02.08.2006 № 582.

¹⁰ Программы «Госпитальный регистр инсульта, НИИ инсульта РГМУ, 2005, «Регистр острого коронарного синдрома», 2000.

¹¹ «Стандарт медицинской помощи больным с инсультом при оказании специализированной помощи».

¹² Методические рекомендации «Основы ранней реабилитации больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения», НИИ инсульта РГМУ, Государственный контракт Минздравсоцразвития России за 2005 г.

- внедрение комплекса индивидуализированной вторичной профилактики повторных нарушений кровообращения мозга и сердца, включающего компоненты гипотензивной, антитромботической, гиполипидемической терапии, а также методы хирургической профилактики — каротидная эндартерэктомия, ангиопластика, стентирование артерий¹³;
- индикацию качества оказания медицинской помощи больным с инсультом: госпитальный регистр инсульта¹⁴;
- подготовку и переподготовку медицинских кадров для первичных отделений¹⁵ и региональных сосудистых центров (неврологов, кардиологов, сосудистых нейрохирургов, рентген-эндоваскулярных хирургов, сосудистых хирургов, врачей лучевой, ультразвуковой диагностики и др.).

Целями подпрограммы «Территориально-популяционный регистр инсульта: эпидемиологический мониторинг» являются: получение эпидемиологических данных о заболеваемости церебральным инсультом, распространенности острых нарушений мозгового кровообращения в различных регионах страны; анализ показателей смертности, летальности и инвалидизации в остром и отдаленном периодах заболевания, ведущих факторов риска инсульта в зависимости от демографических, этнических, социокультурных и географических особенностей населения Российской Федерации.

Социально-экономические последствия реализации комплекса мероприятий по предупреждению сосудистых заболеваний и снижению смертности и инвалидности от инсультов и инфарктов миокарда в Российской Федерации:

- Внедрение комплексной программы первичной профилактики в экспериментальных регионах позволит в течение 5 лет предотвратить не менее 100 случаев инсульта на 100 тыс. населения, то есть не менее 51 тыс. новых случаев, и снизить прямые экономические затраты на лечение и реабилитацию больных и не прямые расходы, связанные с преждевременной смертью, длительной нетрудоспособностью и социальной помощью. Ориентировочный экономический выигрыш программ диспансеризации и первичной профилактики в регионах Российской Федерации за 3 года составит 19,2 млрд рублей.
- Внедрение комплексной программы «Совершенствование системы оказания медицинской помощи больным с инсультами и инфарктами миокарда» позволит:
 - повысить доступность и качество оказания медицинской помощи всем категориям пациентов, страдающих сосудистой патологией;
 - внедрить новые технологии лечения пациентов, страдающих сосудистой патологией, в том числе методы малоинвазивных рентген-эндоваскулярных интервенционных вмешательств, сосудистой хирургии, малоинвазивной нейрохирургии, а именно:
 - расширение применения тромболитика до 30% всех больных с острым инфарктом миокарда, а также внедрение тромболитика уже на догоспитальном этапе силами кардиологических бригад СМП;
 - внедрение системного тромболитика из расчета 2,5% всех ишемических инсультов в условиях первичных отделений для лечения острых нарушений мозгового кровообращения;

¹³ Программа «Индивидуализированная вторичная профилактика инсульта», НИИ инсульта РГМУ, 2006.

¹⁴ Программа «Госпитальный регистр инсульта», НИИ инсульта РГМУ, 2005.

¹⁵ Мультидисциплинарная образовательная программа «Новые технологии профилактики, диагностики и лечения больных с инсультом», НИИ инсульта РГМУ, в рамках выполнения Государственного контракта Миздравсоцразвития России за 2005 г.

- увеличение числа малоинвазивных рентген-эндоваскулярных интервенционных вмешательств для лечения и профилактики острого коронарного синдрома в 4 раза (с 2 700 до 10 800), а также внедрение этих методов при цереброваскулярной патологии из расчета 15% от необходимого уровня.

При реализации мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях, ожидается снижение смертности от сосудистой патологии на 15–18%, летальности при инсультах и инфарктах миокарда — на 6–7%, что позволит сохранить жизнь более 200 тыс. человек. Ожидается, что диагностика и лечение на ранних стадиях заболевания позволят снизить инвалидизацию на 4%; заболеваемость инсультом и инфарктом миокарда на 20%, в том числе наиболее тяжелыми повторными сосудистыми нарушениями на 15%.

Таким образом, реализация комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми нарушениями в Российской Федерации позволит снизить показатели заболеваемости, смертности и инвалидности от сосудистой патологии мозга и сердца, улучшить качество жизни больных и существенно уменьшить экономические потери общества.

5. ПРОГРАММА БОРЬБЫ С ТРАВМАТИЗМОМ КОСТНО-МЫШЕЧНОЙ СИСТЕМЫ¹⁶

Обоснование. Болезни и травматические повреждения костно-мышечной системы (КМС), в особенности конечностей и позвоночника, являются сегодня для большинства стран мира, равно как и для России, одной из важнейших медико-социальных проблем. Эта группа патологий занимает в мире 3-е место после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний и 1-е место у людей трудоспособного возраста. Кроме того, эти поражения представляют также и значительную экономическую проблему. В качестве примера можно привести данные эпидемиологических исследований, проведенных в США. Все виды патологии КМС ежегодно служат причиной 131 млн обращений в медицинские учреждения и приводят к общим экономическим потерям в размере 215 млрд долларов. Среди 61 млн травм, ежегодно получаемых американцами, около 33 млн (54,1%) приходится на травматические поражения КМС, из которых 6 миллионов — переломы костей и 27 миллионов — повреждения мягких тканей. Следует отметить, что примерно 40% травм относятся к бытовым, 15% — к производственным, 20% — к спортивным. В 10% случаев травмы получены при автомобильных авариях.

Ежегодно более 90%, или 29 млн американцев, получивших травму КМС, нуждаются в медицинской помощи. Около 16 млн таких травм приводят к снижению привычной физической активности на 250 млн дней. Ежегодные потери трудоспособности выражаются 77,6 млн дней и 7,3 млн дней непосещения учебных заведений. Ежегодно 71 млн койко-дней приходится на 7,3 млн госпитализированных больных с травмами КМС (в среднем 8,7 дня на каждого пациента). Каждая восьмая больничная койка занята травмированным пациентом. Ежегодно в США более 80 тыс. человек становятся инвалидами после травмы КМС.

Травматические поражения КМС являются причиной наибольших потерь потенциальной жизни людей. Так, по данным бюро статистики Департамента здравоохранения штата Техас (США), за год травмы послужили

¹⁶ Подготовлена доктором медицинских наук Варшавским Ю.В.

причиной 245 тысяч потерянных лет потенциальной жизни (ПЛПЖ, или в английской транскрипции *YPLL*), тогда как онкологические заболевания — 130 тыс. ПЛПЖ, а сердечно-сосудистые болезни — 100 тыс. ПЛПЖ.

По данным Всемирной организации здравоохранения, за год смертность от всех видов травм во всем мире составляет 9,1% от показателя общей смертности населения. По данным Госкомстата РФ, за тот же период смертность от травм по всей России составила 13,6% от показателя общей смертности. Как это ни прискорбно, приходится констатировать, что Россия в структуре смертности от травм в Европе дает 37,8% от общего числа. Возможно, это связано с различными факторами, среди которых, на наш взгляд, важнейшими являются дорожно-транспортный травматизм, локальные боевые конфликты и т. п.

Мы не случайно уделили пристальное внимание ситуации в США и Европе, поскольку статистическая информация о травматизме и повреждениях КМС в России за последние пять лет содержит лишь т. н. валовые показатели (усредненные цифры):

| | Абсолютное число (тыс. ед.) | На 1 млн чел. |
|---|--------------------------------|---------------|
| Общее количество травм | 32450 | 216300 |
| Повреждения КМС, из них: | 17550 | 117020 |
| переломы костей | 3000 | 21280 |
| повреждения мягких тканей | 14361 | 95744 |
| Количество пациентов, нуждающихся в специализированной медицинской помощи | 15795 | 105318 |

К сожалению, дальнейшая детализация этих данных весьма затруднительна: официальные документы учета и отчетности ограничиваются лишь общими показателями. Более того, если рассматривать лечебно-диагностический процесс перенесшего травму, не говоря о его последующей судьбе (медицинские последствия в отдаленном периоде, социальная помощь), как некий данный технологический цикл производства, то он не отражен в принятой документации. Иными словами, итоговые статистические сведения не предусматривают оценку проделанной работы по конечному ее результату. Регламентированные выкладки в основном нацелены на общий анализ деятельности служб и ведомств (то есть по вертикали), нежели на квалификацию пути пациента, проходящего через эти службы и ведомства по горизонтали.

Однако, несмотря на то что более подробная характеристика травматизма в России может быть получена только инициативным путем, на наш взгляд, вполне допустима экстраполяция большинства соответствующих показателей медицинских статистик США и Европы к условиям нашей страны. Так, по данным Международной ассоциации ортопедов и травматологов, уровень заболеваемости по повреждениям КМС находится в сопоставимых пределах во всех развитых странах мира. Суммарные показатели травматизма, в том числе переломов костей и повреждений мягких тканей, из расчета на 1 млн населения в США, Европе и России практически идентичны. Полученные нами при работе в ряде округов Москвы сведения о количестве пациентов с повреждениями КМС, нуждающихся в медицинской помощи, число госпитализированных из них, а также использованных для этих целей койко-дней совпадают с данными США и Европы.

Таким образом, если вернуться к проблеме планирования медицинских услуг, то по разделу повреждений КМС с высокой долей вероятности нас ожидают из расчета на 1 млн населения следующие годовые показатели:

| | |
|---|--------------------|
| Общее количество травм | 200 000–220 000 |
| Повреждения КМС, из них: | 100 000–120 000 |
| – переломы костей | 20 000–22 000 |
| – повреждения мягких тканей | 90 000–100 000 |
| Количество пациентов, нуждающихся в медицинской помощи | 100 000–110 000 |
| Общее число дней нетрудоспособности | 290 000–320 000 |
| Общее количество госпитализированных | 24 000–27 000 |
| Общее количество койко-дней | 330 000–380 000 |
| Общее количество лиц с длительной потерей качества жизни, часть из которых получит инвалидность | 19 000–21 000 тыс. |

Анализ общепринятой модели ведения больных с повреждениями костно-мышечной системы убедительно показывает, что огромные непрямые затраты обычно связаны с продолжительной нетрудоспособностью пациентов, а также с переходом части их на инвалидность вследствие не распознанного своевременно патологического процесса и неадекватно проведенного первичного лечения.

Предложения. Последние два-три десятилетия ознаменовались крупными достижениями в получении изображений различных органов и тканевых структур организма. Разработаны и прогрессивно внедряются в широкую медицинскую практику ультразвуковая диагностика, рентгеновская и магнитно-резонансная компьютерная томография, новые методы радионуклидного исследования, модернизированы методы эндоскопии, в том числе артроскопии. Благодаря этому сегодня можно выявлять все детали поражения внутрисуставных мягкотканых и хрящевых элементов суставов.

За это же время ортопедическая хирургия обогатилась совершенными методами оперативного вмешательства при восстановлении и замене поврежденных анатомических структур; многие операции на суставах осуществляются артроскопически, без их широкого вскрытия. Своевременно проведенное такое вмешательство во многих случаях позволяет полностью излечивать больных с восстановлением их трудоспособности и качества жизни. Разумеется, эти операции возможны только после применения прецизионных диагностических технологий, а все это вкуче значительно повышает медицинскую эффективность лечебного процесса, не говоря уже о значительном сокращении прямых и не прямых экономических потерь, связанных с данным видом патологии.

Достижения лучевой диагностики в обсуждаемом разделе отбросили в аутсайдеры сложившиеся алгоритмы обследования пациентов. Так, классический рентгеновский метод при травме крупных суставов сегодня в состоянии обеспечить полноценную диагностику не более чем в 5–7% случаев! Перелом кости, выявленный в травматологическом пункте, равно как и его консолидация спустя регламентированные сроки, не исключает возможности повреждения мягкотканых образований сустава (только 6% пациентов с острой травмой колена имеют переломы костей, 94% — повреждения мягких тканей). Упорные боли, хромота, отеки, сохраняющиеся после снятия гипса и по прошествии реабилитационного периода, становятся основанием для магнитно-резонансной томографии сустава, и только тогда обнаруживается, к примеру, разрыв крестовидной связки. Эффективность хирургического вмешательства в столь отдаленные сроки в подобной ситуации весьма низкая. В результате — печальный исход: протезирование и социальное обеспечение, или только второе — из-за отсутствия средств на первое.

Проведенный нами анализ общепринятой модели ведения больных с травматическими повреждениями костно-мышечной системы (КМС) убедительно

тельно показывает, что значительная часть прямых расходов связана с многократным дублированием низкоэффективных диагностических исследований и проведением длительной дорогостоящей неадекватной терапии из-за отсутствия достоверной информации об истинном характере повреждения. Рост уровня непрямых затрат обусловлен продолжительной нетрудоспособностью пациентов и вынужденной необходимостью самостоятельно «компенсировать» дефекты предшествующего лечебно-диагностического процесса.

К сожалению, в «портфеле» научных исследований отсутствует направление, связанное с медико-экономическим обоснованием используемых медицинских технологий в здравоохранении. Сформированные в давно устаревших ориентирах организационные надстройки живут собственными интересами, независимо от возложенных на них функций, и реализуются в системе медицинской помощи населению в колоссальных объемах. Весьма далеки от желаемого применяемые технологии, структура штатов и средств, нормативы, разграничение полномочий и иерархии учреждений, преемственность, не говоря об учете и отчетности, призванных быть инструментом в оценке эффективности индустрии медицинской помощи.

Даже в тех случаях, когда имеет место реальное планирование, оно неизбежно привязывается к сложившемуся укладу и, кроме того, ограничивается только внутриведомственным фрагментом проблемы. Ее общая горизонталь, пронизывающая несколько сфер бюджетных ассигнований, как правило, не просматривается. Нередко значительные расходы по линии соцобеспечения компенсируют низкую результативность медицинской помощи, но это уже не беспокоит органы здравоохранения, поскольку является вопросом другой отрасли.

Согласно нашим расчетам, использование для всех пациентов с травмой КМС оптимального по медико-социально-экономическому результату лечебно-диагностического подхода может привести к существенному сокращению как прямых, так и косвенных издержек, то есть обеспечить медицинскую и финансово-экономическую выгоду.

Если рассматривать общие экономические потери от применения неадекватных (с учетом современных возможностей) лечебно-диагностических технологий при травме КМС (на 1 млн населения), то это они составляют более 2 млрд рублей (прямые расходы — почти 550 млн руб., косвенные — более 1,5 млрд рублей).

Проведенный анализ приводит к выводу о необходимости реорганизации службы оказания медицинской помощи при травматических повреждениях костно-мышечной системы различной локализации. В условиях городского здравоохранения необходимо создавать специализированные Центры поражений опорно-двигательного аппарата при стационарных ЛПУ, имеющих в своем составе травматологические и ортопедические отделения, где наряду с обычным рентгенологическим возможно выполнение ультразвуковых, магнитно-резонансных и артроскопических исследований. Задачи таких Центров можно распространить на все разделы патологии костно-мышечной системы. По нашим расчетам, в условиях городского здравоохранения подобной задаче соответствует норматив — 4 центра на 1 млн населения.

Сопоставляя размер ежегодно теряемых средств из-за неадекватной медицинской помощи при повреждениях КМС с объемом инвестиций, необходимых для полноценного оснащения лечебно-диагностическим оборудованием четырех таких Центров, получаем разницу более 1,7 млрд руб. Только по прямым расходам достоверная разница составляет почти 350 млн руб.

Аппаратное оснащение лечебно-диагностического центра патологии скелетно-мышечной системы (4 центра)

| Наименование оборудования | Стоимость 4 экз. (руб.) |
|-------------------------------------|-------------------------|
| УЗ-сканер | 25 500 000 |
| Рентгеновский аппарат типа «С-дуга» | 10 200 000 |
| Рентгеновский компьютерный томограф | 81 600 000 |
| МР-томограф | 81 600 000 |
| Оборудование для артроскопии | 4 080 000 |
| Итого: | 202 980 000 |

Таким образом, при расчетной необходимости 4 аналогичных Центров на 1 миллион населения, сумма только ежегодной прямой выгоды более чем в 2 раза превышает капиталовложения, требуемые для материально-технического обеспечения современной лечебно-диагностической базы этих Центров.

Обобщающие показатели по всему населению РФ (142 млн чел.):

- общие экономические потери от применения неадекватных лечебно-диагностических технологий по травме КМС — 284 млрд руб.,
- объем инвестиций для аппаратного оснащения лечебно-диагностического Центра патологии КМС современным оборудованием (568 центров) — 29 млрд руб.;
- ежегодная прямая выгода — 255 млрд руб.

Очевидно, что указанные факторы должны быть правильно осознаны обществом и государственными структурами с целью принятия соответствующих мер по радикальному изменению ситуации. Такой шаг будет иметь существенную отдачу в медицинском, экономическом, социальном и психологическом аспектах. По нашему мнению, рациональное использование имеющихся ресурсов лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), а также перераспределение бюджетных средств для формирования достаточной лечебно-диагностической базы позволит предотвратить в ближайшем будущем значительную часть прогнозируемых прямых и косвенных потерь, не говоря о лучших показателях медицинской результативности в системе медицинской помощи больным травматологического профиля.

6. ОРГАНИЗАЦИЯ И ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОГРАММНО-ЦЕЛЕВОГО УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Для того чтобы оценить размер средств, которые необходимы для выполнения целевых программ по сокращению смертности, инвалидности и заболеваний, необходимо прежде всего определиться с поэтапными результатами осуществления целевых программ. Чем весомее будут цели таких программ, тем, естественно, больше они потребуют финансовых вложений.

По нашей экспертной оценке, по крайней мере три четверти всех дополнительных средств на осуществление целевых программ будут нацелены на сокращение смертности. Меры, которые нужно осуществить для радикального уменьшения смертности, автоматически приведут к значительному сокращению инвалидности и заболеваемости — без этого нельзя будет продвинуться и в сокращении смертности. Поэтому на дополнительное сокращение инвалидности и заболеваемости потребуется не так много средств — по нашей оценке, до одной четверти от всех средств.

Именно поэтому мы сосредоточились в первую очередь на показателях сокращения смертности. Как было показано выше, потенциал сокращения смертности в год в России составляет 1 млн человек. Это предполагает сокра-

шение смертности примерно вдвое в сравнении с сегодняшним уровнем — до средних показателей, достигнутых передовыми странами. Столь значительное сокращение смертности могло бы быть достигнуто в два этапа.

За первые 5–6 лет — до 2012–2013 гг. можно было бы сократить смертность примерно на 500 тыс. чел. и довести ее до 1,6–1,7 млн человек (примерно до 12 на тысячу человек населения вместо примерно 15 в настоящее время). Тем самым Россия по уровню смертности выйдет на уровень продвинутых стран развивающегося мира примерно с таким же уровнем экономического развития. И с 100-го места по уровню смертности населения в международном рейтинге стран Россия при этом продвинется на 50–60-е место. Это приведет к радикальному сдвигу и в средней продолжительности жизни населения России, которая возрастет с 67 до 73–74 лет, в том числе у мужчин — с 61 до 69, а у женщин — с 73 до 77–78 лет. Самый значимый резерв сокращения смертности — это ее сокращение за счет сердечно-сосудистых заболеваний, она могла бы сократиться с 1300 тыс. человек до 900 тыс. человек, при том в наибольшей мере предстоит сократить смертность людей в трудоспособном возрасте. Главную роль будет играть сокращение смертности от инфарктов и инсультов, что потребует не только коренного улучшения профилактических мероприятий по нормализации кровяного давления и содержания холестерина в крови, но и радикального увеличения операций ангиопластики и шунтирования, а также эндоваскулярных процедур и нейрохирургических операций при остром инсульте. Их количество нужно увеличить за 5–6 лет, по крайней мере, в 10–20 раз, что предполагает среднегодовое увеличение количества таких операций в 1,5 раза. Для этого нужно всемерно развить и расширить существующие кардиоцентры и создать при крупных клиникских больницах дополнительно не менее 50 таких центров (по 10 в год). Для этого соответственно необходимо создать неврологические отделения острых нарушений мозгового кровообращения (инсультов) и региональные сосудистые центры, оснастить современным оборудованием, внедрить новые технологии диагностики и лечения сосудистых заболеваний, обеспечить круглосуточное дежурство. Предварительная оценка требуемых дополнительных средств — до 1 млрд долларов инвестиций и около 500 миллионов дополнительных текущих затрат ежегодно.

Насколько эффективными будут подобные затраты? Такие затраты позволят к 2012–2013 гг. сократить смертность населения от инсультов и инфарктов на 150–200 тыс. человек в год. Так как за 5–6 лет цифры по сокращению смертности будут нарастать постепенно, то в целом за 5–6 лет удастся спасти жизнь примерно 350–400 тыс. человек. Общие затраты на это составят 6 млрд долларов инвестиций и до 3 млрд долларов дополнительных текущих затрат.

Какова эффективность сохранения жизни одному человеку в России? Обычно это оценивается с помощью показателя стоимости жизни, который у нас не рассчитывается. По нашим расчетам, средняя стоимость жизни одного человека в России может быть оценена в 250–300 тыс. долл. Россия подписала международное соглашение о том, что если гибнут пассажиры в международном рейсе, то минимальное возмещение за гибель одного пассажира составляет 150 тыс. долларов. Эта цифра соответствует стоимости жизни одного человека в самой бедной стране, имеющей международные рейсы, например в Индии, где уровень реальных доходов втрое ниже чем в России. В США же, например, стоимость жизни человека превышает 1 млн долларов. Даже если принять минимальную стоимость жизни в России за 150 тыс. долларов, то спасение 350–400 тыс. жизней может быть оценено примерно в 60 млрд долларов, которые реализуются, естественно, не за один год, а за весь жизненный цикл.

Насколько значительны затраты в 1 млрд долларов инвестиций и 0,5 млрд текущих затрат в год для бюджета российского здравоохранения? В настоящее время с учетом всех источников оплаты медицинской помощи, включая легальные и нелегальные частные расходы, общие затраты на здравоохранение составляют около 5% валового внутреннего продукта России. ВВП России в 2006 г. составил примерно 1000 млрд долл., таким образом, все расходы на здравоохранение могут быть оценены в 50 млрд долларов. При этом по линии консолидированного бюджета РФ на здравоохранение выделяется около 1 трлн рублей, или 38 млрд долл. (3,8% ВВП). На фоне других стран и необходимости коренного улучшения здравоохранения России эти расходы представляются недостаточными.

Передовые страны расходуют на здравоохранение обычно 8–10% ВВП, который к тому же в 2–3 раза превышает в расчете на душу населения соответствующие показатели в России. Мы не говорим о США, где на здравоохранение тратится до 16% ВВП (его объем — более 12 трлн долл.), что составляет более 1,9 трлн долларов в год (а объем ВВП России, исчисленный по курсу рубля и доллара, составляет 1 трлн долл.). При этом надо учесть, что численность населения России более чем вдвое ниже, чем в США. На здравоохранение в расчете на одного жителя США тратится 550 долл., а в России — 30 долл. в месяц.

Если просчитать общую сумму приведенных затрат, текущих и инвестиционных, то их сумма на кардинальное сокращение смертности от инсультов и инфарктов составляет только 1,5% от текущих расходов в стране на здравоохранение. Эти 1,5% дополнительных расходов в год обеспечат сокращение смертности в России в среднем на 8%.

Чтобы за 5–6 лет проделать столь огромную работу по одному, хотя и важнейшему, направлению по сокращению смертности, предстоит осуществить широкий круг мероприятий. Так, при инсульте и инфаркте в первые сутки в России умирает в 3–5 раз больше больных на 100 случаев, чем в развитых странах. В том числе это связано с медленной доставкой больных в клиники, недостаточно квалифицированной и интенсивной помощью в первые часы заболевания и т. д. Естественно, требуются значительные средства для обучения и подготовки специалистов скорой медицинской помощи, организации и развертывания специализированных отделений, куда эти больные доставляются в кратчайшие сроки от начала заболевания, с оснащением приемных отделений современным диагностическим оборудованием.

Большую сложность представляет подготовка и переподготовка высококвалифицированного персонала. Для расширяющихся существующих медицинских центров и создания новых неврологических отделений острых нарушений мозгового кровообращения (инсультов) и региональных сосудистых центров требуется значительное количество высококвалифицированных врачей, среднего и младшего медперсонала, педагогов. Должна быть составлена специальная подпрограмма с выделением необходимого финансирования для подготовки и переподготовки, в том числе стажировки в зарубежных клиниках, медицинского персонала. Затраты огромных средств на закупку современного оборудования окажутся неэффективными, если не будет вовремя подготовлен персонал, который способен грамотно и интенсивно использовать это оборудование.

На этом одном примере первого этапа осуществления целевых программ мы попытались раскрыть некоторые экономические аспекты предлагаемых мероприятий. Самое трудное — это начальные шаги выполнения первого этапа. В дальнейшем будет накоплен опыт, и если успешно будет выполнен первый этап, второй этап работы, нацеленный на достижение уже результатов развитых стран, на наш взгляд, пройдет более гладко.

**СТРАТЕГИИ ТРАНСФОРМАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ
ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ****С.В. Шишкин**, д.э.н., директор научной программы НИСП**1. ВВЕДЕНИЕ**

Особенностью России, как и других государств СНГ, является масштабный разрыв между декларируемыми гарантиями и реальными условиями оказания медицинской помощи населению. В 90-е годы расходы государства на здравоохранение значительно сократились в реальном выражении, недостаток государственного финансирования был компенсирован развитием практики оказания медицинской помощи за плату и ростом расходов населения на оплату медицинских услуг и лекарственных средств. Эти процессы и их влияние на доступность медицинской помощи для разных групп населения, а также возможные способы восстановления баланса между гарантиями и их государственным финансированием выступали предметом целого ряда исследований [Шейман, 2000, Шишкин, 2000, Богатова и др., 2003, Бесстремьянная и др., 2004, Бесстремьянная и др., 2005, Флек, 2005]. Но при этом констатация декларативности существующих гарантий бесплатной медицинской помощи, роста платности медицинских услуг, неравенства социальных групп в возможностях получения медицинского обслуживания затушевывали фактически происходящую трансформацию государственных гарантий и роль в этом государственной политики, фактически санкционирующей замещение бесплатных медицинских услуг платными.

Вплоть до середины 2004г. не предпринималось попыток проведения альтернативной политики, хотя в долгосрочной программе правительства, принятой в 2000 г., декларировались задачи достижения сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения и их финансового обеспечения путем реструктуризации здравоохранения, реализации мер по повышению прозрачности и рациональности использования бюджетных и страховых средств в системе здравоохранения, а также увеличения размеров бюджетного финансирования здравоохранения [Правительство РФ, 2000].

Начало в 2004г. нового электорального цикла в условиях роста доходов государства актуализировало поиск путей решения проблем организации здравоохранения в стране. В экспертном сообществе активно обсуждались возможности пересмотра государственных гарантий и приведения их в соответствие сложившимся реалиям в распределении бремени финансирования здравоохранения между государством и населением. В качестве альтернативы был предложен путь конкретизации государственных гарантий [Слепнев и др., 2004].

В послании Президента РФ Федеральному собранию в мае 2004г. были поставлены масштабные задачи модернизации здравоохранения, первой

среди которых была названа задача разработки и утверждения детальных стандартов медицинских услуг, которые должны предоставляться при каждом заболевании [Президент РФ, 2004]. Но к практической реализации реформы здравоохранения и указанной трансформации государственных гарантий правительство так и не приступило. Приоритет был отдан проведению кампании по монетизации социальных льгот для ряда категорий населения. В рамках этой кампании были реализованы меры по изменению гарантий и механизмов лекарственного обеспечения целевых категорий населения («льготников»). Отказ от назревших структурных и институциональных преобразований в здравоохранении был компенсирован начатым с 2006 г. приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения, который предусматривает реализацию комплекса мер по повышению ресурсной обеспеченности системы здравоохранения.

Предпринимаемые в последние три года действия правительства характеризуются вбрасыванием финансовых средств в отрасль для селективного финансирования проблемных зон в оказании бесплатной медицинской помощи.

Настоящая работа преследует цели охарактеризовать стратегии действий государства по отношению к гарантиям оказания медицинской помощи населению, оценить их влияние на доступность медицинской помощи, определить перспективы реализации альтернативных стратегий.

2. ФИНАНСОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи населению в общем виде сформулированы в ст. 41 Конституции РФ: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». В 1998 г. Правительство Российской Федерации по инициативе Министерства здравоохранения утвердило Программу государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 1999 г. [Правительство РФ, 1998]. В этом документе были указаны виды бесплатно предоставляемой медицинской помощи (скорая, амбулаторно-поликлиническая, стационарная), обобщенные условия их оказания (например, стационарная помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям) и, что наиболее важно, показатели объемов медицинской помощи в расчете на 1000 человек, которые должны быть финансово обеспечены государством (*табл. 1*). В последующий период правительство внесло ряд незначительных изменений в эту программу, а с конца 2004 г. стало утверждать программу на каждый последующий год.

При разработке программы в 1998 г. были рассчитаны усредненные нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи (на один вызов скорой помощи, одно посещение амбулаторно-поликлинической организации, один койко-день в стационаре и один день пребывания в дневном стационаре). С 2005 г. эти нормативы включаются в текст утверждаемой правительством программы (*табл. 2*).

Эти нормативы позволяют рассчитывать объемы затрат, которые должны быть профинансированы из бюджетов и системы обязательного медицинского

Таблица 1. Показатели программы государственных гарантий обеспечения бесплатной медицинской помощью

| Виды медицинской помощи | Объем в расчете на 1000 чел. | | | |
|--|------------------------------|-----------|----------------|-----------|
| | 1999 программа | 1999 факт | 2006 программа | 2006 факт |
| Скорая помощь (вызовы) | 340 | 317 | 318 | 342 |
| Стационарная (койко-дни) | 2901,5 | 3297,3 | 2812,5 | 3002 |
| Медицинская помощь в дневных стационарах (дни лечения) | 660 | 199,4 | 577 | 414 |
| Поликлиническая (врачебные посещения) | 9198 | 8970 | 9198 | 8527 |

Источник: Министерство здравоохранения РФ. Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения за 1999 г., форма № 47; Правительство РФ, 1998, 2005; Минздравсоцразвития РФ, 2007.

Таблица 2. Нормативы финансовых затрат на единицу медицинской помощи, предусмотренные программами государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, руб.

| Нормативы затрат | 1999 | 2006 |
|--|-------|-------|
| На 1 вызов скорой медицинской помощи | 146,9 | 913,3 |
| На 1 посещение амбулаторно-поликлинической организации | 13,0 | 100,5 |
| На 1 койко-день в стационаре | 95,1 | 588,4 |

Источник: Минздрав РФ, 1998; Правительство РФ, 2004, 2005.

страхования (ОМС) для обеспечения реализации государственных гарантий. На основе вышеуказанных нормативов органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации рассчитывают нормативы финансирования программы в расчете на 1 человека. Эти расчетные показатели служат для определения размеров финансирования здравоохранения из бюджетов субъектов РФ и системы ОМС.

Следует отметить, что расчет значений вышеуказанных нормативов основывался на фактически сложившихся размерах государственного финансирования лекарственного обеспечения и питания пациентов в медицинских учреждениях, которые не обеспечивают достаточного уровня качества лечения. В расчет нормативов закладывается существующий уровень заработной платы медицинских работников, который воспринимается ими как заниженный и стимулирует их прибегать к неформальным платежам [Богатова и др., 2003]. Нормативы не включают расходы на возмещение износа оборудования. Таким образом, значения утверждаемых нормативов не отражают того уровня затрат на оказание медицинской помощи, обеспечение которого государством исключало бы необходимость софинансирования оказания этой помощи самими пациентами.

Но даже и тот уровень затрат, который определен указанными нормативами, фактически не обеспечивается государством. В 2006 г., по данным, полученным из субъектов РФ,¹ средний уровень финансовой обеспеченности территориальных программ государственных гарантий (то есть сумма

¹ База данных об организации финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации.

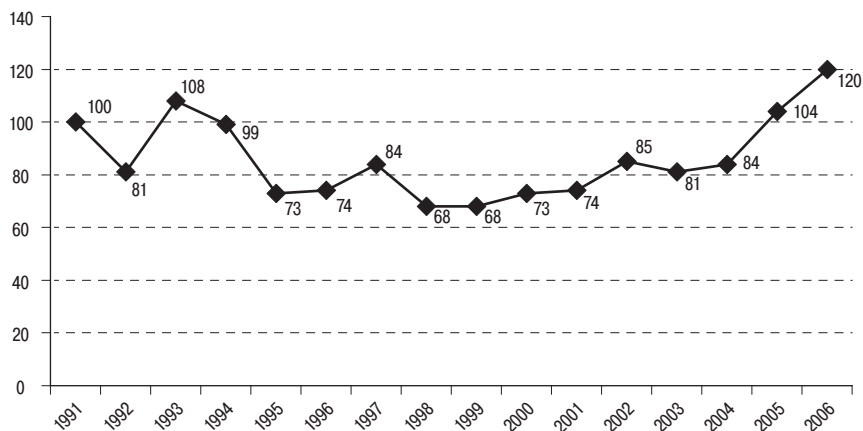
финансирования программы из консолидированного бюджета субъекта РФ и территориальной системы ОМС, деленная на расчетную стоимость программы) составил 82%. При этом значение указанного показателя сильно различается по регионам (рис. 1).

3. СТРАТЕГИЯ САНКЦИОНИРОВАННОГО ЗАМЕЩЕНИЯ БЕСПЛАТНЫХ УСЛУГ ПЛАТНЫМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОГО МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ И ИХ РАБОТНИКАМИ

В 90-е годы вследствие сокращения ВВП и доходов государства значительно уменьшились размеры государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении. Если сравнивать размеры расходов государства в разные годы, используя для пересчета в сопоставимое выражение индексы-дефляторы ВВП, то бюджетные затраты на здравоохранение и физическую культуру и взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения составили в сумме в 1998–1999 гг. лишь 68% от величины бюджетного финансирования здравоохранения и физической культуры в 1991 г. (рис. 2).

Сокращение государственного финансирования сопровождалось перемещением бремени расходов на здравоохранение на население. Если сопоставить фиксируемые государственной статистикой объемы реализации платных медицинских услуг и лекарств в розничной сети с использованием индексов роста цен на них, то за период с 1994 г. по 1999 г. указанные объемы в сумме увеличились в 2,6 раза.

Рисунок 2. Расходы государства на здравоохранение в реальном выражении (1991 = 100 %)



Источник: расчет по данным Росстата с использованием индексов-дефляторов ВВП.

Проблема несбалансированности между государственными гарантиями бесплатного медицинского обслуживания населения и размерами их государственного финансирования решалась государством посредством стратегии неявного замещения бесплатной медицинской помощи платной [Шейман, 2000]. Рассматривая политику государства с точки зрения трансформации государственных гарантий, можно квалифицировать действия органов власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях в отношении государственных гарантий оказания медицинской помощи как реализацию стратегии санкционированного замещения бес-

платных медицинских услуг платными, осуществляемого медицинскими учреждениями и их работниками. В 90-е годы, в условиях сокращения государственного финансирования здравоохранения, медицинские работники стали предлагать пациентам самостоятельно покупать лекарства для лечения в больницах, расходные материалы для проведения исследований и процедур в амбулаторных учреждениях, а также платить врачам и медицинским сестрам в руки за их лечение. Медицинские учреждения стали предлагать пациентам платные услуги: лечение в сравнительно более комфортных условиях, проведение диагностических исследований и операций вне обычной очереди и т. д.

Развитие практик формальной и неформальной оплаты медицинской помощи явно не поощрялось органами власти, но основная их часть санкционировала оказание платных услуг в подведомственных учреждениях. Некоторые руководители, наоборот, активно противодействовали легализации платного медицинского обслуживания, но и те, и другие не предпринимали активных попыток воспрепятствовать распространению неформальных платежей, закрывая на это глаза.

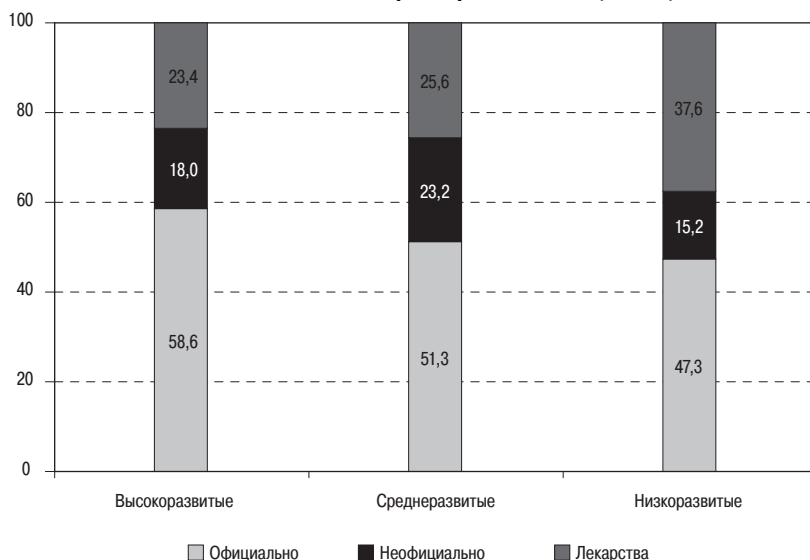
С 2000 г. государственное финансирование здравоохранения в реальном выражении увеличивается: рост в 2005 году по сравнению с 1999 г. составил 40%. Но расходы населения росли более быстрыми темпами: в 2005 г. они превысили уровень 1999 г. в 2,2 раза. В итоге доля средств населения в финансировании здравоохранения, составлявшая в 1994 г. 11%, достигла в 2005 г. 34%.

Органы управления здравоохранением продолжают проводить политику санкционирования деятельности подведомственных медицинских учреждений по предоставлению платных услуг населению. Платное медицинское обслуживание в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения легализуется органами власти субъектов РФ и органами местного самоуправления.

Рассмотрим подробнее практику регулирования оказания платных медицинских услуг [Шишкин, Канатова, Селезнева, Чернец, 2007]. В 2006 году в 83% регионов имелись нормативные документы (нормативные акты субъектов РФ, приказы регионального органа управления здравоохранением), регулирующие условия предоставления платных услуг в государственных лечебно-профилактических учреждениях.² Формально эти документы призваны упорядочить условия оказания платных медицинских услуг и не допустить, чтобы платные услуги предоставлялись в ущерб возможностям получения бесплатной медицинской помощи. В качестве мер, направленных на предотвращение возможных злоупотреблений, устанавливаются требования разделения потоков «платных» и «бесплатных» пациентов по времени оказания услуг и по месту их предоставления, то есть требования организации платного приема медицинским учреждением в другом помещении и в другое время. Однако требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по времени оказания медицинских услуг нормативно закреплено лишь в 70% регионов. Требование разделения потоков пациентов, которым оказываются бесплатные и платные услуги, по месту оказания медицинских услуг встречается еще реже — только в 45% регионов. Реально же эти документы, принятые в подавляющем большинстве регионов, не столько ограничивают, сколько легализуют платное оказание медицинской помощи.

² База данных об организации финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации.

Рисунок 3. Соотношение сумм официальных и неофициальных платежей за лечение в стационарах в регионах РФ, 2003, %



Источник: Бесстремная, Шишкин, 2005.

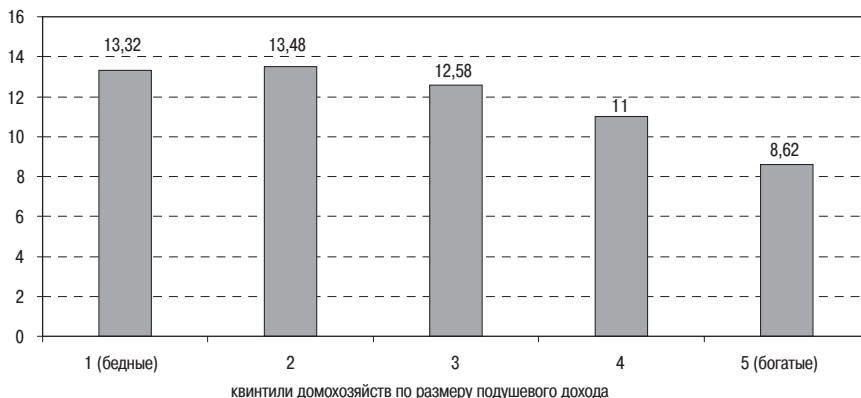
Лишь в 12% субъектов РФ региональные органы управления здравоохранения определяют тарифы на платные услуги государственных медицинских учреждений. В 56 регионах тарифы устанавливаются самими учреждениями по согласованию с региональным органом власти. В 16% регионов государственные медицинские учреждения полностью самостоятельно определяют цены на свои платные услуги.

Совсем редко, всего в 4% регионов, региональные органы власти утверждают тарифы на платные медицинские услуги в муниципальных медицинских учреждениях. Здесь нормоустанавливающую функцию выполняют органы местного самоуправления. Они определяют тарифы в 24% регионов, в 66% регионов тарифы устанавливаются учреждениями по согласованию с региональным органом власти и/или органами местного самоуправления, и в 5% регионов муниципальные медицинские учреждения полностью самостоятельно определяют цены на свои платные услуги.

Эти данные свидетельствуют, что в политике органов власти по отношению к практикам платного медицинского обслуживания доминирует установка на санкционирование инициативного развития медицинскими учреждениями деятельности по предоставлению медицинской помощи за плату.

Анализ данных обследования НОБУС, проведенного в 2003 г., о расходах домохозяйств на оплату медицинской помощи, осуществляемую через кассу медицинских учреждений (официально) и непосредственно в руки медицинским работникам (неофициально), привел к интересным результатам о соотношении легальных и неформальных платежей за медицинскую помощь в регионах, различающихся по уровню экономического развития [Бесстремная, Шишкин, 2005]. Если разделить регионы, в которых проводилось исследование, на три группы, в соответствии с уровнем подушевого ВРП, и сравнить соотношение официальных и неофициальных расходов домохозяйств на оплату лечения в стационарах (в среднем по стране объемы официальных и неофициальных расходов здесь сопоставимы), то обнаруживается

Рисунок 4. Средние доли расходов на лечение в доходах домохозяйств за вычетом расходов на питание, в месяц, по группам домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов, в %



Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003г.

интересная тенденция: чем выше уровень экономического развития группы регионов, тем выше в совокупных расходах доля официальных платежей за медицинские услуги (рис. 3). Другими словами, в более богатых регионах более высокая доля платежей при госпитализации идет по-белому, в кассу больниц, а в более бедных регионах большая часть платежей проходит мимо кассы медицинских учреждений — на оплату лечения в руки медицинским работникам и на самостоятельное приобретение лекарств для лечения в больницах. Таким образом, в регионах, где население имеет больше доходов и возможностей получать медицинскую помощь на платной основе, эти платежи в большей мере осуществляются легально, через кассу медицинских учреждений.

Приведенные данные позволяют говорить о том, что в регионах идет процесс стихийной легализации платной медицины, и идет он быстрее в более богатых регионах. Такая тенденция характеризует перспективу развития этого процесса по мере продолжения экономического роста и увеличения доходов населения. Реализуемая государством стратегия санкционированного замещения бесплатных медицинских услуг платными имеет прямым следствием существенное неравенство в доступности медицинской помощи и в несении бремени расходов на ее оплату.

Распространенность практик оплаты лечения варьирует по регионам страны; причем анализ показывает наличие статистически значимой обратной зависимости между подушевыми государственными расходами на здравоохранение и долей пациентов, которые платят за стационарную помощь [Бесстремьянная, Шишкин, 2005].

Прибегать к оплате медицинской помощи приходится и бедным, и богатым, но расходы на лечение ложатся на них неравным бременем. Расчет показателей доли среднемесячных затрат домохозяйств на лечение в их доходах за вычетом расходов на питание, выполненный по данным обследования НОБУС³, свидетельствует о наличии заметного неравенства по этому показателю между группами домохозяйств с разным уровнем подушевых доходов (рис. 4). Значение этого показателя для домохозяйств из первых двух квинтильных

³ Расчет выполнен Е. В. Селезневой

групп (то есть для бедных) в 1,5 раза больше, чем для домохозяйств из пятой группы (богатых).

Сокращение государственного финансирования здравоохранения привело не только к замещению бесплатных медицинских услуг платными, но и к снижению качества того, что граждане получают в медицинских учреждениях без оплаты. Результаты сравнительного анализа медицинских услуг, предоставляемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях бесплатно и за плату, выполненного на основе данных о работе 20 амбулаторно-поликлинических учреждений в Москве, Санкт-Петербурге и Саратове в 2000 г., показывают, что среднее количество услуг, предоставляемых за плату, в расчете на одного пациента больше в 1,3–2 раза этого показателя при бесплатном лечении [Гудков и др., 2002]. Результаты этого исследования свидетельствуют о низком качестве оказываемой амбулаторной медицинской помощи по сравнению с установленными государством требованиями (федеральными стандартами).

Стратегия санкционированного замещения бесплатных медицинских услуг платными реализовывалась государством до 2004 г. С началом нового электорального цикла стала обсуждаться необходимость изменения прежней политики, были предложены другие стратегии, которые будут рассмотрены ниже. С конца 2004 г. государство реализует в сфере здравоохранения стратегию вбрасывания финансовых средств в отрасль для селективного финансирования проблемных зон в оказании медицинской помощи. Но новая стратегия стала не столько заменой, сколько дополнением старой стратегии.

Следует отдавать себе отчет в том, что возможности продолжения реализации стратегии санкционирования замещения бесплатных услуг платными далеко не исчерпаны. Но это грозит усилением социального неравенства в доступности медицинской помощи и соответствующим влиянием на усиление социального недовольства.

4. СТРАТЕГИЯ РАДИКАЛЬНОГО ПЕРЕСМОТРА ГАРАНТИЙ

Восстановить баланс между государственными гарантиями медицинской помощи населению и их финансовым обеспечением можно путем пересмотра содержания этих гарантий по следующим направлениям:

- 1) изъять из гарантируемого пакета определенные виды медицинской помощи;
- 2) изъять из пакета определенные виды заболеваний, при которых гарантируется медицинская помощь;
- 3) сократить число получателей гарантируемого пакета;
- 4) предусмотреть легальные соплатежи пациентов за предоставляемые им услуги.

С проблемой финансовой необеспеченности государственных гарантий бесплатной медицинской помощи столкнулись все страны СНГ, и все проводили политику санкционирования замещения бесплатных медицинских услуг платными. Но в ряде стран решились на радикальный пересмотр унаследованных от советского строя гарантий. В Армении, Грузии, Молдавии были применены первые три способа пересмотра гарантий. В Киргизии — все четыре.

В Армении, Грузии, Молдавии было законодательно произведено сокращение состава гарантий медицинской помощи населению [WHO, 2001, 2002a, 2002b]. Это было вынужденной мерой — масштабы экономического кризиса и соответственно размеры сокращения бюджетных доходов в первые годы переходного периода в этих странах были таковы, что их правительства были не в состоянии финансировать содержание учреждений здравоохранения на уровне, позволяющем хотя бы для приличия сохранять декларативные гарантии бесплатной медицинской помощи.

В Армении в 1996 г. был принят закон «О медицинской помощи и медицинском обслуживании населения». Прежняя система гарантий бесплатной медицинской помощи и их финансового обеспечения была заменена гарантиями бесплатного предоставления базового пакета медицинских услуг [WHO, 2001]. Он включает санитарно-эпидемиологический контроль, первичную медицинскую помощь, медицинскую помощь детям, акушерско-гинекологическую помощь, медицинскую помощь социально уязвимым группам населения (ветераны войны, дети-инвалиды, дети в неполных семьях, многодетные семьи и др.), а также помощь, предоставляемую в рамках целевых программ по борьбе с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, предоставлению скорой помощи. В 1997 г. была легализована личная оплата пациентами большинства видов медицинских услуг. Но на практике в большинстве случаев пациенты вынуждены платить также из собственных средств за получение услуг, включенных в базовый пакет.

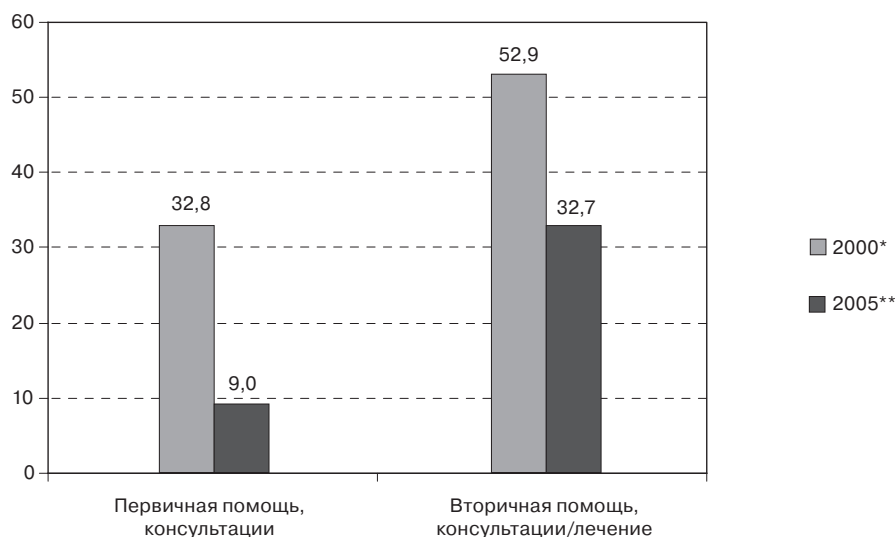
В Грузии равное право граждан на бесплатное медицинское обслуживание было отменено с 1995 г. Государственные гарантии бесплатной медицинской помощи были ограничены лечением психиатрических и инфекционных заболеваний, профилактикой и лечением туберкулеза и онкологических заболеваний, родовспоможением и оказанием медицинской помощи всех видов детям в возрасте до двух лет, детской кардиохирургией, предоставлением медицинских услуг неимущим. Объем медицинских услуг, гарантируемых государством, составляет всего лишь 10–15% от всего комплекса необходимых услуг [Салтман, Фигейрас, 2000.]. При этом радикальное сокращение гарантий не исключило практики неформальной оплаты населением медицинских услуг, входящих в гарантируемый пакет бесплатных услуг.

В Молдавии был принят закон о гарантируемом минимуме медицинской помощи [WHO, 2002b], но содержащийся в нем перечень видов медицинских услуг оказался слишком широким по сравнению с возможностями его финансового обеспечения государством. Реально эти гарантии не выполнялись. В 2003 г. в стране была введена система социального медицинского страхования [Shishkin, Kasevicius, Ciocanu, 2006]. Указанный закон был отменен, и вместо него принята программа обязательного медицинского страхования, предусматривающая оказание застрахованным неотложной амбулаторной и стационарной медицинской помощи, а также госпитализацию и лечение в стационарах в неэкстренных случаях на основе листа ожидания. Консультации у специалистов и неэкстренная госпитализация являются бесплатными только при условии направления пациентов врачами общей практики. Для незастрахованных (неработающих лиц в трудоспособном возрасте и самозанятых, не оплативших страховой полис) гарантируется бесплатно профилактическая помощь и помощь при

социально-значимых заболеваниях, предусматриваемая государственными целевыми программами (лечение туберкулеза, психиатрических заболеваний и др.), неотложная амбулаторная помощь при состояниях, угрожающих жизни, первичная медицинская помощь, оказываемая врачами общей практики в виде осмотров и консультаций о дальнейших диагностических исследованиях и лечении.

Большим достижением молдавской реформы стало то, что пересмотренный пакет гарантий был в целом сбалансирован с размерами его финансирования за счет бюджетных средств и взносов работников и работодателей на социальное медицинское страхование. Рост государственного финансирования здравоохранения (за два года реформ, 2004–2005 гг., на 39 % в реальном выражении по сравнению с 2003 г.) и сбалансированность пересмотренных гарантий с его размерами привели к заметному сокращению доли пациентов, плативших за медицинскую помощь, и увеличению ее доступности для населения (рис. 5).

Рисунок 5. Доля пациентов, плативших за медицинскую помощь в Молдавии до и после проведения реформы здравоохранения, %



* — Рассчитано по данным Berdaga et al., 2000.

** — Рассчитано по данным Stefanet, 2005.

В Киргизии были проведены сокращение гарантируемого пакета медицинской помощи и дифференциация гарантий для застрахованных и незастрахованных в системе социального медицинского страхования, и сверх этого введены соплатежи пациентов за услуги, предоставляемые в рамках гарантируемого пакета [Kutzin et al., 2003]. Соплатежи пациентов за госпитализацию были введены в экспериментальном порядке в марте 2001 г. в двух районах республики (вокруг столицы и на периферии), а впоследствии распространены на всю страну. Размеры соплатежей были дифференцированы для разных категорий населения. Исследование расходов пациентов до введения соплатежей (февраль 2001 г.) и после этого (июль 2001 г.) показали, что совокупные легальные и неформальные платежи населения практически не изменились, но сократились расходы пациентов на приобретение лекарств и медикаментов. Что же касается неформальных платежей медицинским работ-

никам, то они не исчезли, но доля пациентов, платящих врачам, уменьшилась с 60% до 38% в пилотных районах, в то время как в остальных районах она увеличилась в этот период до 70% (рис. 6).

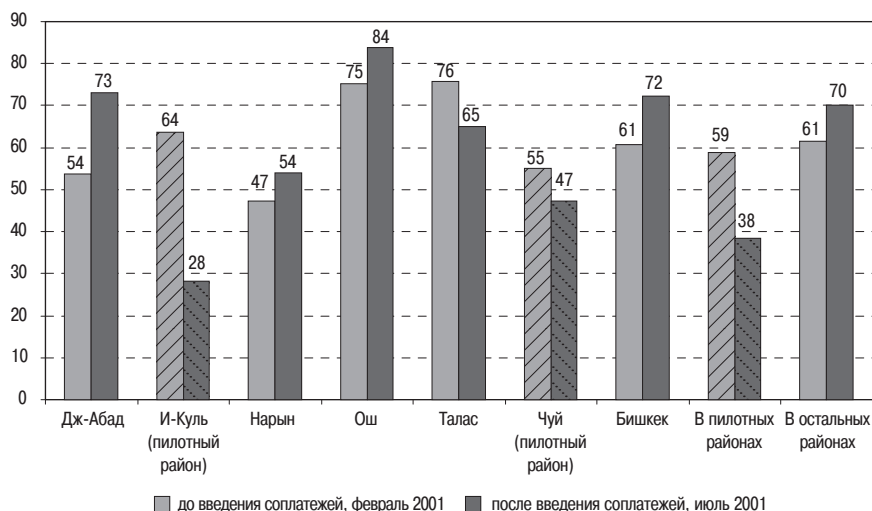
Соплатежи населения за потребляемую медицинскую помощь были введены еще в одной постсоциалистической стране — Эстонии [WHO, 2000b]. Государственные гарантии оказания медицинской помощи остались неизменными в отношении перечня видов помощи и заболеваний, при которых государство гарантирует ее оказание. Вместе с тем произошел отказ от принципа полностью бесплатного для населения оказания медицинской помощи. С 1995 г. введена система соплатежей пациентов в амбулаторном секторе — в размере 5 крон (40 центов США) за каждое посещение врача. Кроме того, введена доплата за пребывание в одноместной палате при стационарном лечении. От соплатежей были освобождены пенсионеры, инвалиды и дети.

Совсем не случайно, что стратегия радикального пересмотра гарантий оказания бесплатной медицинской помощи реализовывалась в странах с небольшой численностью населения, его компактным проживанием и не очень значительными различиями между реальной доступностью бесплатной медицинской помощи для жителей разных частей страны. Успешная реализация указанной стратегии (примеры Молдавии, Киргизии, Эстонии) требует высокого уровня консенсуса в обществе в отношении необходимости и направлений реформирования здравоохранения. Несомненно, важными факторами успеха являются высокая степень прозрачности системы здравоохранения для национальных министерств здравоохранения и соответственно ее контролируемости и управляемости на национальном уровне. Важное значение имеет также степень различий между условиями оказания медицинской помощи в разных частях страны и для жителей разных типов населенных пунктов. Чем более однородны эти условия, тем легче произвести пересмотр общих для всех граждан гарантий. Именно в силу этих причин указанную стратегию легче реализовать в маленьких государствах.

В России условия функционирования системы здравоохранения иные. Прежде всего следует констатировать отсутствие достаточно широкого консенсуса в обществе по поводу не только направлений реформирования здравоохранения, включая реформирование государственных гарантий оказания медицинской помощи, но даже и консенсуса по поводу самой необходимости эту систему менять. В средствах массовой информации преобладают выступления защитников лучшей в мире советской системы здравоохранения, для нормальной работы которой нужно лишь в 2–3 раза увеличить государственное финансирование здравоохранения. Очевидно, что в таком контексте даже постановка вопроса о пересмотре гарантий бесплатной медицинской помощи вызовет сильную негативную реакцию со стороны части медицинского сообщества и населения и будет использована политической оппозицией для ослабления партии власти.

Но было бы неправильно полагать, что препятствия к пересмотру гарантий медицинской помощи носят только политический характер. Различия в соотношении платности и бесплатности медицинской помощи велики для жителей разных регионов и типов населенных пунктов. В силу этих различий будет очень сложно найти такой вариант пересмотра содержания государственных гарантий оказания медицинской помощи, при котором существенно не ухудшится доступность медицинской помощи

Рисунок 6. Доля пациентов, плативших неформально за лечение в стационарах до и после введения соплатежей в двух пилотных районах в Киргизии, %



Источник: Kutzin et al., 2003.

для значительных по численности групп населения. Сокращая пакет гарантируемых видов помощи или устанавливая соплатежи за оказываемые услуги, придется предусматривать множество исключений, компенсаций, дифференцировать их по территориям и т. п., чтобы избежать обострения социальной напряженности. Риски возникновения сильного социального недовольства изменением условий оказания медицинской помощи очень велики. А возможности проконтролировать из центра правильность трактовки и соблюдения новых гарантий предоставления медицинских услуг и своевременно реагировать на возникающие напряжения весьма ограничены в сравнении с аналогичными возможностями национального министерства здравоохранения в небольшой стране. Итак, риски реализации стратегии радикального пересмотра гарантий бесплатной медицинской помощи в России выше, чем в большинстве других стран СНГ, а возможности регулирующих действий центра по снижению этих рисков и ослаблению негативных последствий — ниже.

В таких условиях основным средством компенсации неизбежных ошибок становится вбрасывание дополнительных денег. Именно это пришлось делать правительству в 2005 г., чтобы потушить разгоравшийся костер социального недовольства заменой денежными выплатами льгот по пользованию общественным транспортом. Универсальные принципы отмены натуральных льгот и универсальные денежные компенсации оказались неадекватными разнообразию реальных условий пользования этими льготами в разных населенных пунктах. Напомним, что для части граждан размеры компенсаций оказались существенно ниже тех затрат, которые они стали вынуждены нести при оплате транспортных услуг. Для исправления ситуации пришлось выделять дополнительные средства для дотирования льготных проездных документов или отказываться от замены натуральных льгот на деньги. Аналогичные ситуации неизбежно во множестве возникнут при попытках сокращения перечня медицинских услуг, которые граждане вправе получать бесплатно, и легализации обязательной оплаты (сооплаты) населением определенных

видов медицинской помощи. Поэтому рассматриваемая стратегия, реализованная в ряде постсоциалистических стран, не приемлема в обозримой перспективе для нашей страны.

5. СТРАТЕГИЯ КОНКРЕТИЗАЦИИ ГАРАНТИЙ: ВОЗМОЖНОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ И БАРЬЕРЫ

Пути решения проблемы разрыва между унаследованными от эпохи социализма чрезвычайно широкими гарантиями бесплатного предоставления медицинской помощи населению и реальными условиями ее получения стали предметом детального анализа экспертной группы, работавшей в 2003–2004 гг. под руководством И. И. Шувалова, помощника Президента РФ. Этой группой была разработана стратегия конкретизации государственных гарантий с помощью системы клинико-экономических стандартов [Слепнев и др., 2004].

Было предложено гарантировать гражданам предоставление за счет налоговых источников четко определенного пакета лечебно-диагностических услуг и лекарственных средств в пределах медицинских стандартов по каждому заболеванию. Такой гарантируемый пакет будет одинаковым для всех граждан. Дополнительная медицинская помощь сверх пакета предоставляется за счет оплаты работодателями и населением. Ряд профилактических мер и все необходимое лечение социально опасных заболеваний будут также осуществляться за счет государства.

Именно эта стратегия была обозначена в мае 2004 г. в Президентском послании как ключевая задача модернизации здравоохранения: «... Гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. И по каждому заболеванию должны быть выработаны и утверждены стандарты медицинских услуг — с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также с минимальными требованиями к условиям оказания медпомощи. Причем такие стандарты должны действовать в каждом населенном пункте Российской Федерации. И только дополнительная медпомощь и повышенный уровень комфортности ее получения должны оплачиваться пациентом» [Президент РФ, 2004].

К концу 2004 г. Минздравсоцразвития РФ был подготовлен законопроект «О государственных гарантиях медицинской помощи», который представлял предложенную стратегию. В отличие от действующей системы государственных гарантий медицинской помощи законопроект предполагал конкретизацию этих гарантий по объемам, условиям и порядку предоставления медицинских услуг на различных этапах медицинской помощи. Гарантируемые объемы медицинской помощи конкретизируются на основе стандартизации медицинских технологий. Для каждого вида заболеваний на федеральном уровне разрабатываются и утверждаются клинические протоколы (отраслевые стандарты), включающие перечни медицинских услуг и лекарственных средств, а также алгоритмы выполнения медицинских услуг (дозы и кратность применения, уровни оказания медицинской помощи и проч.). В части установленного перечня и алгоритмов выполнения клинические протоколы едины для всей страны.

На основе клинических протоколов субъекты РФ разрабатывают клинико-экономические стандарты (КЭСы), конкретизирующие требования клинических протоколов и содержащие оценку стоимости установленного

«пакета». КЭСы определяют конкретные объемы медицинской помощи по каждому заболеванию с учетом особенностей используемых медицинских технологий (не только что делать, но и как делать) и цен на ресурсы. Каждый субъект РФ принимает и использует свои клинико-экономические стандарты.

Клинические протоколы и КЭСы состоят из двух частей. Фиксированная часть — обязательный для всех пациентов с определенным заболеванием набор медицинских услуг и лекарственных средств. Объем услуг фиксированной части одинаков для всех пациентов с данным заболеванием. Переменная (вероятностная) часть — набор медицинских услуг, необходимый для части пациентов с данным заболеванием в зависимости от особенностей его течения. Объем услуг переменной части определяется в расчете на совокупность пациентов (например, для диагностики холецистита на 100 пациентов требуется 60 ультразвуковых исследований).

Фиксированная часть услуг гарантируется каждому пациенту, переменная — по медицинским показаниям. Решение о переменной части принимается лечащим врачом в порядке, определяемом руководителем медицинской организации. В случае медицинских противопоказаний к использованию включенных в КЭС медицинских услуг и лекарственных средств гарантируется оказание медицинской помощи, не предусмотренной стандартом. Но это предполагает более высокий уровень принятия решения — клинико-экспертной комиссией медицинской организации.

Такая структура стандарта обеспечивает, с одной стороны, конкретизацию набора медицинских услуг и лекарственных средств, получаемых пациентами, с другой — сохраняет необходимую свободу врача при принятии решения в условиях многообразия проявлений одного и того же заболевания у различных пациентов.

Порядок оказания медицинской помощи в рамках государственных гарантий основан на принципе: гарантируется предоставление медицинской помощи при соблюдении установленного «маршрута» движения пациента по уровням оказания медицинской помощи. Роль организатора и координатора оказания медицинской помощи на других этапах принадлежит участковому врачу и врачу общей практики. Плановая специализированная медицинская помощь в амбулаторных условиях и в условиях стационаров оказывается по направлению этой категории врачей. При отсутствии соответствующих направлений плановая медицинская помощь предусматривает прямую оплату пациентом.

Законопроект предусматривал также квотирование высокотехнологичных видов медицинской помощи, оказываемых как в федеральных медицинских организациях (для субъектов РФ), так и в медицинских организациях субъектов РФ третичного уровня (для муниципальных образований). Субъекты РФ могут устанавливать дополнительные гарантии в отношении таких видов помощи — на основе прямых договоров с федеральными медицинскими организациями по тем же тарифам, которые установлены для квотируемой медицинской помощи. Перечни и размеры квот указанных видов медицинской помощи, а также перечни медицинских организаций, ее оказывающих, устанавливаются ежегодно соответственно федеральной и территориальной программами государственных гарантий.

Задача разработки клинических протоколов и клинико-экономических стандартов для разных видов заболеваний является, разумеется, очень масштабной и достаточно сложной с методологической и технической точ-

ки зрения. Но это задача решаемая. Существует методология разработки клинических протоколов, соответствующих требованиям, включенным в законопроект, и на основе этой методологии уже подготовлен целый ряд таких протоколов, утвержденных Минздравсоцразвития. Для реализации предложенной стратегии достаточно разработать клинические протоколы по 300—400 наиболее распространенным заболеваниям. По оценкам экспертов Минздравсоцразвития, такое количество видов болезней соответствует примерно 80% фиксируемых случаев заболеваний. Стандарты по остальным заболеваниям могут быть разработаны самостоятельно регионами.

Практика разработки стандартов медицинской помощи при заболеваниях и их использования для целей оплаты медицинской помощи в системе ОМС получила достаточно заметное распространение на региональном уровне. По состоянию на конец 2004 г., в 49 субъектах РФ были утверждены региональные стандарты по заболеваниям. В 36 субъектах РФ, по данным на конец 2006 г. (в 27 — в 2004 г.), имеется опыт разработки медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, выделения клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний и использования этого инструментария при расчете тарифов в системе ОМС. Можно выделить 10 субъектов РФ с развитыми системами КСГ (более 270 КСГ): Астраханская область, Брянская область, Воронежская область, Калужская область, Приморский край, Республика Коми, Республика Татарстан, Ростовская область, Самарская область, Санкт-Петербург). В 17 субъектах РФ используются развитые системы стандартов. Наиболее развитая в стране система медико-экономических стандартов разработана в Краснодарском крае: 2826 моделей комплексных медицинских услуг — для взрослых и 1316 — для детей, а также 7809 моделей простых медицинских услуг. По оценкам авторов этой работы, на основе разработанной ими методологии можно за два года сформировать стандарты для каждого региона.

Существующие региональные стандарты проще, чем те, разработка которых предусматривалась законопроектом, но имеющийся опыт свидетельствует, что задача детализации гарантий бесплатной помощи в виде стандартов медицинских услуг является решаемой. Тем не менее подготовленный законопроект о государственных гарантиях медицинской помощи был отложен правительством в сторону. Основные препятствия реализации предложенной стратегии связаны не с методологическими и техническими трудностями, а лежат в экономической и политической плоскости.

Разработка и утверждение системы детальных стандартов оказания медицинской помощи будет означать принятие государством на себя четко определенных обязательств, универсальных для всех граждан страны. Правда, определенные региональные вариации допускаются. По тем заболеваниям, по которым будут утверждены федеральные клинические протоколы, в региональных медико-экономических стандартах могут иметься некоторые различия в технологии проведения диагностических исследований, в оборудовании, которое для этого используются, в составе применяемых лекарственных препаратов, в типе учреждений здравоохранения, в которых гарантируется предоставление соответствующей помощи, и др. Для тех заболеваний, для которых будут разрабатываться только региональные медико-экономические стандарты, различия между стандартами в разных регионах, будут, очевидно, более значительными.

Допуская определенную региональную дифференциацию, стандарты тем не менее будут предусматривать перечни услуг и лекарственных препа-

ратов, которые должны обеспечить излечение больных или стабилизацию их состояния, если полное излечение заболеваний невозможно по медицинским показаниям. Объемы этих услуг и лекарственной помощи, даже при условии выбора клинически и экономически эффективных медицинских технологий и лекарственных препаратов, будут превосходить реально предоставляемые населению в существующих условиях. Вспомним об уже упоминавшихся в разделе 3 результатах исследования состава услуг, оказываемых пациентам в поликлиниках. [Гудков и др., 2002]

Стандарты должны определять стоимость оказания предусматриваемых ими медицинских услуг и лекарственного обеспечения. Расчет необходимых затрат может привести к обескураживающим результатам: потребность в ресурсах для оказания медицинской помощи в объемах, соответствующих стандартам и прогнозируемому числу случаев заболеваний, может намного превысить самые реалистичные оценки возможностей увеличения государственного финансирования здравоохранения. Очевидно, что без крупных дополнительных вливаний в отрасль практически не удастся обеспечить приемлемый уровень качества гарантируемой государством медицинской помощи. Даже если получится с помощью клиничко-экономических стандартов внедрить в практику менее затратные и клинически эффективные медицинские технологии, трудно ожидать, что размер экономии превысит 10–20% [Вишневецкий и др., 2006].

Обеспечение обязательств, установленных детальными стандартами, потребует выравнивания условий финансирования здравоохранения в разных регионах. Между тем возможности перераспределения существующих расходов на здравоохранение от богатых к бедным регионам представляются проблематичными. Следовательно, увеличивать финансирование здравоохранения в отстающих регионах потребуется за счет субсидий из федерального бюджета, и размеры общей потребности в финансовых ресурсах для обеспечения выполнения стандартов по всей территории страны окажутся еще выше, ведь надо будет подтягивать отстающие регионы, не уменьшая возможности финансирования здравоохранения в богатых регионах.

Серьезным препятствием для реализации предложенной стратегии является также то обстоятельство, что она не дает быстрых результатов. Разработка и внедрение стандартов требуют нескольких лет, и потому, чтобы получить ощутимые результаты, связанные с улучшением качества и доступности медицинской помощи, до завершения электорального цикла, начать работу по конкретизации гарантий надо в самом начале электорального цикла. В 2004 г. правительство отдало приоритет не реформированию здравоохранения, а монетизации льгот. Время для начала реформ было упущено, а ход кампании по монетизации льгот лишь напугал власть возможностью непредсказуемых последствий в случае серьезных изменений сложившихся, пусть и неэффективных, институтов в социальной сфере. Возобладала установка на поиск и реализацию таких решений, которые могли бы продемонстрировать реальную или виртуальную результативность социальной политики власти и одновременно не были сопряжены с рисками возникновения социальных напряжений, то есть практически не имели бы заметных социальных издержек. Рассматриваемая стратегия этим требованиям не отвечала, и поэтому к ее реализации так и не приступили.

Стратегия конкретизации государственных гарантий задает правильное направление необходимых институциональных преобразований, но в

долгосрочном аспекте. Анализ препятствий, стоящих на пути масштабной конкретизации государственных гарантий в среднесрочной перспективе, подводит к выводу о необходимости модификации этой стратегии.

6. СТРАТЕГИЯ СЕЛЕКТИВНОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОБЛЕМНЫХ ЗОН

Суть данной стратегии состоит во вбрасывании финансовых средств для селективного финансирования некоторых проблемных зон в оказании медицинской помощи для ослабления их остроты. При этом гарантии бесплатной медицинской помощи для основной части населения не меняются, а для ряда целевых групп расширяются или дополняются, но в целом остаются нечеткими.

Эта стратегия начала реализовываться государством в рамках кампании по монетизации льгот, а затем получила выражение в приоритетном национальном проекте в сфере здравоохранения.

Программа ДЛО

Федеральный закон от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ предоставил право на бесплатное лекарственное обеспечение следующим категориям населения:⁴

- инвалиды войны и приравненные к ним категории;
- участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним категории;
- ветераны боевых действий;
- инвалиды и дети-инвалиды;
- лица, подвергшиеся воздействию радиации.

Ранее обеспечение льготников лекарствами производилось субъектами РФ за счет субсидий из федерального бюджета и собственных бюджетов и организовывалось каждым регионом самостоятельно. С 2005 г. лекарства стали предоставляться всем вышеуказанным категориям федеральных льготников бесплатно. Перечень лекарственных средств, предоставляемых льготникам, был существенно увеличен. Таким образом, гарантии лекарственного обеспечения для вышеуказанных целевых групп были расширены.

Главным изъяном внедренной системы дополнительного лекарственного обеспечения льготников (ДЛО) является отсутствие определенных в явном виде форм регулирования объемов потребления лекарственных средств. Ранее размеры выписки лекарственных средств предопределялись заранее размерами их закупок за счет выделенных целевых средств. Органы управления здравоохранения доводили до сведения каждого медицинского учреждения и соответственно каждого участкового врача объемы препаратов различных наименований, которые те могли выписать своим больным в течение каждого месяца. В новом механизме врачи получили право самостоятельно определять объемы выписываемых препаратов. В выступлениях руководителей федеральных органов управления здравоохранения неоднократно подчеркивалось, что лимиты на объемы назначения лекарственных средств устанавливаться не будут.

Отсутствие определенных в явном виде форм регулирования объемов потребления лекарственных средств в новой системе негативно проявилось

⁴ Указаны в ст. 6.1 и 6.7 закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ и в Приложении № 1 к Порядку предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2004 № 328.

в 2006 году. Выделенные на оплату лекарств 26 млрд руб. были полностью израсходованы к середине года, и система ДЛО оказалась в финансовом кризисе. Это стало прямым следствием начала выписки дорогостоящих препаратов и проблемы неблагоприятного отбора, являющейся классической проблемой страхования. Те, кто не отказался от лекарственного обеспечения в пользу денег, обладают существенно большей потребностью в лекарствах, чем те, кто выбрал деньги. Преодоление кризиса потребовало как увеличения ассигнований из федерального бюджета и других источников, так и проведения политики ограничения объемов выписки лекарственных средств.

Но в итоге степень определенности гарантий лекарственного обеспечения льготников оказалась невысокой. Ограничения в выписывании препаратов устанавливаются ситуативно, и проблемы реальных возможностей использования гарантий воспроизведены на новом уровне.

Приоритетный национальный проект

После неудач кампании по монетизации льгот правительство стало проводить политику избегания новых масштабных действий, связанных даже с минимальным риском негативной реакции со стороны населения или профессиональных групп. Тем не менее проблемы российского здравоохранения и необходимость действий по их, по крайней мере, ослаблению, очевидно, понимались политическим руководством. Президент РФ в сентябре 2005 г. провозгласил задачи выполнения четырех приоритетных национальных проектов, в том числе проекта «Здоровье».

В качестве приоритетов выделены развитие первичной медицинской помощи и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью. В рамках первого направления средства расходуются на доплаты врачам общей практики, участковым терапевтам и педиатрам в размере 10 тыс. руб. в месяц, работающим с ними медицинским сестрам — в размере 5 тыс. руб., на оснащение муниципальных медицинских организаций диагностическим оборудованием, оснащение станций скорой медицинской помощи оборудованием связи, автомобилями, закупку вакцины и иммунизацию населения, профилактику и лечение инфицированных вирусом иммунодефицита и гепатита В и С, диспансеризацию различных групп населения. Производится также дополнительное финансирование посредством механизма родовых сертификатов медицинской помощи, оказываемой женщинам женскими консультациями в период беременности и родильными домами в период родов.

В рамках второго направления ведется строительство 15 новых федеральных медицинских центров, а также увеличены объемы бесплатного оказания так называемой высокотехнологичной медицинской помощи федеральными медицинскими организациями с 60 тыс. пролеченных больных в 2004 г. до 250 тыс. в 2008 г.

Расходы из федерального бюджета, Федерального фонда ОМС и Фонда социального страхования РФ на его выполнение достигли 91,5 млрд руб. в 2006 г., что составило примерно 10% совокупных расходов государства на здравоохранение. В 2007 г. расходы на национальный проект достигли 131 млрд руб.

Рассматривая содержание национального проекта под углом государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, можно констатировать, что он не предусматривает каких-либо изменений таких гарантий

для всего населения. Но проект обеспечивает большее ресурсное наполнение определенных сегментов этих гарантий в части оказания первичной, скорой и высокотехнологичной помощи и благодаря этому делает обеспечение этих гарантий менее ситуативным и более универсальным для граждан страны.

Вместе с тем проект предусматривает бесплатное предоставление ряду целевых категорий населения дополнительных медицинских услуг: обследование новорожденных детей на галактеземию, муковисцидоз и адренегенитальный синдром (расширение неонатального скрининга), проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан, проведение дополнительных медицинских осмотров работников, занятых на предприятиях с вредными и (или) опасными производственными факторами, лекарственное обеспечение лечения инфицированных вирусом иммунодефицита и гепатита В и С. Фактически это означает расширение гарантий для перечисленных категорий населения, причем это расширение формулируется в терминах оказания конкретных видов медицинских услуг.

Стратегия селективного финансирования проблемных зон в обеспечении государственных гарантий медицинской помощи населению фокусируется на росте объемов предложения медицинской помощи, на расшивке ресурсных ограничений по реализации гарантий в отношении отдельных компонентов медицинского обслуживания. Но данная стратегия сохраняет ситуацию разрыва между гарантиями и их финансовым обеспечением в других зонах и в очень малой степени адресуется институтам, обеспечивающим реализацию гарантий.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении последних 15 лет государство в своей политике финансового обеспечения гарантий оказания медицинской помощи населению реализует стратегию санкционированного замещения бесплатных медицинских услуг платными, осуществляемого самими их поставщиками — медицинскими учреждениями и их работниками. Эта стратегия привела к диффузионной трансформации гарантий. Соотношение бесплатного и платного является ситуативным и подвижным. Масштабы включения платных форм оказания медицинской помощи в деятельность государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, призванных предоставлять населению бесплатную помощь, и возможности получения бесплатной помощи сильно варьируют для разных территориальных и социально-экономических групп населения.

В последние три года правительство, не отказываясь от первой стратегии, сочетает ее с реализацией стратегии вбрасывания финансовых средств в отрасль для селективного финансирования проблемных зон в оказании бесплатной медицинской помощи. Эта стратегия может в краткосрочной перспективе приостановить замещение бесплатных услуг платными и обеспечить повышение доступности и качества определенных видов медицинской помощи. Но в более длительной перспективе эта стратегия не в состоянии в целом переломить происходящие процессы дифференциации условий получения медицинской помощи, поскольку она почти не обеспечивает продвижения в решении проблемы нечеткости и финансовой несбалансированности гарантий в целом.

Проведенный анализ реализуемости возможных альтернативных стратегий трансформации государственных гарантий приводит к следующим выводам.

Для реализации стратегии радикального пересмотра гарантий у власти нет политического капитала, который потребуется заплатить за признание сокращения государственных гарантий, и нет потенциала администрирования, который необходим для эффективной реализации схем введения соплатежей населения за медицинские услуги.

Стратегия конкретизации государственных гарантий нереализуема, если рассчитывать провести такую конкретизацию в пределах нескольких лет. Это потребует слишком больших финансовых затрат государства для повсеместного обеспечения универсальных, четко определенных гарантий предоставления медицинских услуг и лекарственной помощи при заболеваниях.

Нужно отдавать себе также отчет в том, что нечеткость социальных гарантий (или, другими словами, мягкость социальных обязательств государства), унаследованная от советской системы, возникла и сохраняется не случайно [Якобсон, 2006]. Однозначность комплекса гарантий при недостаточности ресурсов для их обеспечения привела бы к дисфункциям системы предоставления социальных благ.

Поэтому нужно признать, что расхождение между декларируемыми гарантиями и их реальным наполнением и неравенство в этом наполнении для разных групп населения полностью неустранимы в обозримой перспективе и характеризуют имманентный существующей системе здравоохранения способ ее функционирования, который будет сохраняться еще долго. Из этого признания следует, что нужно переформулировать решаемые проблемы и в новом формате искать стратегии их решения.

Проблема декларативности гарантий бесплатной медицинской помощи уже в самой ее формулировке предопределяет обсуждаемые пути решения. Необходимо исходить из того, что сохранение декларативных гарантий является пока важным фактором, обеспечивающим функционирование существующей системы оказания медицинской помощи.

А значит, проблемы обеспечения гарантий необходимо формулировать иначе. В качестве наиболее приоритетных проблем, связанных с трансформацией гарантий, предлагается рассматривать следующие:

- проблема неравенства в доступности медицинской помощи, влекущего серьезные последствия для состояния здоровья уязвимых групп населения и серьезные социальные напряжения;
- проблема минимальной защиты населения от рисков катастрофических затрат при заболеваниях.

Эти проблемы представляются решаемыми в обозримой перспективе. Согласно этим проблемам, задачи и возможные стратегии будут определяться иначе, чем рассмотренные выше.

Так, в качестве наиболее приоритетных задач могут быть названы:

- уменьшение неравенства в доступности медицинских услуг, наиболее эффективных с точки зрения влияния на показатели смертности;
- снижение неравенства в доступности бесплатной медицинской помощи в тех ее сегментах, которые наиболее чувствительны с точки зрения представлений населения о социальной справедливости;
- снижение рисков катастрофических затрат на лечение для социально уязвимых групп населения.

В качестве решения этих задач может быть предложена стратегия, являющаяся своеобразным «новым синтезом» рассмотренных выше стратегий конкретизации гарантий и селективного финансирования проблемных зон. Ее можно назвать стратегией **поэтапной конкретизации гарантий и их селек-**

тивной балансировки с ресурсами. В отличие от первой, она не претендует на масштабную замену в течение нескольких лет нечетких гарантий на четкие; в отличие от второй — ориентирует на выбор таких способов селективного финансирования проблемных зон, которые обязательно уменьшают, пусть и локально, нечеткость гарантий.

Эта стратегия предусматривает:

- выбор отдельных сегментов в системе оказания медицинской помощи, приоритетных с точки зрения вклада в решение вышеуказанных задач;
- конкретизацию государственных гарантий применительно к этим сегментам;
- направление ресурсов для обеспечения уровня качества и доступности этих видов помощи, соответствующего уточненным гарантиям;
- апробацию и внедрение новых экономических механизмов сочетания государственного и частного финансирования здравоохранения, обеспечивающих снижение рисков финансовых затрат для населения при заболеваниях.⁵

Стратегия поэтапной конкретизации гарантий и их селективной балансировки с ресурсами обозначает реальный выход из тупика, в котором оказалась существующая система государственных гарантий оказания медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

База данных об организации финансирования и управления здравоохранением в регионах Российской Федерации. // <http://zrav.socpol.ru>

Баткибеков, С. Повышение эффективности бюджетного финансирования государственных учреждений и управления государственными унитарными предприятиями. Том 1. Совершенствование системы управления и финансирования бюджетных учреждений / С. Баткибеков, Л. Гребешкова и др. — М.: ИЭПП, 2003.

Бесстремьянная, Г. Е. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. / Г. Е. Бесстремьянная, А. Я. Бурдяк, А. С. Заборовская и др.; рук. авт. колл. Л. Н. Овчарова // Независимый институт социальной политики. — М.: ГУ-ВШЭ, 2005.

Бесстремьянная, Г. Е. Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет / Г. Е. Бесстремьянная, М. Д. Красильникова, Л. Н. Овчарова и др. // Независимый институт социальной политики — М.: Изд. Дом ГУ-ВШЭ, 2004

Бесстремьянная, Г. Е. Доступность медицинской помощи. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность / Г. Е. Бесстремьянная, С. В. Шишкин и др.; рук. авт. колл. Л. Н. Овчарова / Независимый институт социальной политики — М.: ГУ-ВШЭ, 2005.

Богатова, Т. В. Неформальные платежи за медицинскую помощь в России / Т. В. Богатова, Е. Г. Потапчик, В. А. Чернец и др. // Серия «Научные доклады: независимый экономический анализ». № 142 — М.: Московский общественный научный фонд, Независимый институт социальной политики, 2003.

Гудков, А. А. Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России / А. А. Гудков, Л. Д. Попович, С. В. Шишкин // Социальное обеспечение экономических реформ. — М.: ИЭПП. 2002. С. 98–190.

⁵ Прообразы таких новых экономических механизмов, представляющих собой формы солидарного участия в несении расходов на здравоохранение, альтернативные и дополняющие традиционные формы государственного и частного финансирования здравоохранения, можно увидеть в деятельности больничных касс в Украине [WHO, 2004], в системе добровольного медицинского страхования в Туркменистане [WHO, 2000b], в предложениях о сочетании обязательного и добровольного медицинского страхования [Гудков и др., 2002] и о дополнительных программах медицинского страхования в России [Вишневецкий и др., 2006].

Вишневский, А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад Государственного университета Высшей школы экономики/ А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский и др. — М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2006.

Заборовская, А. С. Формы участия населения в оплате социальных услуг в странах с переходной экономикой/ А. С. Заборовская, С. В. Шишкин — М.: ИЭПП, 2004.

Индекс потребительских настроений в России// <http://ipn.socpol.ru/>

Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. [Утв. Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 16.10.1998]// Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. — М.: Федеральный фонд ОМС, 1999, Т. 8. С. 204–237.

Минздравсоцразвития РФ (2006а). Информация о проведении мониторинга реализации Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» за 2005 год// http://www.mzsrff.ru/inform_fz/430.html

Минздравсоцразвития РФ (2006б). Деятельность и ресурсы учреждений здравоохранения — М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Минздравсоцразвития РФ (2007). Показатели реализации Программы государственных гарантий в субъектах Российской Федерации по объемам и финансовому обеспечению оказанной медицинской помощи в 2006 году (по Ф№62).

Правительство РФ (1997). Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации. [Утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 5.11.1997 № 1387].

Правительство РФ (1998). Программа государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. [Утв. Постановлением Правительства Российской Федерации 11.09.1998 № 1096].

Правительство РФ (2000). Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу. [Одоб. в основном на заседании Правительства Российской Федерации 28 июня 2000 г.]

Правительство РФ (2005). Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год. [Утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 28 июля 2005 г. № 461].

Президент РФ (2004). Послание Федеральному собранию Российской Федерации 26 мая 2004 года.// <http://president.kremlin.ru/sdocs/appears.shtml? type=63372>

Салтман, Р. Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий./ Р. Б. Салтман, Дж. Фигейрас/Ред. (2000). Пер. с англ. — М.: Гэотар Медицина.

Слепнев, А. А. Модернизация системы здравоохранения: поиск решений/ А. А. Слепнев, В. И. Шевский, И. М. Шейман и др.// Менеджер здравоохранения. № 11. 2004.

Флек, В. О. Финансирование российского здравоохранения: проблемы и перспективы/ В. О. Флек. — М., 2005.

Шейман, И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ И. М. Шейман. — М.: Издатцентр Русь. 1998.

Шейман, И. М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении/ И. М. Шейман// Экономика здравоохранения. 2000. № 5,6/45, С. 47–55.

Шишкин, С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения/ С. В. Шишкин. — М.: ИЭПП. Теис. 2000.

Шишкин, С. В. Организация финансирования и управления здравоохранения в регионах России в 2006 году. Общая характеристика/ С. В. Шишкин, Н. Б. Канатова, Е. В. Селезнева и др.// <http://zrav.socpol.ru>

Якобсон, Л. И. Социальная политика: коридоры возможностей/ Л. И. Якобсон // Общественные науки и современность. № 2. 2006.

Berdaga, V. Access of the population of the Republic of Moldova to health services./ V. Berdaga, S. Stefanet, O. Bivol// Chisinau. 2001

Kutzin, J. Formalizing Informal Payments in Kyrgyz Hospitals: Evidence from Phased Implementation of Financing Reforms. Draft for IHEA 2003 Conference/ J. Kutzin, T. Meimanaliev, A. Ibraimava et. al.// 2003.

Shishkin, S. Evaluation of Health Financing Reform in the Republic of Moldova. Report to the World Health Organization European Office/ S. Shishkin, G. Kacevicius, M. Ciocanu // 2006.

Stefanet, S. Report on Patient satisfaction and access to health care services in Orhei and Chisinau pilot regions. Public health reform project/ S. Stefanet// Chisinau. 2005.

WHO (World Health Organisation). European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition Country Profiles.//<http://www.who.dk/observatory/Hits/TopPage>

WHO (World Health Organisation). (2000a) — Estonia.

WHO (World Health Organisation). (2000b) — Turkmenistan.

WHO (World Health Organisation). (2001) — Armenia. Hovhannisyan S., Tragakes E., Lessof S., Aslanian H., Mkrtchyan A.

WHO (World Health Organisation). (2002a) — Georgia. MacLehose L., McKee M. (Ed).

WHO (World Health Organisation). (2002b)/ L. MacLehose, M. McKee (Ed) — Republic of Moldova.

WHO (World Health Organisation). (2004)/ V. Lekhan, V. Rudiy, E. Nolte — Ukraine.

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРОБЛЕМЫ КОНКУРЕНЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

И.М. Шейман, к.э.н., профессор кафедры государственного управления и экономики общественного сектора ГУ-ВШЭ

Каковы особенности рыночных отношений в здравоохранении? Каково влияние рынка на параметры функционирования здравоохранения? Есть ли альтернативы рыночной модели? Актуальность этих вопросов растет в связи с попытками активизировать рыночные механизмы, предпринимаемыми в ряде стран, в том числе в России. Цель данной статьи состоит в обобщении теоретических представлений о роли конкуренции между поставщиками медицинских услуг, с одной стороны, и коллективными покупателями услуг в системах общественного здравоохранения (прежде всего страховщиками) — с другой.

**1. МОНОПОЛИСТИЧЕСКАЯ КОНКУРЕНЦИЯ НА РЫНКЕ
БОЛЬНИЧНЫХ УСЛУГ**

Общепринятое представление — потребительский выбор и обусловленная им конкуренция улучшают качество. Это — презумпция антимонопольного законодательства, в том числе в здравоохранении. Но экономическая теория выделяет ситуации, когда сильно дифференцированный продукт и недостаток информации о его характеристиках могут сильно ограничивать эффект конкуренции [Hsiao, 1995]. Существует большой объем экономической литературы о влиянии конкуренции на качество медицинской помощи в больничном секторе здравоохранения [См. обзорные работы: Dranove and Satterthwaite, 2000; Enthoven, 2004; Gaynor, 2006].

В больничном секторе есть значительные препятствия для входа на рынок новых поставщиков и выхода с этого рынка неэффективных поставщиков. Появление на рынке новых больниц затруднено в силу государственного регулирования мощностей больниц. Оно действует практически во всех западных странах как элемент политики сдерживания затрат. Уже действующие больницы, как правило, способны расширить сферу своей деятельности на новые регионы, если есть неудовлетворенный спрос. Но далеко не всегда потребители способны перемещаться далеко за пределы своего места жительства (только в случае плановых госпитализаций). Возможности рыночной экспансии больниц определяются их транспортной доступностью, устойчивыми предпочтениями врачей и пациентов.

Выход больниц с локального рынка ограничен обязательствами в отношении обслуживания местных нужд, что вытекает из их некоммерческого статуса. Но это ограничение становится все менее жестким в силу действия технологических факторов укрупнения больниц. Новые медицинские технологии в экономически рациональных формах могут использоваться прежде всего в крупных больницах. Это ведет к закрытию мелких местных больниц

и их слиянию в крупные больничные комплексы. Этот процесс получил массовое развитие во многих западных странах в последние 10–15 лет. Его результатом стало повышение уровня концентрации рынка. Например, в США за 1994–2000 гг. произошло 900 слияний, охвативших 6100 больниц. В мегаполисах с многомиллионным населением действуют 2–3 крупные больничные системы, а на местных рынках — 1–2 больницы (в штате Северная Каролина в 82 из 100 округов действуют больницы-монополисты) [Gaynor, 2006; Porter and Teisberg, 2004].

Монополистическая конкуренция больниц по-разному складывается в ситуации регулируемых и нерегулируемых цен. В системах государственного финансирования здравоохранения обычно используются регулируемые цены, устанавливаемые либо напрямую государством (Великобритания, Скандинавские страны), либо на основе коллективных соглашений органов государственного управления, ассоциаций страховщиков и медицинских организаций (Россия, Франция, Германия). При частном финансировании здравоохранения (через ДМС или за наличный расчет) цены обычно устанавливаются самими поставщиками услуг.

При регулируемых ценах конкуренция больниц смещается в сторону качества медицинской помощи. Для привлечения врачей (они определяют основную часть госпитализаций) и пациентов больницы предлагают новые медицинские технологии, способные обеспечить более высокие результаты лечения. Реальный выбор зависит от наличия и точности информации об этих результатах. Именно поэтому в США, Германии, Нидерландах и ряде других стран сегодня предпринимаются активные усилия по сбору и распространению информации о больничной летальности по отдельным заболеваниям. Большое значение имеет уровень регулируемой цены: если она не покрывает фактических издержек (ситуация, характерная для России), то стимулы к конкуренции качества снижаются, но не исчезают совсем, поскольку всегда существует возможность переложить затраты на пациентов — в форме формальных и неформальных платежей.

Если цена устанавливается самой больницей, то есть имеет место *ситуация нерегулируемых цен*, то конкуренция фокусируется на соотношении цена—качество: выигрывают те больницы, которые способны обеспечить более высокое качество на единицу затрат.

Американский экономист М. Гейнор [Gaynor, 2006] вводит понятие эластичности спроса по качеству услуг, понимая под этим степень готовности потребителя приобретать дополнительную единицу ожидаемого результата лечения. Соотношение цена—качество определяется разной реакцией потенциального потребителя на цену и качество. *Качество снижается по отношению к цене, если эластичность спроса по качеству ниже, чем эластичность по цене.* Это соответствует ситуации сильной ценовой конкуренции больниц и недостаточной информации потребителя: потребитель более чувствителен к цене, чем к качеству.

Примером могут служить страховые планы «управляемой медицинской помощи», получившие распространение в США в 90-х годах. Эти планы предлагают расширенный набор опций по доступности медицинской помощи, увязывая их с ценой страховки: при полной свободе выбора врача эта цена намного выше, чем при ограниченном выборе. Такой подход повысил рациональность потребительского выбора: население стало сильнее реагировать на цену страховки — повысилась ценовая эластичность спроса. Это привело к замедлению роста цен на больничные услуги. Обратной стороной этого

процесса стало некоторое снижение качества и доступности медицинской помощи, что сделало страховые планы непопулярными [Porter and Teisberg, 2004].

Обратное соотношение: *качество повышается по отношению к цене при высокой эластичности спроса по качеству по сравнению с эластичностью по цене*. Это соответствует ситуации высокой информированности потребителя о показателях качества услуг. Если соображения цены отступают на второй план, то можно ожидать улучшения соотношения цена—качество. Интуитивно это следует из практики отношений родственников серьезно больного человека с частной медициной: «Доктор, плачу любые деньги!». Гейнор демонстрирует эти отношения на основе формальных моделей.

Кроме того, автор моделирует соотношение цена—издержки и приходит к выводу, что *при снижении ценовой эластичности относительно эластичности спроса по качеству цена в большей мере превышает уровень издержек*. Это также вытекает из интуитивного представления о том, что при низкой чувствительности спроса к цене больницы могут концентрироваться на использовании новой медицинской технологии, и вложения в улучшение качества становятся более прибыльными.

Чтобы улучшить соотношение цена—качество, необходима информация о качестве. Тогда выбор потребителя будет более рациональным, соответственно эластичность по качеству будет снижаться по сравнению с эластичностью по цене. В ситуации более информированного спроса не всякие улучшения медицинских технологий приемлемы для потребителя, а только те из них, которые обеспечивают более высокие результаты лечения.

Имеют значение и издержки поиска [McPake et. al, 2001], а также устойчивые представления о потенциале больницы. Они способны снизить рациональность потребительского выбора. Врач направляет пациента в больницу, которая хорошо себя зарекомендовала в лечении определенного заболевания — без серьезного сопоставления альтернатив, а пациент принимает этот выбор. Такая ситуация очень распространена в здравоохранении любой страны¹.

2. ЭМПИРИЧЕСКИЕ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТА КОНКУРЕНЦИИ ДЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Оценки эффекта конкуренции при регулируемой цене дают примерно одинаковые результаты: *на локальных рынках с более конкурентной средой показатели качества заметно выше*. Это соответствует экономической теории. Показательна работа американских экономистов Кесслера и МакКленнона [Kessler and McClennon, 2000], оценивающая влияние конкуренции на больничную смертность от инфаркта. Авторы демонстрируют статистически значимую зависимость между уровнем концентрации больничных рынков² и показателями смертности от инфаркта в разрезе отдельных штатов США. На наиболее конкурентных рынках вероятность смертельных исходов на 1,46 процентных пункта ниже, чем на наименее конкурентных, что равносильно

¹ Например, в 2006 г. бывший президент США Билл Клинтон выбрал для коронарного шунтирования больницу с низким рейтингом по показателю смертности в связи с этой операцией, то есть продемонстрировал низкую эластичность спроса по качеству (впрочем, скорее всего, и по цене).

² Уровень концентрации локальных рынков измеряется на основе индекса Херфиндаля — Хиршмана (ННІ). Индекс определяется как сумма квадратов рыночных долей фирм: $\sum s_i$. Индекс растет при снижении числа фирм или при нарастающей асимметрии распределения рынка — увеличения доли рынка, контролируемой крупнейшими фирмами (максимум 1 — для случая монополии).

снижению смертных случаев более чем на 2 тыс. Но в построенной авторами эконометрической модели не учитывается уровень регулируемой цены на региональных рынках, который, скорее всего, влияет на уровень концентрации рынка: чем выше цена, тем больше приток больниц и сильнее конкуренция между ними. Это ограничивает содержательную интерпретацию результатов данной модели.

Оценка эффекта конкуренции при нерегулируемой цене дает неоднозначные результаты. Обзор эмпирических исследований, проведенный М. Гейнором, показывает, что из 14 таких исследований 7 демонстрируют повышение качества на более конкурентных рынках, 7 — снижение качества [Gaynor, 2006].

Особый интерес представляют исследования по Великобритании. Реформа Национальной службы здравоохранения (НСЗ), начавшаяся в 1991 г., была направлена на стимулирование конкуренции больниц, в том числе и по параметру цены (система нерегулируемых цен). Для больницы существует конфликт между целями получения контракта за счет более низкой цены и задачами повышения качества услуг, поэтому покупатель медицинской помощи (райздравы и врачи общей практики — фондодержатели) заключают договоры на определенное сочетание ценовых и качественных параметров. Предметом конкуренции является соотношение цена—качество.

Реальность ценовой конкуренции подтверждается эмпирически. Исследование К. Проппера с соавторами для периода «пика» рыночной реформы (1991—1995) показало, что *цены на больничные услуги были ниже в регионах с более конкурентной средой*. Это же исследование продемонстрировало прямую связь уровня цен с переговорной силой покупателей медицинской помощи: чем выше размер организации-покупателя, тем ниже цена [Propper et. al, 1998].

Другое исследование группы К. Проппера касается влияния конкуренции на качество медицинской помощи в тот же период рыночной реформы [Propper, Burgess, Green, 2004]. В построенной авторами модели в качестве показателя качества используется смертность от ишемической болезни сердца (в пределах 30 дней после госпитализации по каждой больнице) на основе данных за 1999 г. В качестве показателя конкурентной среды используется число больниц в радиусе действия рассматриваемой больницы, измеряемом 30-минутной доступностью на автомобиле.

Оценка нескольких вариантов спецификации модели показала, что уровень смертности от ишемической болезни сердца ниже в районах с более высоким уровнем концентрации больничных услуг, то есть там, где конкуренция ниже. Больницы, действующие на более конкурентных рынках, имеют более высокие показатели смертности при равенстве прочих условий, учитываемых моделью. То есть, *конкуренция может снижать качество*.

О чем говорят столь разные результаты? Лишь на первый взгляд они выглядят несовместимыми. На самом деле экономическая теория допускает *разные эффекты конкуренции для качества медицинских услуг*. В ситуации свободного ценообразования при сильной реакции потребителей на цену можно ожидать не только снижения цен, но и снижения качества, о чем свидетельствует ситуация в НСЗ Великобритании. Если чувствительность к качеству сильнее, чем к цене, то можно ожидать повышения качества — ситуация, более распространенная в США, хотя и в этой стране есть примеры противоположного плана.

Другой вывод: *при регулируемых ценах позитивный эффект конкуренции на качество больничных услуг обнаруживается значительно чаще, чем при нерегулируемых*

ценах. Это соответствует теоретическим моделям, доказывающим смещение конкуренции в сторону показателей качества.

Есть все основания считать, что имеющиеся оценки влияния конкуренции на качество медицинской помощи относятся к первому поколению эмпирических работ и не позволяют сделать однозначные выводы. Во-первых, показатели качества очень фрагментарны, отражая лишь ограниченные области деятельности больниц (в основном часть кардиологии). Во-вторых, представленные работы трудно сравнивать, поскольку используются разные показатели качества, а иногда по-разному специфицируются модели. В-третьих, в случае регулируемых цен не учитывается вариация региональных цен. Наконец, отсутствуют попытки увязать повышение качества с размером дополнительных издержек на его обеспечение, то есть отсутствует эмпирическая база для содержательных заключений о влиянии конкуренции на общественное благосостояние.

3. МОДЕЛИ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В европейских странах в последние два десятилетия предпринимаются попытки активизации рыночных механизмов в здравоохранении. Как известно, в Европе действует преимущественно государственное финансирование здравоохранения, велика доля государственной собственности, сильно выражено государственное регулирование, а самое главное — высока роль принципа общественной солидарности. Как следствие, новая система экономических отношений заметно отличается от классической рыночной модели. По существу, речь идет о *конструировании рынка с использованием некоторых инструментов предпринимательского поведения* для обеспечения приоритетных задач политики здравоохранения. Поэтому в экономической литературе модели внутреннего рынка и регулируемой конкуренции рассматриваются как имитация рынка, или как «квазирынок» [Saltman and Casten von Otter, 1992, p. 17]. Важнейшие отличительные особенности квазирыночных отношений состоят в следующем:

- Потребители медицинских услуг непосредственно не платят за услуги, а их предпочтения реализуются финансирующей стороной — страховщиком в системе ОМС или органом государственного управления в бюджетных системах здравоохранения. Ставится задача превращения плательщика в информированного покупателя медицинской помощи, способного отбирать наиболее эффективные звенья оказания медицинской помощи. Но непосредственно для потребителя ценовой сигнал выражен слабо или отсутствует полностью.
- На этом рынке взаимодействуют преимущественно некоммерческие организации, в деятельности которых относительно слабо выражены мотивы повышения доходности по сравнению с коммерческими организациями.
- Рынки капитала и труда либо отсутствуют, либо находятся в состоянии формирования. Но и в последнем случае гибкость движения ресурсов ограничивается множеством факторов, в том числе политических (например, трудно закрыть ненужную больницу).
- Система финансирования здравоохранения «закрыта сверху» — в бюджетных системах действует жесткий бюджет, в развитых системах ОМС есть ограничения на приток средств за счет повышения страховых взносов. Государство осуществляет финансовый контроль за ресурсами

здравоохранения. Как следствие, отсутствует конкуренция здравоохранения с другими отраслями за средства потребителей.

- Элементы рыночных отношений сочетаются с сохранением государственного регулирования здравоохранения. Наиболее важные его элементы — планирование сети медицинских организаций, разрешительная практика появления новых поставщиков, управление спросом на медицинские услуги и лекарственные средства [Шейман, 1998].

Квазирыночные отношения реализуются в двух главных вариантах. Первый — в системе ОМС, основанной на конкуренции страховщиков. Этот вариант получил название *модели регулируемой конкуренции*. Данная модель является теоретической основой рыночных реформ в европейских странах — Германии, Нидерландах, Швейцарии, Бельгии, Чехии, Словакии, в определенной мере в России, а также в Израиле.

Второй — в бюджетной системе финансирования здравоохранения, основанной на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи. Этот вариант известен в экономической литературе как *модель внутреннего рынка*. Он стал основой рыночных реформ в Великобритании, Швеции, Италии, Финляндии.

Наибольший интерес представляет модель регулируемой конкуренции. В ней решающая роль отводится конкурирующим страховым посредникам, действующим в системе ОМС. Конкурируя между собой за привлечение застрахованных, они призваны «запустить» рыночные отношения в собственно здравоохранении [Enthhoven, 1993]. Один из идеологов этой модели голландский экономист В. Ван де Вэн дает следующее ее определение: «Регулируемая конкуренция — это свободный рынок, где ценообразование в принципе определяется рыночными силами, но в рамках нормативной базы, установленной государством в целях соблюдения принципа общественной солидарности и обеспечения эффективного функционирования рынка» [Ван де Вэн, 2004].

Можно выделить следующие главные положения модели регулируемой конкуренции [Sheiman and Wassem, 2002]:

Расширение возможностей потребительского выбора. Исторически европейские системы ОМС складывались как неконкурентные, даже в странах с множеством страховщиков (в начале 80-х годов только в Германии 50% застрахованных имели право на выбор страховщика, в других странах такой выбор осуществляли работодатели). Поэтому главным механизмом активизации рыночных сил стала *замена группового выбора работодателей индивидуальным выбором*. Для привлечения новых клиентов страховщики берут на себя многие не свойственные им ранее функции: предлагают новые услуги, создают условия для обеспечения качества медицинской помощи, стимулируют развитие видов помощи с наибольшей затратной эффективностью, обеспечивают более рациональную структуру системы здравоохранения.

Чтобы потребительский выбор реально влиял на действия страховщика и систему оказания медицинской помощи, необходимо обеспечить *экономическую мотивацию застрахованного к выбору страховщика*. Реально она возникает только тогда, когда застрахованный участвует в финансировании медицинского страхования, то есть делает определенные страховые взносы в дополнение к взносам работодателя или государства. Возможность выбора более экономичной страховой программы является основой ценовой конкуренции страховщиков. При этом акцент делается не столько на соучастие застрахованных, сколько на повышение ценовой эластичности их спроса (в отношении размера страхового тарифа).

Ценовая конкуренция в системе ОМС возможна только в том случае, если страховщик вправе самостоятельно устанавливать размер страхового тарифа. Полная самостоятельность исключается солидарной природой этого вида страхования в европейских системах финансирования здравоохранения. В отличие от США, страховой взнос здесь носит обязательный характер. Государство либо устанавливает единый размер страхового взноса в виде процента от фонда оплаты труда (в большинстве стран с системами ОМС), либо допускает вариацию этого размера, но в определенных пределах, чтобы иметь возможность обеспечить выравнивание условий финансирования конкурирующих страховщиков (в Германии, Швейцарии, Израиле). И в том и в другом случае модель регулируемой конкуренции исходит из расширения права страховщиков устанавливать размер страхового тарифа. То есть, первое основание для конкуренции страховщиков — это *возможность вариации цены участия застрахованных в системе ОМС*. По существу, речь идет о сближении ОМС и ДМС.

Ценовая конкуренция страховщиков, в свою очередь, предполагает усиление рыночного давления на медицинские организации: страховщик не просто оплачивает услуги медицинских организаций, а отбирает наиболее эффективные из них, участвует в выборе наиболее рациональных форм оказания услуг, то есть добивается оптимизации затрат, позволяющей снизить размер страхового тарифа.

Потребительский выбор определяется не только ценой, но и качеством услуг. Застрахованный заинтересован в оптимальном для себя соотношении цена—качество. Для этого он должен иметь необходимую информацию.

Итак, спрос должен быть:

- *индивидуальный*: выбирает не страхователь, а сам застрахованный;
- *информированный*: страхователь и страховщик предоставляют необходимую информацию для сравнения страховых планов;
- *экономически мотивированный*: застрахованный сам делает страховые взносы в дополнение к страховым взносам страхователей.

Возможность выполнения дополнительных программ медицинского страхования. Исторически европейские модели ОМС складывались как универсальные системы государственных гарантий — с единым пакетом медицинских услуг, предоставляемых в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. Модель регулируемой конкуренции допускает дополнительные программы, обеспечивающие расширение гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания медицинской помощи. Страховщик, участвующий в реализации единой программы ОМС, вправе участвовать в реализации дополнительных программ медицинского страхования и самостоятельно определять страховой тариф по этой программе. В результате застрахованные получают реальную мотивацию к выбору страховщика. Появляется возможность сравнивать различные наборы услуг и страховые тарифы на них.

Селективные договорные отношения между страховщиками и медицинскими организациями. Страховщик может выбирать медицинскую организацию и вступать с ней в договорные отношения. Он вправе устанавливать свои требования к доступности, качеству, формам организации медицинской помощи и проч., рассматривая требования, устанавливаемые государством, в качестве минимальных. Кроме того, ставится задача *постепенного отказа от ценового регулирования*. В качестве первого шага — на рынке врачебно-амбулаторных услуг, где сильнее выражена конкуренция. Это означает переход от исторически сложившихся тарифных соглашений, то есть коллективных договоров

ассоциаций страховщиков с ассоциациями медицинских организаций, к индивидуальным договорам с отдельными медицинскими организациями.

В то же время государство оставляет за собой регулирование ряда наиболее важных условий договоров. В первую очередь это касается *минимального набора услуг и стандартов качества*. Такое регулирование необходимо для того, чтобы ограничить возможное оппортунистическое поведение медицинских организаций — предложение более низкой цены за счет снижения пакета услуг и снижения их качества.

Растущее значение финансовых рисков страховщиков. По аналогии с ДМС, страховщики в системе ОМС должны нести финансовые риски. Эти риски связаны с отклонениями фактических расходов на медицинскую помощь застрахованным от расходов, планируемых государством. Страховщики оплачивают медицинскую помощь не только в пределах полученных от государства средств, но и за счет собственных средств. Их неспособность уложиться в установленный порядок финансирования влечет за собой прямые экономические потери. При этом государство устанавливает конкретную пропорцию финансовых рисков, которые берут на себя страховщики и солидарный фонд.

Ответственность за финансовые риски является сильным фактором оптимизации издержек на оказание медицинской помощи. Индифферентный транслятор средств ОМС уступает место рациональному покупателю медицинской помощи, который определяет зоны неэффективности в здравоохранении и предпринимает меры по их ликвидации [Van de Ven et. al, 2003].

Меры по демонаполизации рынка медицинского страхования и медицинских услуг. Подчеркивается необходимость отказа от картельных соглашений страховщиков (тарифных соглашений). Каждый страховщик выступает в качестве самостоятельного субъекта рыночных отношений и напрямую взаимодействует с медицинскими организациями, согласовывая с ними главные параметры оказания медицинской помощи. Считается, что коллективное регулирование рынка медицинского страхования противоречит принципу рыночного выбора и свободного ценообразования, поэтому влечет за собой консервацию неэффективности в системе оказания медицинской помощи [Schut and Van de Ven, 2003].

Одновременно предпринимаются меры по демонаполизации больничного сектора здравоохранения, снятию ограничений на открытие новых врачебных практик, привлечению частного капитала. Подчеркивая важность конкуренции страховщиков (прежде всего ценовой), авторы модели регулируемой конкуренции признают, что решающим фактором активизации рыночных сил является конкурентная среда в системе оказания медицинской помощи. Ее надо целенаправленно формировать, и роль страховщиков при этом решающая.

Использование перечисленных рыночных механизмов, по замыслу авторов модели, позволит, во-первых, существенно ограничить сферу государственного планирования, во-вторых, постепенно вытеснить государство из области закупки медицинской помощи. *Главным покупателем услуг станут страховщики*, причем не их объединение (картель), а отдельные больничные кассы [Ван де Вэн, 2004].

4. УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ МОДЕЛЕЙ КВАЗИРЫНОЧНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Анализ хода рыночных реформ в отдельных западноевропейских странах, прежде всего в Великобритании, Германии, Нидерландах, Швейцарии, а также Израиле [Van de Ven et. al, 2003; Nam, 2005; Шейман, 2007], дает основа-

ния для следующих обобщений в отношении минимального набора условий для их реализации:

Первое условие — *необходимость комплекса мер по нейтрализации селекции рисков*. Это связано с тем, что в конкурентных системах ОМС повышается экономическая мотивация страховщиков к выбору наиболее здорового контингента населения («хороших рисков»), чьи расходы на медицинскую помощь ниже. В результате велика вероятность того, что вложения страховщиков в отбор рисков (маркетинговые стратегии, манипулирование страховыми программами и проч.) будут выгоднее, чем меры по оптимизации издержек на оказание медицинской помощи, которые, по замыслу авторов моделей, должны стать основой деятельности страховщиков. Кроме того, если не принять необходимых регулирующих мер, то конкуренция страховщиков станет серьезным фактором «эрозии общественной солидарности» [European Health Care Reform, 1997].

Поэтому модели предлагают набор требований, направленных на обеспечение равенства застрахованных: обязанность приема к страхованию всех граждан, процедура свободной приписки, запрет на индивидуальные проверки состояния здоровья. Предусматривается установление единого страхового тарифа, общего для всех застрахованных, выбравших определенного страховщика. Но особая роль принадлежит *системе выравнивания финансовых рисков страховщиков*, которая позволяет учесть вероятность будущих расходов разных групп застрахованных. Например, статистически доказано, что лица старше 60 лет пользуются медицинской помощью в 3–4 раза больше, чем человек среднего возраста. И эту вариацию необходимо учесть при перераспределении поступлений взносов на ОМС на основе максимально точной формулы выравнивания. Концептуальные подходы к построению этой формулы являются неотъемлемой частью модели регулируемой конкуренции (Van de Ven et al., 2003).

Второе условие — *накопление объема информации для облегчения потребительского выбора и обоснования коллективной закупки медицинской помощи*. Необходима информация о качестве и результатах оказания медицинской помощи по отдельным медицинским организациям. Велика потребность в данных о затратной эффективности альтернативных вариантов оказания медицинской помощи. Работники финансирующих органов должны обладать квалификацией, необходимой для интерпретации результатов экономических оценок. По мнению Элана Мейнарда, одного из идеологов реформы в Великобритании, недостаток информации и умения ею пользоваться усиливает позиции медиков в диалоге с покупателями медицинской помощи и способен сдерживать конкуренцию [Maunard, 1994].

Третье условие — *приемлемый уровень транзакционных издержек*. Затраты на подготовку, заключение и мониторинг выполнения контрактов должны оправдывать те выгоды, которые они обеспечивают с точки зрения повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов.

Четвертое условие — *повышение гибкости труда и капитала*. Обычно в бюджетных системах здравоохранения гибкость рынка труда ограничивается действующими системами национальных или региональных соглашений между правительством и профсоюзами врачей и медицинских работников, устанавливающими ставки оплаты труда, условия найма и увольнения и проч. Как правило, эти соглашения ограничивают возможности использования систем оплаты труда по результатам и сдерживают вымывание слабых звеньев. Формирование новых условий требует политических решений. Еще в большей мере это касается рынка капитала.

Отдавая себе отчет в том, что негибкость рынков труда и капитала является фактором, сдерживающим развитие внутреннего рынка в здравоохранении, многие западные исследователи указывают на необходимость учета обратного процесса: как внутренний рынок влияет на развитие рынков труда и капитала. Рыночные регуляторы способны дать необходимую информацию для принятия политических решений о выводе из системы неэффективных ресурсов. Разумеется, это не гарантирует принятие решений, но их вероятность повышается по сравнению с системой административных отношений.

5. РЫНОК ИЛИ СЕТЕВАЯ МОДЕЛЬ?

Традиционные подходы к рыночным реформам в здравоохранении основываются на постулатах неоклассической теории. Повышение роли потребительского выбора, использование некоторых механизмов предпринимательского поведения являются попыткой адаптировать традиционные рыночные модели к специфическим условиям общественного здравоохранения. Однако по мере реализации этих подходов обнаружилось, что традиционная система взглядов не отражает ряд важных процессов. Характер взаимодействия между покупателями и поставщиками медицинских услуг, поведение пациентов, мотивация врачей оказались намного сложнее, чем это вытекает из рыночных моделей. Появилась необходимость в анализе институциональных условий возникающих отношений. Теоретико-методологической основой нового подхода стала неинституциональная экономика.

В ряде теоретических работ анализируются отношения зависимости между экономическими субъектами (государством, покупателем и поставщиком медицинских услуг, пациентами), описываемые моделями агентских отношений. Выделяются и анализируются разные структуры управления — рынок, иерархия, сетевая модель. Рыночная модель рассматривается в качестве одного из вариантов, допускается формирование отношений сетевого типа [Forder, Robinson, Hardy, 2005].

Сетевая модель характеризует устойчивую структуру отношений между экономическими субъектами. Они основаны на силе социальных связей, возникающих в ходе хозяйственной деятельности. Стороны выполняют свои обязательства не на основе приказа (иерархия) или из боязни утратить свои позиции (рынок), а путем совместных действий по выбору наиболее эффективных решений. Участники таких отношений принуждаются к выполнению своих обязательств на основе норм, характерных для определенной сети. Возникает «внерыночный тип двустороннего партнерства — двустороннее управление сделкой» [Кузьминов, Бендукидзе, Юткевич, 2006, С.197].

Границы сетевой модели управления достаточно размыты. Она имеет определенные характеристики рынка и иерархии. Собственность разделена как в рыночной модели. Но контроль добровольно передается одной стороной другой стороне, как в иерархии.

Основываясь на таком делении форм управления, рассмотрим главные факторы повышения роли сетевой модели в здравоохранении.

Снижение транзакционных издержек. Можно выделить три типа таких издержек. Прежде всего, это *издержки измерения*. Участники экономических отношений заинтересованы в том, чтобы иметь информацию о результатах деятельности. В здравоохранении измерение результатов всегда представляет собой серьезную проблему. Участники договорных отношений вынуждены затрачивать большие усилия на определение результатов лечения, сбор

данных и их верификацию. Во многих случаях имеет место дублирование в выполнении этой функции покупателем и поставщиком медицинских услуг. Возникает много ситуаций, когда можно договориться о том, чтобы одна сторона собирала информацию и делилась ею с другой. При этом основным носителем информации являются медицинские организации и работающие в них врачи. Никто лучше них не знает реальные результаты деятельности.

Издержки по ведению торго обусловлены природой договорных отношений. Когда обе стороны действуют исключительно на основе собственных экономических интересов, эти издержки могут быть очень велики, особенно в странах, где управление здравоохранением исторически складывалось на основе иерархической модели. В первой половине 90-х годов в НСЗ Великобритании средний срок подготовки договоров между покупателями медицинской помощи (райздравами и врачами общей практики — фондодержателями) и больницами составлял 6—8 месяцев. При этом выяснилось, что покупатели и поставщики медицинских услуг практически ничего не выигрывают и не проигрывают в результате сложных договорных отношений. Неэффективные больницы не банкротятся и не уходят с рынка; врачи общей практики — фондодержатели не могут направлять экономию на повышение оплаты труда, а могут рассчитывать только на дополнительные инвестиции; райздравы, как покупатели медицинской помощи, «обречены» на существование [Maynard, 1994]. Эта конкуренция с нулевым результатом делает актуальным вопрос об оправданности отношений, основанных на конфликте экономических интересов покупателя и поставщика услуг.

Издержки мониторинга могут быть двух типов — до сделки и по ходу ее реализации. В первом случае объектом мониторинга является предшествующая деятельность поставщика услуг. На основе накопленной информации согласовываются условия договора. Во втором — оцениваются результаты реализации договора. Ясно, что информация, полученная предварительно, имеет большую ценность — на ее основе можно принимать более рациональные решения о выборе лучших медицинских организаций. Но издержки мониторинга в этом случае оказываются выше, ведь речь идет об анализе функционирования организации за определенный, возможно, значительный период, а не просто фиксации текущих результатов.

Главное достоинство иерархии и сетевой модели состоит в том, что они снижают издержки измерения, торго и мониторинга.

Преодоление мотивационных изъянов. В ситуации недостатка и асимметрии информации возможно оппортунистическое поведение сторон, то есть поведение, искажающее поставленные цели отношений. В деятельности покупателей медицинских услуг это может выражаться в селекции рисков, в деятельности поставщиков — в спросе, спровоцированном предложением (в ситуации информационной асимметрии). Издержки, связанные с подобными действиями, являются прямым вычетом из доступных ресурсов, то есть, с точки зрения общественного благосостояния, оппортунистическое поведение неэффективно.

Рассматривая особенности мотивации врачей, Дж. Стиглиц указывает на значительную силу профессиональных связей деятельности врачей как фактор, ограничивающий действие конкурентных сил: «тот факт, что врачам часто приходится консультироваться друг с другом и что они пользуются совместно больничным оборудованием, может понизить давление конкуренции» [Стиглиц, 1997, С. 277].

Конкуренция смягчает, но не решает проблему мотивационных изъянов. Анализируя формы оппортунистического поведения на рынке образовательных услуг, российский исследователь В. Тамбовцев формулирует понятие «*деятельность в сигнальной сфере*». Примеры такой деятельности в образовании — привлечение родителей учеников внешними формами обучения в частных школах, хорошими условиями для отдыха, высокими показателями поступления в вузы, на которые «обречены» богатые клиенты, и проч [Тамбовцев, 2005].

На рынке медицинских услуг вероятность подобных действий еще выше — в силу асимметрии информации. Блеск новой медицинской техники и вежливый персонал часто являются более сильными факторами для позитивной реакции пациента, чем реальные меры по обеспечению качества услуг. В результате конкурентную борьбу могут выиграть те, кто обладает меньшими возможностями обеспечить качественное лечение. Перемещение деятельности поставщиков услуг в сигнальную сферу трудно уловить и ограничить на основе имеющейся информации, располагаемой даже коллективным покупателем медицинской помощи, не говоря уж о конкретном пациенте.

Положения неоинституциональной экономики дают основания для выделения иных факторов мотивации врачей. Главный из них — достижение признания высокой квалификации, то есть *репутация* врача. Наиболее важные ее характеристики — опыт врача, объем деятельности в предыдущий период (например, чем больше число кардиохирургических операций, тем выше вероятность их успешного результата), место сложных случаев в клинической практике, результаты лечения, уважение коллег, устойчивость отношений с большим числом пациентов, а самое главное — их доверие. Именно это определяет уровень оплаты труда и место врача в общественной жизни. Американские врачи-миллионеры — это не всегда более активные экономические агенты, выигравшие конкуренцию за деньги пациентов. Свои позиции они достигли прежде всего профессиональной деятельностью.

Иногда репутационные характеристики формируются на основе формальных показателей, например стажа. В Великобритании узкая группа врачей высшей квалификации (так называемые «консультанты») — это специалисты старше 40 лет. Их зарплата в 1,5–2 раза выше, чем у молодых врачей. Чтобы выйти на такой уровень, молодым врачам приходится много лет работать на износ, довольствуясь очень скромной зарплатой. Это естественный процесс накопления «человеческого капитала» и формирования репутации.

В России, где царит уравниловка в формальной оплате труда врачей, опытные квалифицированные специалисты также выделяются на основе своих репутационных характеристик. Признание коллег и доверие пациентов — важнейшие факторы материального успеха врачей³.

В более общем плане на мотивацию врачей влияет комплекс факторов, объединенных понятием «социальные механизмы» и действующих в сете-

³ Автор, работая в конце 80-х годов в Институте кардиохирургии имени А. И. Бакулева, наблюдал очень высокую активность хирургов в определении коэффициента трудового участия в так называемой «системе хозрасчета». Вопреки ожиданиям, врачи очень ответственно отнеслись к обсуждению КТУ: шли ярые споры по поводу сложности и результатов операций, проводимых каждым хирургом; врачи проявили удивительную осведомленность и знание статистики, сравнивая себя с другими. Естественен был наш вопрос: «Зачем им это? Ведь они могут заработать тысячи, приняв «своего» больного из десятков тысяч жаждущих попасть в институт, а спорят из-за 20–30 рублей?». Покойный ныне Владимир Иванович Бураковский, директор института, ответил: «Твои КТУ — это их репутация. О них через год забудут, а «рейтинги» в сознании врачей и пациентов останутся».

вой модели отношений. В ряду главных из них [Кузьминов, Бендукидзе, Юдкевич]:

- ограничение доступа в сеть;
- культура членов сети;
- коллективные санкции;
- репутационное принуждение.

Формы мотивации врача — это своеобразный «социальный контракт», заключаемый обществом с каждым специалистом. Он отражает репутационные характеристики врача и по определению должен быть индивидуальным, выходящим за рамки единых нормативов (например, единой тарифной сетки). Недостаточно создать конкурентную среду, нужно поставить врача в центр отношений сетевого типа, где репутация является главным фактором успеха [Вишневский и соав., 2006].

Важнейший фактор таких отношений — профессиональная самоорганизация врачей. Формы этой самоорганизации многообразны. Главная цель — обеспечение высоких профессиональных и этических норм деятельности. Мотивация врачей формируется под сильным влиянием коллективных действий профессионального сообщества.

Вероятность неполноты контрактов. Высокие транзакционные издержки могут ограничить возможность полной спецификации рыночной сделки в отношении объемов и результатов деятельности производителя. В ситуации, когда «продукт» здравоохранения плохо измеряется, трудно сформулировать санкции за несоблюдение условий договора. Кроме того, неопределенность финансовых рисков, связанных с объемами и структурой работ, усложняет ясное определение ответственности за эти риски.

Неоинституциональная теория оперирует понятием *имплицитный контракт*. Это долгосрочный контракт, в котором неформальные условия преобладают над формальными. Он исключает четкое определение условий, стороны контракта рассчитывают на их спецификацию в ходе реализации контракта. Выполнение такого контракта гарантируется взаимной заинтересованностью участников. Для его осуществления требуется определенный порядок, предполагающий иерархию или сетевые отношения [Олейник, 2000].

Именно по этому пути пошла реформа здравоохранения Великобритании на втором этапе ее осуществления (после 1997 г.) Во-первых, ежегодные контракты с поставщиками услуг уступили место долговременным контрактам (на 3–4 года). Во-вторых, допускается возможность совместного пересмотра условий контракта. В-третьих, договоры утрачивают гражданско-правовую силу, принимая форму общих соглашений (Duran et. al, 2005).

Необходимо также учитывать, что в здравоохранении велика роль планирования. Планы покупателя медицинских услуг должны согласовываться с планами медицинских организаций. А это предполагает кооперацию, а не конфликт интересов. Такого рода совместное планирование ближе к сетевой модели отношений.

Вероятность использования специфических активов, то есть «активов, которые не могут быть использованы альтернативным образом без существенной потери в их производственном потенциале» [Кузьминов, Бендукидзе, Юткевич]. В результате возникают отношения взаимозависимости, основанные на том, что производитель сделал специфические инвестиции и адаптировал свой товар к специфическим условиям данного покупателя. Происходит трансформация рыночных отношений в отношения взаимозависимости.

В государственных системах здравоохранения роль специфичных активов весьма значительна. Основная часть медицинских организаций является государственной, их имущество формируется на основе государственной инвестиционной политики и ориентировано преимущественно на удовлетворение потребностей территориально закрепленного населения, интересы которого защищает определенный покупатель медицинской помощи. Межтерриториальные потоки пациентов возможны, но основная часть активов обслуживает интересы местного населения. Даже если медицинская организация заключает договоры со многими покупателями услуг, основная часть ее деятельности ориентирована на выполнение договора, учитывающего интересы собственника (например, в России — органа местного самоуправления). Иными словами, высок уровень специфичности активов, а значит, меньше место рынка и выше роль иерархии и сетевой модели.

Необходимость преодоления фрагментарности оказания медицинской помощи.

Прогресс медицины приводит к ее специализации, а это, в свою очередь, порождает проблему фрагментации общей системы здравоохранения. Отдельные ее звенья в растущей мере оказываются разрозненными. Каждое звено отвечает за свой участок работы, чаще всего соответствующий определенной части человеческого организма или области знаний. В этих условиях весьма непросто обеспечить рациональную координацию действий и преемственность отдельных этапов лечебно-диагностического процесса. Гонорарный метод оплаты (за каждую детальную услугу) закрепляет эту фрагментарность: врачи заинтересованы в том, чтобы выполнить собственную часть работы по лечению пациента, утрачивая мотивацию к тому, чтобы потребность в их услугах снижалась, а лечение носило системный характер.

Чтобы преодолеть фрагментарность, недостаточно двусторонних отношений «заказчик—исполнитель». Каждый в отдельности поставщик услуг сталкивается с проблемой координации своих действий с другими поставщиками, особенно в тех случаях, когда имеет дело с хронически больными или случаями нескольких одновременно протекающих заболеваний. Да и конкуренция отдельно взятых медицинских организаций и врачей не обеспечивает интеграцию отдельно взятых звеньев оказания медицинской помощи.

Характеризуя эти процессы, американские экономисты А. Энховен и Л. Толлен выступают с нетривиальным тезисом о том, что объектом конкуренции должен быть пациент со всеми его проблемами, а не лечение конкретного заболевания силами не связанных друг с другом медицинских организаций и врачей: «Для больных с сочетаемыми хроническими заболеваниями самая плохая медицина — это получение медицинской помощи по каждому из них у разных врачей, которые не общаются друг с другом регулярно в отношении пациента» [Enthoven and Tollen, 2005]. Двусторонние рыночные сделки по каждому эпизоду заболевания уступают место системе многосторонних формальных и неформальных отношений, основанных на кооперации и партнерстве в достижении поставленных целей. Лечение хронического заболевания — это ответственность прежде всего врача общей практики, который организует профессиональный контакт с узкими специалистами и добивается снижения частоты обострений заболевания. Формирующиеся системы объединены общим экономическим интересом снижения затрат на лечение.

Сетевая модель может существовать как подобие внутрикорпоративной системы отношений. Эти отношения не являются рыночными (не базируются на конфликте интересов покупателя и поставщика услуг), но укрепляют

рыночные позиции корпорации. Конкурируют не самостоятельные субъекты, а их сети. Ограничивая сферу действия рыночных сил, сети способны функционировать в полноценной рыночной среде.

6. ВЫВОДЫ

1. Рыночные отношения в здравоохранении — сложное и неоднозначное явление. Традиционный подход к анализу этих отношений исходит из того, что в странах с традиционной рыночной системой (или в секторе платной помощи в странах с общественным финансированием) эти отношения наиболее адекватно описываются моделью монополистической конкуренции.

2. В больничном секторе конкуренция может способствовать повышению качества услуг, но, во-первых, далеко не всегда (прежде всего в ситуации регулируемых цен), во-вторых, при высоком потенциале роста издержек, несоизмеримых с повышением качества.

3. Теоретической основой активизации рыночных механизмов в странах с общественными системами здравоохранения являются модели квазирыночных отношений. Ключевая роль в них отводится расширению возможностей потребительского выбора, усилению конкуренции поставщиков и покупателей медицинской помощи, превращению последних в информированных покупателей медицинской помощи, созданию механизмов рыночного давления на медицинские организации. Осуществление новых подходов требует соблюдения ряда условий, которые пока сформулированы лишь в общей форме. Для содержательной оценки эффективности этих моделей требуется накопление практического опыта их реализации.

4. Неоинституциональная экономика не указывает на превосходство рыночных механизмов в здравоохранении и делает акцент на сетевую модель отношений. Растет интерес к системам партнерских связей, которые основаны на сохранении разделения покупателя и поставщика, но при этом предполагают более длительные отношения и совместное принятие решений. Больше внимания уделяется имплицитным контрактам, опирающимся на отношения доверия. Оптимизация трансакционных издержек становится лозунгом поиска «третьего пути» — среднего между административно-командной системой и рыночными моделями развития здравоохранения.

Экономическое сообщество в западных странах разделилось на «рыночников» и тех, кто отстаивает позицию решающей роли организационно-управленческих и финансовых рычагов повышения эффективности функционирования здравоохранения. Обе «партии» не имеют бесспорных доказательств своей правоты.

Выступая на Международной конференции в Бостоне в июне 2005 г., известный британский исследователь Христофер Хэм отметил, что сегодняшняя НСЗ Великобритании — это «причудливое сочетание иерархии, рыночной и сетевой модели» [Ham, 2005]. Возможно, поиск такого сочетания будет вектором будущих реформ здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

Ван де Вэн, В. Реформы системы здравоохранения Нидерландов за последние 15 лет/ В. Ван де Вэн// Материалы совместного семинара Правительства РФ и Всемирного банка по вопросам здравоохранения. — М. 2004.

Шейман, И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения/ И. М. Шейман — М.: «Русь». 1998.

Шейман, И. М. Конкурентная модель обязательного медицинского страхования: опыт Нидерландов и его значение для России/ И. М. Шейман// Экономика здравоохранения. №4. 2007.

Dranove D., Satterthwaite M. The Industrial Organisation of Health Care Markets./ Handbook of Health Economics. V.1 Culier A. and Newhouse J. ed. Elsevier Science. 2000.

Gaynor, M. What do we know about competition in health care markets?/ M. Gaynor// Paper for federal Trade Commission. 2006. December.

Enthoven A. Market Forces and Efficient Health Care Systems/ A. Enthoven// Health Affairs. 2004. Vol. 23. Number 2.

Enthoven A. (2005) Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency/ A. Enthoven, L. Tollen// Health Affairs. 2005. September.

European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies/ Edited and written by Richard Saltman and Josep Figueras. WHO Regional Publications. European Series. 1997. No. 72. Copenhagen.

Forder J., Robinson R., Hardy B. Theories of purchasing/ Purchasing to improve health system performance Edited by Josep Figueras, Ray Robinson, Elke Jakubowski// Open University Press. Buckingham. 2005.

Ham C. «NHS reform developments»/ C. Ham// Paper presented at AcademyHealth 2005 Annual Research Meeting. June 2005. Boston.

Hsiao W. Abnormal economics in the health sector/ W. Hsiao// Health Policy. Vol. 32. P.125–139.

Kessler D. Is hospital competition socially wasteful?/ D. Kessler, M. McClellan// Quarterly Journal of Economics. Vol. 115 (2). P. 577–615.

Maynard A. Can Competition Enhance Efficiency in Health Care?/ A. Maynard// Lessons from the Reforms of the UK National Health Service, Social Science and Medicine. 1994. Vol. 39. No.10.

McPake. Health Economics/ McPake, Ch. Normand// An International Perspective. Routledge. London. 2001.

Porter M. Redefining Competition in Health Care/ M. Porter, E. Teisberg// Harvard Business Review. 2004. June.

Propper C. Market structure and prices: the responses of hospitals in the UK NHS to competition/ C. Propper// Journal of Public Economics 1996. No.61 P. 307–335.

Propper C. Does competition between hospitals improve quality of care? Hospital death rates and the internal market/ C. Propper, S. Burgess, K. Green// Journal of Public Economics. 2004. Vol.88. P. 1247–1272.

Saltman Planned Markets and Public Competition/ Saltman, B. Richard, Casten von Otter// Open University Press. Buckingham. Philadelphia. 1992.

Sheiman I., Wassem J. Regulating the entrepreneurial behaviour of third-party payers/ Regulating entrepreneurial behavior in European health care systems. Ed. By R. Saltman, R. Busse, E. Mossialos// Open University Press. 2002.

Van de Ven W. Risk adjustment and risk selection in the sickness fund insurance market in five European countries/ Van de Ven W., Beck K., Bucher F. et. al.// Health Policy. 2003. Vol. 65. P. 75–98.

О ВЗАИМОСВЯЗИ СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ: СОЦИОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА АНАЛИЗА¹

М.А. Шабанова, д.с.н., профессор ГУ-ВШЭ, ведущий научный сотрудник Интерцентра (МВШСЭН)

1. ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ

В условиях постоянного усложнения общественной и хозяйственной жизни, ускорения темпов изменений, увеличения значимости социальных источников экономического развития актуализируется осмысление характера *взаимосвязей* между социальными и экономическими аспектами функционирования и развития систем самых разных видов и уровней, будь то фирмы (предприятия), отдельные территории (города, села, регионы), сектора/сферы (высокотехнологичный комплекс, аграрный сектор, здравоохранение, образование, наука и др.) или общество в целом. Правильный и своевременный учет этих взаимосвязей становится важным преимуществом, а их недоучет, напротив, приводит к весьма ощутимым и порой труднопоправимым потерям. Примеров как того, так и другого практикой накоплено огромное множество. Однако, когда дело доходит до разработки каких-либо управленческих воздействий (стратегий, политик), сложное соотношение между социальными и экономическими аспектами в воспроизводстве тех или иных систем, как правило, не принимается во внимание (какие-то связи учитываются лишь в одностороннем порядке, какие-то — в отрыве от других значимых связей, а какие-то — не учитываются совсем). На уровне общественной системы экономическая политика разрабатывается и существует в отрыве от социальной, а в социальной политике слабо просчитывается роль экономических факторов и последствий.

В результате получается, что рождаемость населения можно «купить», раз уж сложились благоприятные цены на нефть, не принимая во внимание предупреждения специалистов ни о том, что материальные и запретительные стимулы повышения рождаемости работают только в доиндустриальных и тоталитарных обществах, ни о социальном составе женщин, которые в современных условиях активнее других откликнутся на предложенные экономические стимулы.² И положение в здравоохранении будто бы можно переломить простым вливанием в него определенной суммы денег. Ситуация же в Пенсионном фонде и вовсе выглядит благополучной, если давать ей сугубо экономическую оценку, не принимая во внимание социальные или этические аспекты, что недавно и сделал глава Минздравсоцразвития М. Зурабов. «Должен сказать вам абсолютно ответственно, — заявил он, — что средств (в Пенсионном фонде — Ред.) достаточно, *если мы предполагаем, что мужчина на нас будет доживать до 59 лет*» (*курсив мой — М. Ш.*). Возможно, для

¹ Работа выполнена в рамках «Инновационной образовательной программы ГУ-ВШЭ».

² *Гонтмахер Е.* Бэби-бум, или Ребенок на старость // Российская газета. 18 января 2005.

некоторых «ответственных» чиновников выгоден именно такой человек, который «всю жизнь вкалывает, платит положенные отчисления, а незадолго до достижения пенсионного возраста перестает обременять Пенсионный фонд своим присутствием».³ Но вряд ли такое ограничение, закладываемое министром в экономические оценки, будет оправданным с социальной и этической точки зрения.

При такой «бессистемной» и сиюминутной постановке вопроса из круга акторов, допускаемых к обсуждению целей и приоритетов социальной политики, бизнес-сообщество вообще выпадает. Будто бы его дело — только платить налоги и послушно откликаться на «просьбы» властей, которые, когда захотят, могут совершенно произвольно указать бизнесу, сколько денег и на какие социальные цели должно выделить. Как будто не бизнес (а если бизнес, то не наш) уже в ближайшей перспективе столкнется с нездоровыми и плохо образованными работниками, а через 10–20 лет — с дефицитом кадров вообще. Перечень примеров легко продолжить.

Во всех этих случаях (при всех этих воздействиях) не учитывается (или учитывается не в полной мере) такое важнейшее свойство социально-экономической системы, как *целостность*, когда изменение какого-либо элемента системы влияет на другие элементы и в конечном счете приводит к изменению всей системы. Недоучет характера и силы внутренних связей системы при тех или иных внешних воздействиях на нее приводит к тому, что она в лучшем случае остается индифферентной, а в худшем — реагирует нежелательным (неожиданным) образом. Недоучитывая сложное переплетение экономических и социальных аспектов воспроизводства, авторы и инициаторы экономических реформ сначала сами «производят» социальные проблемы, потом «делают заказ» экспертам и аналитикам на разработку мер по ослаблению тех негативных последствий, которые они сами в данный момент признают актуальными, и, реализуя эти меры, в следующий момент времени порождают новые проблемы, слабо способствуя решению старых. В таких случаях политики с обезоруживающей откровенностью заявляют, что «хотели, как лучше, а получилось, как всегда». Короче, в настоящее время и экономическая, и социальная политика зачастую слабо учитывают реальное состояние объекта, на который направлены их воздействия (во всем многообразии его внешних и внутренних связей). Каждая из них сильно фрагментирована, и они слабо увязаны друг с другом. Нет необходимости говорить о том, сколь неэффективно при этом расходуются экономические и социальные ресурсы общества.

Такая ситуация в сфере управления в немалой степени обусловлена состоянием современного научного (а значит, и экспертного) знания, слабым диалогом между представителями разных общественных наук и, особенно, большой дистанцированностью экономической науки от них. Нередкие (что само по себе уже отрадно) заявления экономистов о необходимости инкорпорирования в экономический анализ достижений других наук в действительности так и остаются «благими намерениями», по существу уже обретенными ритуальный характер. Но если представители разных наук почти не слышат друг друга, нет особых оснований надеяться и на то, что эксперты, работающие в той или иной науке (или являющиеся выходцами из нее), будут открыты к междисциплинарному обсуждению и *системному* осмыслению объекта, на который впоследствии будут направлены управленческие воздействия.

³ Репов С., Фуфырин А. Пистолет системы Зурабова // АиФ. 2007. № 13 С.2.

Тем не менее в последнее время ситуация в системе научного знания постепенно меняется, представители разных наук делают более активные шаги навстречу друг другу. Последнее десятилетие XX века ознаменовалось на Западе активным развитием *социоэкономики*. В 1989 г. в Гарвардской школе бизнеса сформировалось Международное общество развития социоэкономики (SASE),⁴ которое, отвечая на новые вызовы практики, объединило под своим крылом ученых, работающих на стыке экономики и других общественных наук: социологии, психологии, политической науки, права, философии, истории и др. Казалось бы, это именно то, что нужно для решения широкого (и постоянно растущего) класса практических задач. Но там по-прежнему очень мало экономистов, от чего преимущества интеграции на сегодня не столь очевидны. Да и сама социоэкономика в версии SASE не полностью использует потенциал разных наук, и в первую очередь экономической.

Поскольку методология социоэкономики находится в стадии становления и активно обсуждается научным сообществом [см., напр.: Piore, Wrong, Streeck, Hollingsworth, Abell, 2003; Swedberg, 1997; Lutz, 1990, Zafirovski, 1990], попытаемся обозначить свою позицию по ряду вопросов. Чего, собственно, социоэкономике (в той версии, на которой сегодня базируется SASE) не хватает и для того, чтобы стать более привлекательной для экономистов, и для того, чтобы на основе более тесной интеграции с ними полнее отвечать на вызовы практики? Что может дать социоэкономика для взаимосвязанного рассмотрения экономической и социальной политики на разных уровнях? И к чему, в конце концов, на практике приводит недоучет *социальных* факторов (ограничений) в разработке и реализации *экономических* стратегий, равно как недоучет *экономических* факторов (ограничений) при осуществлении *социальной* политики?

2. О ДВУХ ВЕРСИЯХ СОЦИОЭКОНОМИКИ И ИХ ОТВЕТАХ НА ВЫЗОВЫ ПРАКТИКИ

Версия 1. Социоэкономика как междисциплинарная парадигма (версия SASE). Социоэкономика в версии SASE позиционируется как междисциплинарная парадигма. Ее основы обозначены в хорошо известной «платформе-минимуме» SASE (1991) и уточнены в недавней статье основоположника этого общества А. Этциони [Etzioni, 2003]. Поскольку подробному разбору этой версии социоэкономики посвящены несколько недавних статей [Шабанова, 2005а, 2006а, б], здесь мы лишь обозначим ее важнейшие черты в том минимальном объеме, который необходим для осмысления возможностей и ограничений этой версии социоэкономики, а также для объяснения слабой готовности экономистов к интеграции с SASE.

1) *Междисциплинарность как основа методологических позиций.* Термином «социо» в слове «социоэкономика» теоретики SASE именуют целый комплекс общественных дисциплин, изучающих взаимоотношения между обществом и экономикой [Etzioni, 2003. Р. 109]. Среди них: социология, психология, антропология, история, политическая наука, право и др. Однако более детальное знакомство с платформой-минимумом SASE свидетельствует о том, что в действительности речь идет не о *двусторонних* связях между обществом и экономикой, а об *одностороннем* влиянии на экономические переменные как экономических, так и неэкономических факторов. Иными словами, зависи-

⁴ International Society for the Advancement of Socio-Economics (SASE). Подробнее см.: <http://www.sase.org/aboutsase/aboutsase.html>

мая переменная всегда экономическая, *обратное* же воздействие экономики на социальные процессы оказывается без видимых на то оснований вне поля зрения социоэкономики в версии SASE. Кроме того, в последнее время требования к спектру *независимых* переменных заметно снизились: теперь они могут ограничиваться сугубо *социальными* переменными. «Являются ли иностранные рабочие менее производительными? Воздействует ли лоббирование на уровень цен, и если да, то в какой степени? Каковы социальные и политические условия ускорения экономического роста?» — вот типичные вопросы, интересующие социоэкономистов.

2) В содержательном смысле интерпретационный потенциал социоэкономики *предопределяется, по существу, двумя основными предпосылками*. На макроуровне она исходит из того, что экономика не является замкнутой на себя системой, а погружена в общество, его культуру, систему властных отношений и др. Так что многое из того, что происходит в хозяйственной системе, может быть лучше объяснено «внешними» по отношению к ней феноменами (напр., исследованная Вебером М. роль протестантской этики в развитии капитализма) [Etzioni, 2003. P. 110; What is Socio-Economics?]. На микроуровне предполагается, что *индивидуальный* выбор формируется *не только* под воздействием рационального личного интереса, но и под воздействием эмоций, моральных ограничений, социальных обязательств и ожиданий, веры, знания и др. Иными словами, отвергается априорная посылка о том, что люди исключительно или в значительной степени заняты преследованием эгоистических интересов или поиском удовольствий [Satin, 2000; Этциони, 2002. С. 66; Etzioni, 2003. P. 115].

3) Социоэкономика *позиционируется SASE одновременно как позитивная и нормативная наука*: «она не выдает себя за сугубо позитивную науку, а открыто говорит о своей причастности к политике и стремится осознавать нормативные последствия своей работы» [Этциони, 2002 С. 66].

Таковы, на мой взгляд, три базовые характеристики «платформы-минимум» социоэкономической парадигмы, развиваемой SASE⁵. Уже из них можно заключить, что эта версия социоэкономики была обречена на дистанцированность со стороны большей части экономистов — со всеми вытекающими отсюда неблагоприятными для развития парадигмы последствиями. Тот факт, что она не принимает во внимание *обратное* воздействие экономических переменных на неэкономические, сильно ограничивает ее возможности в познании *реальных* взаимосвязей и закономерностей функционирования и развития экономики и общества на разных уровнях социальной реальности — макро, мезо и микро. Постепенное сужение спектра *независимых* переменных за счет исключения (хотя, скорее, и вынужденного) из них экономических переменных также не выглядит убедительным. Кроме того, готовность к интеграции и глубина диалога экономистов с представителями других общественных наук в значительной степени определяются той степенью «социальности» «экономического человека», которую допускают представители разных направлений экономической теории. В социоэкономике же SASE она очень высока, т. к. ее теоретики почерпнули основные содержательные предпосылки из социологии и психологии, и именно к ним они чаще всего обращаются в поисках эмпирических обоснований своих ключевых принципов. Не случайно уже высказывается мнение о том, что

⁵ Более детальное изложение ключевых принципов социоэкономической парадигмы см. [Etzioni, 2003. P. 115–117].

социоэкономика в версии SASE в том виде, в каком она развивается сегодня, мало отличается от экономической социологии (и практически не отличается от экономической социологии вкупе с экономической психологией). Хотя, добавим от себя, потенциал и этих «частных» наук социоэкономика SASE не использует в полной мере [Подробнее об этом см.: Шабанова, 2006].

Интеграция экономики и других общественных наук будет продуктивной только в том случае, если даст некоторое новое качество, то есть позволит решать класс задач, которые не по силам каждой отдельной науке, будь то институциональная экономика, экономическая социология, экономическая психология или что-то еще. В настоящее время социоэкономика в версии SASE далеко не исчерпывает возможного вклада в «междисциплинарный котел» целого ряда наук, и прежде всего — *экономической науки*, с которой теоретики SASE призывают интегрироваться другие общественные науки. Одно из важнейших направлений расширения интерпретационных возможностей социоэкономической парадигмы видится в формировании на ее основе (и наряду с ней) еще одной версии социоэкономики — социоэкономики как *экономической науки*. Ее развитие открывает новые перспективы для возможности ответа на ряд *практических* запросов и разработки более эффективной социально-экономической политики на всех уровнях социальной реальности.

Версия 2. Социоэкономика как экономическая наука. В предлагаемой нами версии [Подробнее см.: Шабанова, 2006-б] *социоэкономика* изучает *двусторонние* связи между экономическими и социальными аспектами воспроизводства систем разных видов (от фирм, территорий, отраслей/ сфер до общества в целом) и пытается дать *экономическую* оценку этим связям на основе сопоставления широко понимаемых затрат и результатов и с учетом определенных социальных ограничений. Стремясь соизмерять экономические и социальные *издержки* с экономическими и социальными *выгодами*, она постоянно переводит одни в другие: экономические издержки и выгоды в социальные издержки и обретения, и наоборот.

То, что широкий спектр социальных явлений, институтов, процессов оказывает большое влияние на экономику, — базовое положение социоэкономики и в версии SASE. Но в ее рамках это влияние не получает *экономической* (в идеале — стоимостной) оценки, то есть не рассматривается с точки зрения экономических выигрышей и проигрышей акторов и систем разных уровней. Экономическая же версия социоэкономики расширяет и углубляет представление SASE о влиянии социального контекста на экономику (вклад, в первую очередь, экономической социологии и экономической психологии) *экономическими* оценками этого влияния. Если экономическая социология ограничивается, к примеру, выявлением доминирующих стратегий сберегательного поведения, а также их факторов, ограничений, последствий распространения, то социоэкономика, основываясь на этом, должна идти дальше, пытаясь оценить *экономические* потери/выигрыши (банков, населения, хозяйственной системы в целом) от распространения тех или иных сберегательных стратегий. *Социологическое* изучение мотивов и факторов высокой текучести работников социоэкономика дополняет *экономическими* оценками потерь, которые при этом несут отдельные предприятия, фирмы и хозяйственная система в целом. Социоэкономика пытается оценить экономические потери, скажем, из-за наркотизации молодежи, широкого распространения пьянства в заброшенных селах и городах-«ловушках» и др.

Другое принципиальное отличие предлагаемой версии социэкономике от версии SASE состоит в том, что она помещает в центр своего внимания и *обратное* воздействие экономики на социум и также пытается дать ему экономическую оценку. Иными словами, экономическая версия социэкономике исходит из того, что социальная сфера (как совокупность социальных отношений и институтов), а также разного рода социальные процессы не только влияют на экономику, но и сами зависят от нее, и этой зависимости нужно дать *экономическую* оценку. Так, финансируя здравоохранение на уровне менее 3% ВВП, важно предвидеть тот *экономический* ущерб, который принесет такая «экономия» в более или менее отдаленной перспективе. По оценкам Счетной палаты, которые базировались на таких показателях, как оплата больничных листов, выплата пенсий по инвалидности, стремительный рост числа инвалидов, высокая смертность населения трудоспособного возраста и др., экономический ущерб России из-за неудовлетворительного медицинского обслуживания может составить 300 млрд долл. до 2015 г. Сегодня в России в три раза выше, чем в ряде развитых стран, смертность по «устраняемым причинам», то есть «мы не лечим те болезни, которые могли бы лечить» [Россия теряет..., 2006].

Обратное воздействие экономики на социум, даже в случае экономического роста и развития, может быть весьма противоречивым. Оно может включать не только повышение уровня и качества жизни, но и приводить к развитию так называемых «болезней цивилизации» (из-за загрязнения окружающей среды, роста стрессовых нагрузок в связи с быстрыми изменениями в образе жизни и характере трудовой деятельности) [Андреев, Кваша, Харькова, 2004]. В условиях крайней изношенности основных фондов состояние рабочих мест на многих российских предприятиях таково, что начавшийся экономический рост с большой вероятностью приведет к росту смертности и заболеваемости работников. Такую гипотезу еще в 2000 г. высказали Иванов С. и Эченикэ В., и в настоящее время она, к сожалению, не опровергнута жизнью: в России действительно растут и профессиональная заболеваемость, и смертность взрослых мужчин.

Давая экономическую оценку воздействию социума на экономику или экономики на социум, так или иначе подспудно исходим или даже явно выходим на *двустороннюю* связь между ними, точнее, на воспроизводственный аспект их взаимосвязи. Экономика (хозяйственная система), развитая до определенного уровня, «поставляет» ресурсы для функционирования и развития социума и его членов, включая развитие образования, здравоохранения, права, уровень и качество жизни, возможности мобильности и др. В свою очередь, качество «воспроизведенных» при данных экономических ограничениях индивидов в следующий момент времени оказывает сильнейшее влияние на пределы экономического развития, приумножение национального богатства, меняет (сохраняет) правила игры, меняет самих людей и одновременно создает экономические ресурсы, которые воздействуют на параметры последующего социального воспроизводства. За термином «социум» здесь скрываются особенности качественного состава и поведения социальных групп (общностей) и акторов разных уровней (образование, квалификация, здоровье, мобильность, экономический, территориальный, должностной и прочие статусы (ресурсы), уровень правосознания, деловые качества, ценностные особенности и проч.). Под экономикой в данном случае имеются в виду в первую очередь «институционально оформленные» материально-вещественные характеристики и денежные потоки хозяйственных единиц самых разных уровней — это может быть хозяйственная система общества,

региона, города, села, определенной сферы (напр., экономика здравоохранения), вплоть до отдельного домохозяйства, то есть самые разнообразные проявления «институциональных взаимодействий человека с природным окружением по поводу добычи средств к существованию».⁶

Давая экономическую оценку связям между экономикой и социумом, считая экономические выигрыши и потери от реализации тех или иных социально-экономических стратегий, особенно важно учитывать *социальные ограничители* реализации конкретных социально-экономических программ и проектов. Например, с чисто экономической точки зрения может оказаться совсем не оправданным, скажем, повышение уровня и качества жизни пенсионеров или инвалидов. Вопросом социального согласия, а значит, и ограничителем при выборе той или иной экономической стратегии выступают и сложившиеся в обществе представления о социально справедливой дифференциации доходов, допустимой степени вмешательства государства в их перераспределение и др.

Итак, констатируем. Экономическая версия социэкономике, учитывая более широкий спектр социальных влияний на экономику, чем другие экономические науки, базируется на поиске приемов *экономических оценок двусторонних* связей между экономикой и социумом. Она стремится соизмерять производимые затраты с достигаемыми результатами (выигрышами и проигрышами, в том числе и в более или менее отдаленной перспективе), оптимизировать соотношение выгод и издержек на основе сравнения альтернативных способов использования ограниченных ресурсов, но при условии соблюдения определенных социальных ограничений. Это позволяет актерам самых разных уровней выбирать более эффективные экономические и социальные стратегии и придает как экономической, так и социальной политике совершенно иной статус. Что это за статус?

3. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА В ЗЕРКАЛЕ СОЦИОЭКОНОМИКИ

Социэкономика в нашей версии, в силу своей природы, предполагает не раздельное существование экономической и социальной политики, а их органическое единство в рамках *социально-экономической* политики. Социально-экономическая политика:

- во-первых, исходит из наличия тесной *связи* между *социальными и экономическими аспектами воспроизводства* хозяйственных систем разных уровней и типов и базируется (там, где возможно) на *экономических* оценках этой взаимосвязи;
- во-вторых, отводит лидирующую роль *социальным* аспектам воспроизводства (как при разработке целей политики, так и при обосновании средств их достижения). При этом и на стадии выбора целей, и при их реализации особо акцентируется важность учета тех социальных особенностей, которые могут стать источниками или, напротив, ограничителями экономического роста и развития;
- и, в-третьих, принимает во внимание определенную *автономность* в каждый момент времени «социального» — от экономических воздействий и «экономического» — от социальных ограничений.

⁶ По существу, в данной версии социэкономике присутствуют оба значения термина «экономический», как их выделял К. Полани (субстанциональное и формальное) [Полани 1988 (1953). С. 499]. Подробнее см.: [Шабанова 2006-6].

С точки зрения потенциала социоэкономики как основы в области социально-экономической политики, все экономические воздействия на социум важно подразделять на два вида: поддающиеся экономической оценке и не поддающиеся таковой. В частности, исследования показывают, что с ростом благосостояния возрастает спрос на *нематериальные* блага, то есть на блага, которые нельзя оценить в денежном выражении (право выбора места жительства, право на свободу информации и свободу слова, возможность участия в решении проблем страны или локального сообщества и др.). Так, массовое жилищное строительство в СССР во времена Хрущева привело к обретению значительной частью населения отдельной квартиры, а вместе с ней и «территории свободной мысли — кухни». Ослаблению контроля власти над личной жизнью советских граждан способствовало и радикальное изменение информационной ситуации в 1950—1980 гг. в связи с появлением радиоприемников с коротковолновым диапазоном. В 1950 г. такие радиоприемники были лишь у 2% советских граждан, а в 1980 г. к ним имела доступ почти половина населения. Крах авторитарного режима в Южной Корее последовал на фоне десятилетий экономического роста, темпы которого были высокими [Гайдар, 2006:131—132]. Хотя этим воздействиям экономических факторов на социальные нельзя дать экономическую оценку, они играют необычайно важную роль в трансформации общественной системы, а следовательно, должны приниматься во внимание при разработке стратегий государственной политики.

В то же время есть воздействия экономики на социум, которым можно дать (и необходимо давать) экономическую оценку. И чем раньше, тем лучше. В частности, важная экспертно-аналитическая область социоэкономики в современной России — комплексная оценка последствий введения *платных* услуг в ряде отраслей социальной сферы, равно как и оценка эффективности государственных расходов на *бесплатные* услуги. При выборе стратегии реформирования этих отраслей важно учитывать не только сиюминутные экономические выгоды в связи с расширением платных услуг, но и те потери, с которыми через какое-то время столкнется экономика из-за ухудшения состояния здоровья работников, снижения доступности качественного образования, разрушения сети профессионально-технических училищ, науки и др. Этим потерям необходимо дать экономическую оценку уже сегодня. Споры нет, значимость качественного образования не ограничивается его вкладом в формирование высококвалифицированных и инициативных работников, как и значимость высокоразвитой системы здравоохранения не исчерпывается обеспечением хозяйственной системы здоровыми работниками. Это ресурсы особого рода, определяющие параметры не только экономического, но и социального воспроизводства на долгие годы. Но наличие *социальных* функций образования или здравоохранения не умаляет роли их *экономических* функций. Более того, поскольку высокий уровень развития человеческого потенциала сегодня становится главным конкурентным преимуществом высокоразвитых стран, то эти сферы важно рассматривать и как потенциально мощные генераторы *экономического* развития.

Сегодня уже на правительственном уровне актуальной признается проблема *бюджетирования, ориентированного на результат*, разработка показателей, по которым можно было бы оценить эффективность деятельности в той или иной сфере, прежде всего эффективность использования бюджетных средств [Жуков, 2004]. Социоэкономика и базирующаяся на ней социально-экономическая политика как раз и отвечают на этот практический запрос. Они

акцентируют важность не только правильного выбора целей политики, но и учета при выборе тех или иных управленческих воздействий тесной взаимосвязи (и определенной автономности) экономических и социальных аспектов воспроизводства, а следовательно, динамического характера взаимосвязи между экономическими и социальными издержками и экономическими и социальными обретенными (выгодами).

Остановимся на каждом из трех базовых признаков социально-экономической политики более подробно.

4. ОЦЕНКА СТОИМОСТИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ЖИЗНИ И УТРАТЫ ЗДОРОВЬЯ КАК ИНСТРУМЕНТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ: ПОТЕНЦИАЛ И ПРЕПОНЫ В РОССИИ

Использование экономических оценок в осмыслении связи между социальными и экономическими аспектами воспроизводства систем самых разных уровней и типов, на котором базируется наша версия социэкономии, способно существенно повысить эффективность социально-экономической политики. Однако наряду со сферами, где использование этих оценок выглядит само собой разумеющимся (напр., расчет экономических потерь от чрезмерной текучести кадров или обретенных от ее снижения), существуют и такие, где обращение к экономическим оценкам встречает сопротивление как по морально-этическим, так и по далеким от них основаниям. Я имею в виду, прежде всего, экономические оценки человеческой жизни и частичной утраты здоровья.

В ряде развитых стран эти оценки выступают важным элементом *экономической* политики, обуславливающим серьезный *социальный* эффект. При адекватной оценке стоимости человеческой жизни компаниям становится *выгодно* инвестировать в безопасность людей, а при заниженной — у них ослабевают стимулы к подобного рода деятельности. Эта зависимость была обнаружена в США и Великобритании еще в 30-е годы прошлого века: в частности, было замечено, что на рост сумм возмещения вреда, связанного с гибелью людей в авиакатастрофах, рынок отвечает ростом вложений в повышение безопасности перелетов, самолетостроение, совершенствование системы эксплуатации воздушных судов. В настоящее время Министерство транспорта США руководствуется оценкой стоимости жизни «условного» американца в 3 млн долл. Это та сумма, которая признана достаточной для того, чтобы авиаперевозчиком выгоднее было обеспечивать перелеты людей на хороших самолетах, чем платить за их гибель [Трунов, 2006. С. 19]. В других регионах мира стоимость жизни оценивается ниже, хотя и по-разному: от 400 тыс. долл. в Португалии или Испании до 1 млн долл. — в высокоразвитых странах [Юров, 2007]. Конечно, эта сумма нигде в мире не выплачивается целиком только родственникам или потерпевшему (хотя и они получают весьма внушительные возмещения): большая часть компенсации направляется в соответствующую отрасль. По оценке специалистов, этот фактор влияет на все сферы народного хозяйства и выступает главным звеном в улучшении ситуации с безопасностью движения, с безопасностью на производстве и пр. В результате достигается определенный *социальный* выигрыш.

Российские эксперты из ГНИИ автомобильной промышленности предложили методику определения стоимости человеческой жизни, согласно которой она в настоящее время оценивается в 300 тыс. долл. Но и эта оценка, как и некоторые другие [Напр.: Быков, 2007], пока еще не заняла надлежащего

места в системе инструментов экономической политики. До сих пор в России институт возмещения вреда в случае гибели людей или частичной утраты ими здоровья крайне несовершенен, он не стимулирует компании вкладывать средства в модернизацию производства и обслуживания.

Сегодня в России ситуация такова, что обращение к *экономической* оценке человеческой жизни и установление величины этого показателя само по себе является проблемой и наталкивается на большие *социальные* барьеры и ограничители. Можно назвать, по крайней мере, три обстоятельства в пользу того, чтобы ослабление (преодоление) этих ограничений стало отдельным направлением социально-экономической политики.

Первое (и едва ли не первостепенное) из них связано с преодолением распространённого в обществе (и весьма выгодного ряду чиновников) заблуждения: поскольку жизнь человека бесценна, то любые попытки дать ей экономическую оценку аморальны. Разумеется, с точки зрения родных, никакие деньги не могут компенсировать смерть или страдания близкого человека, любые выплаты кажутся незначительными в сравнении с понесенной потерей. В этом смысле жизнь человека действительно бесценна и, с морально-этической точки зрения, ее утрата невосполнима. Но именно потому, что жизнь человека — самая большая ценность, общество заинтересовано в том, чтобы при имеющихся в его распоряжении ресурсах, во-первых, в максимальной степени предотвращать попадание своих членов в подобные ситуации, а значит, во-вторых, пытаться разными способами оценивать потенциальные и реальные экономические потери от прерывания (прекращения) экономических и социальных функций погибших и пострадавших людей.

При разработке той или иной политики у их авторов не должно быть возможности подменять бесценность человеческой жизни ее бесплатностью. Ведь если жизнь человека ничего не стоит, то незачем нести значительные затраты для обеспечения его безопасности. Оценка стоимости человеческой жизни должна быть значительной, дабы побуждать проектировщиков рассчитывать свои конструкции так, чтобы избежать впоследствии строительных катастроф; дабы делать выгодной модернизацию угольных шахт, не дожидаясь гибели людей в ходе систематических аварий; дабы стимулировать авиаперевозчиков к модернизации самолетостроения и совершенствованию эксплуатации воздушных судов и др. Это необходимо и для изменения отношения государства к здравоохранению, и для грамотной борьбы с терроризмом, и пр. При этом важно, чтобы каждый отдельный гражданин мог предъявить счет виновным и наказать за проявленную халатность любого, вплоть до самых высокопоставленных чиновников. Таким образом, важно формировать в обществе понимание того, что, внедряя оценку стоимости жизни в инструменты социально-экономической политики, общество через систему стимулов-санкций по отношению к экономическим и политическим акторам обретает больше способов защиты жизни и здоровья людей.

Второе обстоятельство связано с тем, что сегодня по ряду причин (социокультурных, социально-экономических, политико-гражданских и др.) *жизнь (и здоровье) россиян низко ценит как государство, так и они сами*. Исследования, выполненные в США и Великобритании, показывают, что, с точки зрения самого человека, подвергаемого риску гибели, ценность его жизни, выраженная в деньгах, намного превышает дисконтированную зарплату, которую он может заработать в течение всей своей жизни (для среднестатистического участника *дорожного* движения — примерно в 6 раз). Поэтому уже в 60-е годы прошлого века власти этих стран осознали,

что работодатели и перевозчики пассажиров не должны руководствоваться компенсационными суммами на уровне дисконтированной заработной платы (то есть при оценке стоимости жизни рассматривать человека только с экономической точки зрения — как орудие труда). Потому что такой подход не будет обеспечивать безопасность людей на уровне, который требует развитие общества [Трунов, 2006. С. 22].

В развитых странах (прежде всего в США) в последние 20–30 лет проведены десятки исследований по оценке стоимости среднестатистической жизни. Они базируются на анализе *реальных экономических решений*, при принятии которых экономические агенты *сами* взвешивают стоимость своей жизни, будь то покупка более безопасных автомобилей, устройство на работу с вредными (опасными) условиями труда, покупка недвижимости с учетом экологической ситуации в районе и др. Стоимость человеческой жизни вычисляется, в частности, на основе знания о том, насколько выше заработная плата на более опасных рабочих местах, то есть во сколько человек сам оценивает тот или иной риск, добровольно соглашаясь на работу с неблагоприятными (опасными) условиями труда.⁷ Результаты многочисленных исследований американского рынка труда показывают относительно небольшой разброс оценок: от 4 до 9 млн долл. (в ценах 2000 г.) за одну жизнь. Правительственные органы США активно используют эти оценки в практической деятельности: при принятии решений об инвестициях в безопасность на транспорте, в здравоохранение, охрану окружающей среды, безопасность жизнедеятельности и др [Гуриев, 2006. С. 19].

Российская практика оценки стоимости человеческой жизни или экономического ущерба здоровью граждан, которая сегодня исходит от государства, в лучшем случае базируется на оценке человека исключительно как *трудового ресурса* (да и то в весьма усеченном виде), совсем не учитывает социальных функций граждан, включая *субъективную* составляющую цены ущерба. В России все профессии делятся на такие, за которыми на государственном уровне закреплено так называемое «вмененное страхование» (компенсация выплачивается из средств госбюджета), и профессии, для которых не существует вмененного законом социального страхования.

В первую группу входят военнослужащие, работники органов внутренних дел и пр. Так, семьям шести погибших в результате наезда пьяного водителя на курсанта (трагедия произошла в Рязани) было выплачено, по данным Военно-страховой компании, примерно по 180 тысяч рублей [Комментарий руководителя..., 2007]. Расчет страховой суммы производился путем умножения на 25 размера оклада и с учетом числа выгодоприобретателей, то есть состава семьи. У офицеров размер оклада (денежного довольствия) выше,

⁷ Этот способ определения стоимости утраченной жизни основан на выявлении приоритетов, то есть *субъективной* составляющей цены ущерба, а именно: добровольной готовности людей идти на дополнительный риск для здоровья и жизни во имя получения дополнительных выгод. Для получения таких оценок широко используются социологические исследования, а также активно привлекаются ретроспективные статистические данные, скажем, о производственном травматизме и смертности. Так, анализ такой статистики по шахтерам США показал, что они добровольно соглашались на работу, связанную с повышенным, по сравнению с «обычными» профессиями, риском, равным 0,001 (разность между вероятностью гибели при аварии в шахте и вероятностью смерти от естественных причин, в среднем в год), при получении дополнительной платы порядка 800 долл. США в год. Отсюда, в частности, делается вывод о том, что они сами таким неявным (косвенным) образом оценивали стоимость возможной утраты жизни примерно в 800 тыс. долл. США ($800/0,001 = 800\,000$) (цены 2001 г.). Аналогичные расчеты по работникам химической промышленности дали уже величину, равную в современных ценах примерно 2,5 млн долл. США. См.: [Экономическая оценка..., 2004].

но и здесь страховая сумма невелика, в среднем может составлять 200 тысяч рублей. В случае же гибели при исполнении служебных обязанностей работников прокуратуры и следователей семьям выплачивается более существенная сумма: эквивалент зарплаты за 15 лет работы — в пределах 4 млн рублей. Семьям погибших работников Федеральной налоговой службы — примерно 1 млн рублей (так как у них оклады ниже). Во вторую группу входят пожарные, шахтеры, моряки, бюджетные служащие и др. В ведомственном (отраслевом) законе, регулирующем их деятельность, есть положение о том, что они должны быть застрахованы, хотя конкретный механизм этого страхования не утвержден. Поэтому министерства и ведомства, желающие застраховать своих работников, разными путями пытаются найти средства для оплаты страховых премий за своих работников, но чаще всего дело ограничивается символическим страхованием на минимальную сумму.

В принципе, все работодатели регулярно вносят обязательные взносы в Фонд социального страхования, поэтому в случае гибели работника на производстве первым делом именно этот фонд выплачивает единовременную страховую выплату семье погибшего (2007 г. — 46 900 руб., независимо от характера производства и зарплаты погибшего). Иждивенцам назначается ежемесячная выплата: несовершеннолетним детям — до 18 лет (в случае обучения в вузе — до окончания учебы, но не дольше 23 лет), а родителям (если через суд доказано их иждивенчество) — пожизненно.⁸

Что касается авиaperевозок, то в соответствии со статьей 131 Воздушного кодекса РФ перевозчик обязан страховать ответственность за вред, причиненный жизни и здоровью пассажира (а также за вред, причиненный багажу). Страховая сумма на каждого пассажира — не менее чем 1000 минимальных размеров оплаты труда на день продажи билета (так что сегодня минимальная страховая сумма — 1 млн 100 тыс. руб.). Родственники погибших могут обратиться еще и в суд. Монреальская конвенция (1999 г.) предполагает выплату жертвам аварии или их родственникам 135 тысяч долларов независимо от вины перевозчика; если же вина компании будет установлена, сумма компенсации не ограничивается. Однако Россия эту конвенцию пока не ратифицировала.

Но проблема не только в том, насколько дешево оценивает жизнь рядовых россиян государство. Не менее серьезная проблема, сильно отличающая Россию от высокоразвитых стран, состоит в том, что сами россияне весьма дешево ценят как свою жизнь, так и жизнь своих сограждан. В подтверждение можно назвать чрезмерное употребление алкоголя, курение, пренебрежение правилами дорожного движения и пешеходами, и водителями, нарушение правил техники безопасности на рабочем месте, игнорирование самосохранительного поведения в сфере поддержания своего здоровья (профилактики, диспансеризации, физической культуры), сдержанное отношение к добровольному страхованию жизни (где застрахованные риски учитывают все случаи, когда человек попадает в беду: смерть, инвалидность, тяжелая болезнь, лечение которой стоит больших денег, получение травмы и др.).

В конечном счете, «как и на любом другом рынке, бросовая цена жизни российского гражданина означает ее неудовлетворительное качество»

⁸ «Сумма причитающейся иждивенцам ежемесячной выплаты рассчитывается так: средняя зарплата погибшего кормильца пропорционально делится на количество иждивенцев и его самого. Допустим, у кормильца было три иждивенца, а зарплата 10 тысяч рублей: $10\,000 : 4 = 2\,500$ рублей. Столько каждый иждивенец потерял, утратив кормильца, и столько же он будет получать ежемесячной компенсации» См.: [Смольякова, Гладунов, Панина, 2007].

[Гуриев, 2006. С. 21]. В этом смысле все мероприятия традиционной социально-экономической политики, направленные на повышение уровня и качества жизни, увеличение продолжительности здоровой жизни россиян, одновременно могли бы содействовать постепенному росту экономических оценок ими стоимости собственной жизни, изменению моделей поведения в повседневной жизнедеятельности. Спору нет, важную роль в определении стоимости утраты жизни и здоровья играют не только социально-экономические факторы, но и *историко-культурные* особенности россиян (в восприятии и оценке угроз жизни, ценности самой жизни).⁹ Однако коль скоро социальные цели выдвигаются в качестве приоритетных в государственной политике, а низкая продолжительность жизни россиян, ухудшение здоровья и пр. становятся *национальными* проблемами, то при разработке стратегий социально-экономической политики (стимулов к модернизации производства и обслуживания населения) целесообразно использовать оценки, учитывающие опыт развитых стран и определенным образом скорректированные. Важно, чтобы при этом учитывались не только достигнутый уровень социально-экономического развития и культурные особенности России, но и *долгосрочные* цели (стратегии) ее развития.

Поскольку оценка стоимости среднестатистической жизни невозможна без хороших микроэкономических данных, которых в России пока нет, то стоимость жизни россиянина оценивается на основе экстраполяции данных тех стран, где они есть. По расчетам Гуриева С., стоимость жизни россиянина примерно в 3 раза ниже, чем американца, то есть составляет от 1,3 до 3 млн долл.¹⁰ Укладываемые в этот диапазон данные автор получает, экстраполируя данные и по Индии (как единственной из менее развитых стран, по которым имеются надежные оценки).¹¹

Наконец, *третье* обстоятельство, которое, на мой взгляд, существенно затрудняет использование экономических оценок стоимости человеческой жизни в *реальной* социально-экономической политике в России, связано с отсутствием политической воли в условиях крайне слабого развития гражданских структур. Если в развитых странах оценки стоимости человеческой жизни и разных недугов рассчитываются исключительно для того, чтобы определить экономическую выгодность тех или иных управленческих воздействий, то для неподотчетных и не зависящих от гражданского общества российских чиновников, которые при принятии решений чаще всего руководствуются иными мотивами, эти оценки мало актуальны или не актуальны совсем. Что может заставить чиновников принять во внимание те методические разработки, которые уже сделаны российскими экспертами, но так и

⁹ По некоторым данным, разрыв между оценками стоимости утраты жизни в России и США заметно (в 1,5–2 раза) превышает соответствующий разрыв в уровне получаемых доходов, что свидетельствует о том, что, в принципе, россияне сами субъективно склонны оценивать стоимость утраты жизни в целом существенно ниже, чем американцы. См.: [Экономическая оценка..., 2004].

¹⁰ «Анализ стоимости среднестатистической жизни для различных выборок американцев показывает, что эластичность стоимости жизни по доходу составляет всего лишь 1/2, а не единицу (как можно было бы ожидать согласно теории «человеческого капитала»). Таким образом, стоимость жизни людей, зарабатывающих на 1% больше, выше только на 0,5%, и при увеличении дохода в 4 раза стоимость жизни лишь удваивается.... Воспользовавшись американскими данными, мы получим, что стоимость жизни россиянина примерно в 3 раза (3 — корень квадратный из соотношения ВВП на душу населения в России и США в 2004 г.) ниже аналогичного показателя для американца...» [Гуриев, 2006. С. 19–20].

¹¹ «... самая нижняя оценка стоимости жизни индийца составляет 1 млн долл. Если учесть, что Индия отстает от России по ВВП на душу населения в четыре раза, то экстраполяция индийских данных даст оценку жизни россиянина на уровне 2 млн долл. и выше...» [Гуриев, 2006. С. 20].

не востребованы власть имущими (ни на стадии выбора социально-экономических стратегий, ни в текущей административной деятельности)? А ведь эффективность использования оценок стоимости человеческой жизни при принятии управленческих решений зависит не только от точности (правильности) их расчетов, но и от *неотвратимости компенсации* виновными агентами той суммы ущерба, которая рассчитывается на основе этих оценок.

Так, вклад факторов окружающей среды в общее снижение ожидаемой продолжительности жизни в среднем оценивается в диапазоне от 10 до 15%. По некоторым оценкам, в городах России факторы окружающей среды обуславливают до 20–40% общей заболеваемости и даже выше.¹² В свое время российские ученые, базируясь на международных критериях оценки, подсчитали, что цена *недели* московского смога составляла от нескольких десятков до нескольких сотен миллионов долл.¹³ Если бы городским службам вменялось в обязанность компенсировать этот ущерб, то у них было бы больше оснований потратить деньги на организацию более эффективных мер контроля и предупреждения подобных ситуаций.

Помимо трех обозначенных причин социального характера, в России получение надежных оценок стоимости человеческой жизни и частичной утраты здоровья сегодня затруднено из-за отсутствия хорошей микроэкономической базы. Здесь важны как ретроспективные статистические данные (напр., о производственном травматизме и смертности), так и широкое использование данных социологических исследований. Важно систематически выявлять: что конкретно принимают во внимание разные социальные группы россиян, когда дают экономическую оценку потерям своего здоровья или риска утраты жизни (своей или близких людей); какие размеры (и способы) компенсаций они сами считали бы адекватными (достойными) и какие они имеют сегодня на самом деле; какие затраты сегодня несут люди, потерявшие свое здоровье по не зависящим от них причинам (или семьи этих людей), на получение необходимой медицинской помощи в дополнение к той, которая предоставляется и оплачивается государством; как разные группы россиян сами себя ведут в реальной повседневной практике при принятии тех или иных социально-экономических решений, и насколько добровольно (вынужденно) они это делают (будь то работа с вредными (опасными) условиями труда, покупка более безопасных автомобилей, своевременное обращение за медицинской помощью и др.). Ведь работа, скажем, российских шахтеров в опасных условиях в большом числе случаев определяется не сопоставлением возможного риска с размером получаемых за этот риск компенсаций, а тем, что работать им в шахтерских городках больше негде, а денег на переезд в другие места и на овладение новой профессией у них попросту нет.

Таким образом, интегрированная социально-экономическая политика именно с помощью инструмента экономических оценок способна постепенно повернуть все отрасли народного хозяйства к более бережному отношению к человеку, к сохранению и развитию (раскрытию) человеческого потенциала. Она действительно содействует тому, чтобы социальные аспекты заняли ведущее место в социально-экономическом развитии. Те препоны при использовании аппарата экономических оценок, которые имеются в современном российском обществе, как мы видели, в значительной степени

¹² До 50–60%. О разбросе в оценках количественных взаимосвязей между состоянием здоровья и загрязнением окружающей среды см. [Быков, Ревич, 1999].

¹³ Кто смог бы оценить смог? Автор подборки С. Петухов// Коммерсантъ-Деньги. 2002. 17 сентября.

предопределяются уровнем развития общества, особенностями его социальной организации и культуры. Но они также могут быть существенно ослаблены средствами последовательной и комплексной социально-экономической политики (СЭП). Вместе с тем потенциал СЭП не исчерпывается экономическими стимулами, в том числе связанными с оценками стоимости человеческой жизни и утраты здоровья. Он в немалой степени связан с грамотным использованием в управленческих воздействиях *социальных факторов* и *социальных ограничителей* экономического развития.

5. СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ИСТОЧНИК И ОГРАНИЧИТЕЛЬ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Ведущая роль социальных аспектов в социально-экономической политике определяется прежде всего тем простым обстоятельством, что формирование рыночной экономики не самоцель, а средство достижения целей более высокого порядка — повышения уровня и качества жизни россиян, увеличения продолжительности их здоровой жизни и пр. Поэтому выбор экономических стратегий предполагает учет долговременных и социально ориентированных целей развития общества. Однако внимание к социальным аспектам воспроизводства хозяйственных систем самых разных уровней обуславливается еще одним немаловажным обстоятельством: учет и умелое использование *социальных факторов* при разработке и реализации *экономических стратегий* само по себе может стать важным источником экономического развития, а невнимание к ним, напротив, — существенным социальным ограничителем. Причем мировой опыт свидетельствует о том, что здесь нет однозначных решений (по принципу: «это — хорошо, а это — плохо»).

В самом деле, многие страны (Япония, Франция, США, Южная Корея, Тайвань и др.) превратили порой прямо *противоположные* особенности своей социальной организации и культуры в важные преимущества своей экономики. Так, *японский* рынок строится на устойчивых социальных сетях как внутри фирм, так и между ними и находится под сильным влиянием государства, в то время как рынок *США*, напротив, предполагает высокую степень автономности индивидуальных решений в сфере трудовых, кредитных, производственных и прочих отношений. Сильно стратифицированное *южнокорейское* общество преуспело в рыночной экономике благодаря способности аристократической элиты накопить капитал в рамках *крупных* вертикально интегрированных фирм и развить капиталоемкие производства в автомобиле- и кораблестроении, выплавке стали и др. А *тайваньское* общество, базирующееся на мелких и средних межсемейных сетях, не способных накопить достаточно крупный капитал из-за традиции дробления состояния для передачи в наследство сыновьям, напротив, воспользовалось гибкостью своих *малых* предприятий, быстро меняющих производство по мере изменения вкусов потребителей [Биггарт, 2001; Fukuyama, 1996]. Разные общества по-разному относятся к неравенству в доходах и использованию налоговой системы для его регулирования. Так, скандинавские страны возводят в ранг высших общественных интересов смягчение социальной дифференциации и активно используют налоговую политику для корректировки рыночного распределения доходов. А США или Бразилия так не считают и так не делают.

Свои социальные особенности, разумеется, есть и у России. К ним в первую очередь можно отнести: 1) относительно низкий уровень жизни и относительно невысокие притязания массовых групп населения, сложившиеся

еще в советский период и в значительной степени воспроизводящиеся и по сей день; 2) долготерпение как национальную черту; низкий протестный потенциал и неразвитость структур гражданского общества; 3) доминирование трудовой ориентации над рыночной в массовых представлениях о социальной справедливости в распределении общественного богатства; 4) невысокий уровень правового сознания и поведения; 5) низкую ценность самостоятельности и независимости в актуальном жизненном пространстве россиян; 6) деление общества на два больших класса: правящий и народный; особое качество правящего класса, отдаляющее его от рациональной бюрократии стран с развитой демократией и рынком [Подробнее см.: Шабанова, 2005б.], и пр. При проведении рыночных реформ, по существу, была учтена, пожалуй, только одна из этих особенностей — долготерпение и низкий протестный потенциал россиян. Очень ярко проявила себя оторванность власти от рядовых граждан. Однако и не принимавшиеся во внимание социальные особенности внесли и продолжают вносить существенный вклад как в вектор развития, так и в темпы и издержки экономических преобразований.

Социальные особенности находят отражение прежде всего в *механизмах* выбора приоритетных целей государственной политики, а также в тех усилиях, которые прилагают (или не прилагают) власти к достижению *общественного согласия* по поводу этих приоритетных целей и способов их достижения. Они проявляются в доминирующих представлениях о допустимых масштабах социальных неравенств (как и в том, какие из них воспринимаются справедливыми, а какие — нет), в массовых суждениях о надлежащей социальной роли государства и бизнеса и т. п. В конечном счете, все это оказывает сильное влияние на *степень легитимности* новых правил игры для широких социальных слоев.

Если социальные цели действительно становятся приоритетными, а социальных проблем за годы реформ накопилось великое множество, и все решить сразу невозможно, то возникает вопрос: *кто* тот субъект, который должен выбрать приоритеты? Кто должен решить, с чего начать, и сказать «да, будет так»? Правящая элита? Региональные элиты? Общественная палата? Другие гражданские структуры? Кто? А кому (и через какие механизмы) придется согласиться или не согласиться? Уже здесь ярко проявляются особенности социальной организации современного российского общества. Как и прежде, приоритеты в выборе социальных целей определяет правящий класс. Несмотря на либерализацию и демократизацию *формально-правовых* норм в ходе кардинальных реформ 90-х гг., *реальные* возможности влиять на приоритеты государственной политики *через систему выборов* в государственные органы своих представителей у рядовых граждан сегодня, мягко говоря, очень малы. Структуры *гражданского общества*, которые на макроуровне отстаивали бы интересы разных социальных групп (как слабых, так и сильных), также слабы. Партий (в подлинном смысле этого слова) нет. Местное самоуправление как важный элемент и механизм становления гражданского общества, формирования на локальном уровне столь дефицитной сегодня социальной солидарности не имеет реальной силы и базируется на постоянно сужающейся ресурсной базе.¹⁴ Так что именно от правящего класса и только от него до сих пор зависит, будет ли он при разработке проектов тех или иных

¹⁴ Сейчас соотношение в налоговых поступлениях федеральной и региональной власти, а также местного самоуправления составляет 60:30:10, а желательный баланс должен быть ближе к обратному [Гонтмахер, 2004].

программных документов консультироваться с представителями гражданских организаций, представляющих интересы как бизнеса, так и других групп. Именно от правящего класса зависит, будут или не будут учитываться в государственной политике данные мониторинга общественного мнения по актуальным вопросам общественной жизни, равно как и то, будет ли этот мониторинг вообще осуществляться.

Вместе с тем в изменившейся институциональной среде расширяется спектр возможных (формальных и неформальных) способов выражения несогласия рядовых граждан выбором «сверху». Если провозглашаемые властями цели политики не являются продуктом общественного согласия, то граждане воспринимают новый социальный порядок как *нелегитимный*, возникают разного рода протесты — как открытые (напр., недавние массовые выступления против монетизации льгот), так и (что не менее важно) скрытые (напр., массовые включения в разнообразные противоправные практики в ходе реформ 90-х гг., повсеместное ослабление горизонтального контроля за соблюдением формальных и неформальных норм). Иными словами, провозглашаемые социальные цели должны быть не только осуществимы (подкреплены экономическими ресурсами), но и быть результатом общественного согласия, социальной солидарности. Однако в *трансформирующихся* социально-экономических системах общество нередко оказывается расколотым в культурно-правовом отношении: так, по данным наших исследований, 55% трудоактивных горожан считают, что за годы реформ потеряли значимых прав больше, чем приобрели, а 43% — наоборот. Откуда же в таком «разрозненном», «культурно расколотом» обществе возьмется согласие или социальная солидарность? По-видимому, не остается ничего иного, как их постепенно формировать. И потенциал социально-экономической политики в этом отношении гораздо выше, чем только экономической или только социальной политики, реализуемых в отрыве друг от друга.

В самом деле, без органической увязки экономических и социальных аспектов нельзя решить многие актуальные проблемы трансформационного процесса: вопрос о легитимации крупной частной собственности, например, или об избыточных экономических неравенствах и воздействии экономического роста на сокращение бедности. Эти проблемы, по сути своей, являются *социоэкономическими*, они не могут быть решены средствами только экономической или только социальной политики. Так, проблема *легитимации крупной частной собственности*, выступающая мощным препятствием модернизации экономики и развития рыночных отношений, для своего решения требует реализации комплекса мер по отношению ко всем основным акторам. Среди них: крупные собственники (которые устали от неопределенности и нуждаются в признании всех прошлых сделок не подлежащими пересмотру), политическая власть (жесткие антимонопольные и антикоррупционные меры, прозрачные ограничения на крупный бизнес, в т. ч. на тот, активы которого получены в результате залоговых аукционов), общество (ибо сегодня основная часть россиян не признает результатов приватизации и отрицательно относится к крупной частной собственности).

Так, по данным всероссийского опроса (август 2005) почти половина (49%) россиян полагали, что деятельность *крупного* бизнеса идет сейчас, «скорее, во вред» (32%) или «определенно во вред» (17%) России (против 39% — «скорее, на пользу» или «определенно на пользу»). Соотношение аналогичных позиций по *среднему* и *малому* бизнесу более благоприятное (25% против 62%). Только 12% россиян (ноябрь 2005) согласились принять резуль-

таты приватизации такими, какие они есть, в то время как 30% выступают за полный их пересмотр, а 29% — за пересмотр результатов приватизации в отношении крупнейших предприятий/важнейших отраслей экономики.¹⁵ В этих условиях любые устрашающие крупный бизнес воздействия властей находят поддержку в широких слоях населения. Социально-экономический вариант решения этой проблемы предлагает проф. Г. А. Явлинский. Он работает над идеей введения так называемого *компенсационного налога* на крупных собственников (одноразового и немалого) с последующим общественным обсуждением, куда эти деньги целесообразнее потратить [Явлинский, 2006]. В данном случае проблема легитимации крупной частной собственности осмысливается на основе органического сочетания политических, экономических и социальных факторов и, становясь объектом интегрированной социально-экономической политики, обретает более благоприятные перспективы для решения.

Другая серьезная проблема — избыточные экономические неравенства. Децильный коэффициент неравенства, по данным Росстата, в последние годы колеблется между 14 и 15. По оценке же международных и ряда российских исследовательских организаций, подлинная степень неравенства в России в 2,5–3 раза выше.¹⁶ Между тем, по данным разных исследований, приемлемые (справедливые) социальные неравенства в России колеблются в интервалах от 4–5 до 5–9 раз. Чрезмерные экономические неравенства существенно затрудняют легитимацию нового социального порядка и, кроме того, серьезно тормозят экономический рост и развитие. Исследования показывают, что положительно коррелирует с показателями экономического роста так называемое *нормальное* неравенство,¹⁷ а бедность и избыточное неравенство, напротив, являются его тормозом [Шевяков, Кирута, 2002]. Экономическая политика, реализуемая правительством, связывает вопросы ликвидации бедности с экономическим ростом. Однако деформация распределительных механизмов в России сегодня такова, что экономический рост только углубляет неравенство и бедность. На 100 рублей прироста валового регионального продукта в расчете на душу населения бедные получают прирост на 5 рублей, а богатые — на 200 рублей, то есть разница между богатыми и бедными в 40 раз [Шевяков, 2005. С. 9,12]. Это еще один серьезный довод в пользу того, чтобы рассматривать вопросы, традиционно относившиеся только к экономической или только к социальной политике, в их органическом единстве.

В принципе, в условиях кардинальных трансформаций продвижение в сторону большего общественного согласия само по себе должно стать направлением (одной из задач) социально-экономической политики, способствующим превращению социальных ограничителей в социальные источники экономического развития. И здесь, наряду с традиционными направлениями дифференцированной для разных групп социальной политики, важное значение обретает *просветительско-разъяснительная* деятельность с апелляцией к выгоде и личному интересу разных слоев. Даже если случится так, что

¹⁵ Еще 18% настаивают на пересмотре результатов приватизации в тех случаях, когда предприятия стали хуже работать, хуже платить налоги, задерживать зарплату [Общественное мнение..., 2005. С. 97–98].

¹⁶ В развитых странах соотношение между доходами верхней и нижней децильных групп колеблется от 12–14 (США) до 6–7 (некоторые страны ЕС) [Шевяков, 2005. С. 12].

¹⁷ «... нормальное неравенство как часть общего неравенства, которую составило бы неравенство в ситуации, если бы все доходы ниже величины прожиточного минимума были повышены до величины этого минимума, а все остальные доходы остались бы неизменными» [Шевяков, 2005. С. 8].

цели государственной политики действительно будут отвечать интересам большинства общественных групп, это еще не обеспечивает лояльности со стороны последних. Важно, чтобы эти цели были *понятны* широким слоям рядовых граждан.

Не случайно опытные реформаторы придают большое значение механизму убеждения-разъяснения при проведении экономических реформ. Так, по признанию Людвига Эрхарда, при реализации своей программы перехода от принудительно направляемого хозяйства к рыночному в послевоенной Германии он «посвящал многие месяцы тому, чтобы добиться правильного понимания населением экономического положения и целей экономической политики»; постоянно разъяснял населению на конкретных жизненных примерах внутренние законы рыночного хозяйства, будь то антикартельная политика или взаимосвязи между ростом цен и заработной платы или что-то еще («Я буквально извездил всю страну, чтобы разъяснить эти элементарные истины даже самым простодушным людям») [Эрхард, 1991. С. 254]. И, разумеется, он постоянно следил за реакцией населения на различные явления хозяйственной жизни, учитывая эту реакцию в своей политико-экономической деятельности. А «психологический поход», получивший в Германии название «душевного массажа», Эрхард рассматривал как необходимый метод *экономической* политики.

Иная стратегия реализации реформ, как известно, была выбрана в России. Реформаторы исходили из того, что главное — осуществить преобразования в экономической сфере, а уж люди как-нибудь к ним приспособятся. В результате большие группы людей, которые социализировались в иных условиях (когда востребовались другие личные качества, усваивались иные способы решения проблем) и которые никогда не бывали за рубежом, зная об обществе с «рынком и демократией» лишь понаслышке или не зная о нем вообще ничего, столкнулись с множеством ранее неведомых вопросов и необходимостью принимать «сильные» решения в незнакомом жизненном пространстве: что делать с ваучерами, акциями, паями; в какой валюте и в каких банках хранить сбережения; менять профессию или переждать трудные времена; как выбирать деловых партнеров, кому можно доверять, а кому нельзя, и т. д.

Конечно, при любых условиях все равно останется много людей, которые будут противиться новому. Да и наивно было бы думать, что убеждение или разъяснение — панацея от всех бед в условиях кардинальных преобразований. Но, во-первых, механизм убеждения-разъяснения обладает безусловным преимуществом перед механизмом принуждения, да еще и позволяет части населения снизить издержки адаптации к новым условиям. А во-вторых, этот механизм должен опираться и дополняться обращением к *личным интересам* граждан. «Мало смысла обращаться к людям с призывами, если они склонны думать, что от них требуются жертвы лишь в угоду данному министру или правительству... Нужно апеллировать к представлению о выгоде и к личному интересу хозяйствующего человека» [Эрхард, 1991. С. 224].

В этом смысле заслуживает серьезного внимания методология формирования экономической политики, предложенная Г. Клейнером и Д. Петросяном.¹⁸ В частности, они предлагают представлять программный документ

¹⁸ Впрочем, если судить по содержанию и структуре предложенного авторами документа, механизму его формирования и реализации, то с полным правом можно заключить, что речь идет о методологии формирования не просто экономической, а *социально-экономической* политики России.

в двух частях, одна из которых предназначена для широких слоев населения и обязательно публикуется в СМИ (это «лицо» экономической политики), а другая — для профессионалов, которые должны выполнять поставленные задачи. Для того чтобы программный документ был понятен не только профессионалам, но и широкому слою населения, в первой части он не должен формулироваться в виде стандартных обобщающих макроэкономических показателей, вроде удвоения ВВП. Ибо подавляющее большинство россиян не в состоянии описать ни пути, ни последствия такого удвоения для себя и своих семей. Документ должен быть «повернут лицом» к человеку. К примеру, мероприятия по снижению подоходного налога на физических лиц ученые предлагают представлять как средство усиления социальной справедливости при оплате труда и стимулировании его производительности, и только потом уже — как средство пополнения бюджета. Содержащиеся в первой части показатели должны быть специфицированы и дифференцированы для различных слоев населения так, чтобы каждый человек мог увидеть ожидающие его перемены в планируемом периоде. Только такой ясный и понятный программный документ способен мотивировать активную часть населения к эффективному экономическому поведению, а другим социальным слоям внушать уверенность в стабильной и достойной жизни [Клейнер, Петросян, 2005. С. 62, 64–65].

Таким образом, интегрированная социально-экономическая политика (СЭП), отводя лидирующую роль социальным аспектам воспроизводства и поворачивая с помощью своих инструментов хозяйственную систему к человеку, к сохранению и развитию человеческого потенциала, в то же время нацелена на более полное использование социальных источников экономического роста и развития. Способствуя повышению степени общественного согласия и социальной солидарности, росту социальной активности и удовлетворенности, она повышает уровень легитимности нового социального порядка, снижает издержки адаптации разных социальных групп к новым условиям.

6. ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА: ПОТЕНЦИАЛ АВТОНОМНОСТИ

Наконец, третий базовый признак социально-экономической политики — относительная автономность «социального» и «экономического» друг от друга — имеет множество эмпирических подтверждений. Его игнорирование возможно лишь до определенных пределов и со временем способно привести к самым неблагоприятным или неожиданным последствиям. Печально известный пример — *государственная политика по отношению к аграрному сектору в советский период и в ходе рыночных реформ 90-х гг.* Как известно, многие крупные реформы в России проводились «за счет села», точнее, аграрного сектора. Политические решения правящей элиты игнорировали двустороннюю связь между экономическими и социальными аспектами его воспроизводства. Реструктуризация *экономических* потоков не в пользу села не раз приводила к самым неблагоприятным *социальным* последствиям, а те, в свою очередь, через механизм обратной связи столь же неблагоприятно сказывались на *экономической* эффективности аграрного сектора, степени реализации его экономических функций по отношению к более широкой системе. В результате еще в 30–50-е годы XX в. была сформирована специфическая социально-экономическая система села, которая в 80-е годы слабо откликалась

даже на благоприятные экономические воздействия спохватившейся (из-за нехватки продовольствия в стране) власти. Впервые социоэкономические аспекты этой проблемы были подняты Т. И. Заславской [Заславская, 1966], некоторые из них впоследствии активно изучались учеными-аграрниками и системно освещены в интересующем нас ключе в недавней книге Е. Т. Гайдара [Гайдар, 2006. С. 150–152].

Масштабы перераспределения средств из деревни в город в 30–50-е годы, являющиеся, по оценке специалистов, беспрецедентными в мировой истории, базировались на вполне конкретных воздействиях государства на социальную подсистему села. Коллективизация привела к уничтожению слоя крепких крестьян. Лишение крестьян свободы передвижения (закон 1932 г. запрещал покидать деревню без специального разрешения), а следовательно, и свободы выбора места работы «подкреплялось» принуждением к работе, которая оплачивалась, по существу, символически (в 30–50-е годы годовые денежные доходы колхозников были близки к *месячной* зарплате рабочего). Необходимое же в этих условиях ведение личного подсобного хозяйства (ЛПХ) для содержания семьи во второй половине 1940-х г. серьезно затруднялось наложением на ЛПХ высоких натуральных и денежных налогов, с тем чтобы заставить крестьян больше времени уделять работе в колхозах [Гайдар, 2006. С. 150]. Каким образом реагирует сельский социум на такие воздействия? И как это сказывается на степени реализации *экономической* функции аграрного сектора?

Уничтожение слоя крепких крестьян и принуждение к малооплачиваемому труду стали сильным ударом по слабой, зародившейся в России лишь после отмены крепостного права, этике крестьянского труда, привели к существенному ослаблению трудовой мотивации.¹⁹ Более открытой формой протеста (в ответ на введение высоких налогов на ЛПХ) стало массовое избавление крестьян от молочного скота, вырубка фруктовых деревьев. Уже в 1950 г. 40% крестьянских семей не держали молочный скот. Постепенно начинается миграция (любыми способами) из села самых способных и энергичных крестьянских детей, которая с течением времени привела к деградации социальной структуры сельского населения (чего, кстати, избежали страны — лидеры экономического развития, где в селе оставались, как правило, старшие сыновья, а отъезд младших в город определялся главным образом обстоятельствами рождения, а не более высокими способностями) [Гайдар, 2006. С. 151–152]. В результате уже с первой половины 50-х годов наблюдаются серьезные сбои в реализации *экономической* функции аграрного сектора: в 1953–1960 гг. государственные запасы зерна постоянно сокращаются, а с середины 1960-х годов на большей части территории страны (за исключением столицы и привилегированных городов) исчезает из свободной продажи мясо и др.

В ответ на создавшийся дефицит продовольствия правящая элита пытается «поправить ситуацию», правда, теперь уже не административными, а экономическими методами, на основе учета двусторонних связей между экономическими и социальными аспектами воспроизводства аграрного сектора. По оценке российских и зарубежных экспертов, 1960–1980 гг. являются беспрецедентными по наращиванию инвестиций в сельское хозяйство,

¹⁹ Отношение к работе как к повинности, которой при возможности стремятся избежать, в России отражено в таких пословицах как: «Работа не волк, в лес не убежит», «Дураков работа любит» и, наконец, в том, что «раб» и «работа» имеют один корень...» [Гайдар, 2006. С. 150] и имеет долгосрочные (в том числе и экономические) последствия.

однако «эффективно использовать направляемые на развитие села средства оказалось невозможно... Деградация социальной структуры села обуславливает низкую результативность направляемых туда капитальных вложений. Результаты решений, принятых на рубеже 1920—1930 гг., создали проблемы, которые будут ключевыми для СССР на десятилетия вперед...» [Гайдар, 2006. С. 157—158].

Таким образом, даже при сильной централизованной власти индивиды обладают определенной свободой в выборе места жительства, отношении к труду, скрытом сопротивлении нежелательным воздействиям извне. В рамках допускаемых официально экономических отношений большинство сельских районов центральной и восточной России оказались трудонедостаточными, осваивать выделяемые государством на развитие села средства оказалось некому. Стабилизация сельского населения в трудонедостаточном селе требовала его социального переустройства, а последнее, в свою очередь, стабилизации сельского населения, особенно трудоспособного. Круг замкнулся...

Справедливости ради отметим, что в то время выход из этого круга нашел сам социум. Именно в конце 60-х — начале 70-х годов началась последняя волна активного нарастания феномена, именовавшегося в советский период «шабашничеством». Его участниками стало большое число работников с хорошей профессиональной (в частности, строительной) подготовкой, которые интенсивно трудились на благо социального переустройства российского села, но при этом довольствовались минимальным социально-бытовым комфортом. Основная часть этих работников была выходцами из южных и юго-западных районов СССР (77% — из Западной Украины, Армении, Грузии, Азербайджана, Дагестана, Чечено-Ингушетии и др.). Стихийно, по собственной инициативе, прибывали они в трудонедостаточные сельские районы центральной и восточной России, но не «насовсем», а на сезон. За 5—7 месяцев в разных областях отходники выполняли до 60% годовой строительной программы, а на отдельных сельскохозяйственных предприятиях и до 100%. По данным ВНИИ прокуратуры, в середине 80-х годов армия временных строителей, или «шабашников», составляла уже около 6 млн. человек.

Это был весьма любопытный феномен в советской экономике. Практика поиска объектов и заключения договоров, оплаты и режима труда (по 16 часов в день, часто без выходных), отсутствие каких бы то ни было социальных гарантий, практика решения трудовых споров и др. значительно отличались от общепринятых в СССР [Шабанова, 1985; 1992а, б]. Однако власти вынуждены были «закрывать глаза» на стихийное распространение сезонных строительных бригад, т. к. их деятельность значительно смягчала просчеты централизованной власти государства, когда она сама была уже не в состоянии сделать это. Все, что могли делать и делали власти, — активное использование СМИ для поддержания негативного отношения общества к этой группе работников, наклеивание на них разного рода ярлыков («рвачи», «стяжатели», «аморальные элементы» и пр.). Кроме того, руководители отдельных хозяйств (организаций) вступали с «шабашниками» в неформальные отношения (как сегодня сплошь и рядом поступают с таджиками), и этот феномен еще в советский период был в значительной степени сопряжен с погружением в теневую сферу. Тем не менее развитие сезонного строительства способствовало значительным сдвигам в социально-экономическом развитии села, и, наверное, сегодня многие сельские жители вспоминают вторую половину 70-х — сер. 80-х годов как самые благоприятные.

Что касается рыночных реформ 90-х годов, то они вновь привели к самым неблагоприятным последствиям в состоянии аграрного сектора и села. По оценке специалистов, деиндустриализация сельского хозяйства в России уже в основном завершена, и сегодня оно не в состоянии поддерживать даже ранее достигнутый (далекий от требований эффективной сбалансированности) уровень питания населения [Вальтух, 2001. С. 5]. Как констатировал министр сельского хозяйства А. Гордеев, «в минувшем десятилетии производство продукции сельского хозяйства в России сократилось более чем на треть, а продуктов питания — почти на половину. В силу этого среднестатистический гражданин стал питаться хуже, чем десять лет назад. В энергетическом исчислении ныне потребление продуктов уменьшилось примерно на треть» [Гордеев, 2002. С. 17]. Доля импортных продуктов питания сегодня достигает 40%, хотя предельно-критическое значение, по данным Международной федерации агропроизводителей, — 30%, а ученые-аграрники называют и более низкие цифры (20%). Следствие — низкий уровень продовольственной безопасности современной России. Произошла массовая архаизация жизнедеятельности сельского населения, продолжается дальнейшая деградация социальной структуры села, разрушение социальной и производственной инфраструктуры аграрного сектора. В такой ситуации успешность национального проекта по развитию сельского хозяйства требует больших усилий и времени и опять-таки (в который раз!) в значительной степени предопределяется степенью (и правильностью) учета двусторонней связи между экономическими и социальными аспектами в функционировании и развитии аграрного сектора.

* * *

Итак, констатируем. Новые практические вызовы, с которыми сталкиваются общественные системы (как трансформирующиеся, так и стабильные), требуют для адекватного ответа все более тесной увязки социальной и экономической политики. Подходящей научной основой в выборе наиболее эффективных решений при этом вполне могла бы стать социоэкономика. Как мы видели, обе версии социоэкономики позиционируют себя не только позитивными, но и нормативными науками, которые, отвечая на вызовы практики, стремятся содействовать разработке эффективных управленческих стратегий на разных уровнях социально-экономической реальности. Однако по ряду обозначенных нами причин можно заключить, что возможности *экономической* версии социоэкономики в этом отношении гораздо выше, чем *междисциплинарной* версии в том ее виде, на котором сегодня базируется SASE.

Экономическая версия социоэкономики, изучая *двусторонние* связи между экономическими и социальными аспектами воспроизводства хозяйственных систем самых разных уровней и пытаясь дать (там, где это возможно и необходимо) *экономические* оценки этим связям, призвана создавать серьезную научную основу для обоснованного выбора социально-экономических стратегий в противовес импровизациям бюрократии по этим вопросам. Именно эти оценки способны активно содействовать действительному повороту всех отраслей народного хозяйства к сохранению и развитию человеческого потенциала. Экономические оценки позволяют выбирать не только более эффективные экономические стратегии, но *в перспективе способны придать социальной политике совершенно иной статус*. Они лишают чиновников оснований

рассматривать социальные проблемы как второстепенные и финансируемые по остаточному принципу, отодвигать их решение на неопределенные сроки и в то же время акцентируют внимание на *социальных* источниках *экономического* роста и развития.

То особое место, которое в перспективе могут занять оценки стоимости человеческой жизни и утраты здоровья в управленческих воздействиях, определяется прежде всего тем обстоятельством, что уже сами по себе они могут рассматриваться как важнейший критерий успеха и экономической, и социальной политики. Кроме того, обращение к этим оценкам содействует интеграции этих политик в рамках единой социально-экономической политики, их взаимосвязанной разработке и реализации, что способствует повышению эффективности управленческих воздействий на всех уровнях. При накопленных в обществе проблемах и имеющихся в его распоряжении ресурсах (инструментах) для их ослабления общество, бесспорно, только выигрывает. Однако, принимая во внимание особенности экономического, культурно-исторического и социального развития России, можно заключить, что превращение оценок стоимости человеческой жизни и утраты здоровья в инструмент социально-экономической политики для начала должно стать важнейшей *задачей* такой политики. И шансы на успешное решение этой задачи у СЭП выше, чем только у экономической или только у социальной политики, рассматриваемых в отрыве друг от друга.

Важный потенциал СЭП связан с одновременным учетом как тесной взаимосвязи, так и относительной автономности социальных и экономических аспектов воспроизводства друг от друга, что позволяет более эффективно использовать имеющиеся в распоряжении общества экономические и социальные ресурсы. В целом интегрированная социально-экономическая политика, отводя лидирующую роль социальным аспектам воспроизводства, вместе с тем нацелена на более полное использование *социальных* источников *экономического* роста и развития. Способствуя повышению степени общественного согласия и социальной солидарности, росту социальной активности и удовлетворенности, она вносит вклад в повышение уровня легитимности нового социального порядка и снижение издержек адаптации разных социальных групп к новым условиям.

ЛИТЕРАТУРА

Андреев, Е. Возможно ли снижение смертности в России? / Е. Андреев, Е. Ква-ша, Т. Харьковца // Демоскоп-Weekly. 2004. № 145/146. <http://www.demoscope.ru/weekly/2004/0145/tema02.php>

Биггарт, Н. Социальная организация и экономическое развитие / Н. Биггарт. Пер. М. С. Добряковой // Экономическая социология. 2001. № 5. С. 49–58. www.ecsoc.msses.ru;

Быков, А. А. О методологии оценки стоимости среднестатистической жизни человека / А. А. Быков // Страхование дело. 2007. № 3. С. 10–25.

Быков, А. А. Оценка и сравнительный анализ риска для здоровья населения от загрязнения окружающей среды в городах России / А. А. Быков, Б. А. Ревич // Вопросы анализа риска. 1999. Т. 1. № 2–4. С. 48–79.

Вальтух, К. К. Необходима мобилизационная экономическая стратегия / К. К. Вальтух // ЭКО. 2001. № 11. С. 3–20.

Гайдар, Е. Т. Гибель империи. Уроки для современной России. / Е. Т. Гайдар — М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН). 2006.

Гонтмахер, Е. Ш. Российская социальная политика как сфера взаимной ответственности государства, бизнеса и гражданского общества/ Е. Ш. Гонтмахер// SPERO. 2004. № 1. <http://spero.socpol.ru>

Гордеев, А. Предпродажная подготовка земли/ А. Гордеев// Итоги. 2002. № 12 (302).

Гуриев, С. Мифы экономики: Заблуждения и стереотипы, которые распространяют СМИ и политики/ С. Гуриев — М.: Альпина Бизнес Букс. 2006.

Жуков, А. Опыт трансформации экономик стран СНГ в контексте российских проблем/ А. Жуков// Социально-экономическая трансформация в странах СНГ: достижения и проблемы (материалы международной конференции) — М.: Изд. Института экономики переходного периода, 2004. С. 30–39.

Заславская, Т. И. Распределение по труду в колхозах/ Т. И. Заславская — М.: Экономика. 1966.

Клейнер, Г. Взаимодействие государства и общества при формировании экономической политики/ Г. Клейнер, Д. Петросян// Общество и экономика. 2005. № 4. С. 48–69.

Комментарий руководителя информационно-аналитического отдела Всероссийского союза страховщиков Э. Гребенщикова к статье «Сколько стоит человеческая жизнь»// Российская газета. 2007. № 58.

Общественное мнение — 2005. — М.: Левада-Центр. 2005.

Полани, К. Два значения термина «экономический» (1953)// Неформальная экономика: Россия и мир/ К. Полани. Под ред. Т. Шанина — М.: Логос, 1999. С.498–504.

Россия теряет из-за своей медицины сотни миллиардов долларов. Интервью председателя Комиссии Совета Федерации по взаимодействию со Счетной палатой Сергея Иванова «ФК-Новости» по окончании работы российско-канадского семинара «Проблемы эффективности использования государственных ресурсов на оказание гражданам бесплатной медицинской помощи»// <http://www.zrpress.ru/zr/2006/23/33>

Смолякова, Т. Сколько стоит человеческая жизнь/ Т. Смолякова, О. Гладунов, Т. Панина// Российская газета. 2007. № 58

Трунов, И. Возмещение вреда жертвам авиакатастроф/ И. Трунов// Законность. 2006. № 12. С. 19–23.

Шабанова, М. А. Социоэкономика и экономическая социология: точки размежевания и интеграции/ М. А. Шабанова// Экономическая социология. 2005а. Т.6. № 5. С. 12–27.

Шабанова, М. А. Проблема встраивания рынка в «нерыночное» общество/ М. А. Шабанова// Социологические исследования. 2005б. № 12. С. 33–45.

Шабанова, М. А. Социоэкономика: от парадигмы к новой науке/ М. А. Шабанова// Общественные науки и современность. 2006а. № 1. С. 121–133.

Шабанова, М. А. Социоэкономика как наука и новая учебная дисциплина/ М. А. Шабанова// Мир России. 2006б. № 4. С. 94–115.

Шабанова, М. А. Современное отходничество как социокультурный феномен/ М. А. Шабанова// Социологические исследования. 1992а. № 4. С. 55–63.

Шабанова, М. А. Отходничество и рынок рабочей силы/ М. А. Шабанова// Изв. СО РАН. Регион: экономика и социология. 1992б. № 2. С. 29–39.

Шабанова, М. А. Сезонные сельские строители: кто они и каковы их проблемы?/ М. А. Шабанова — Новосибирск: ИЭиОПП СО АН.1985.

Шевяков, А. Социальное неравенство, бедность и экономический рост/ А. Шевяков// Общество и экономика. 2005. № 3. С. 5–18.

Шевяков, А. Ю. Измерение экономического неравенства/ А. Ю. Шевяков, А. Я. Кирута — М.: «Лето». 2002.

Экономическая оценка...2004 ущерба здоровью человека// Консультант директора. 2004. № 9. [Электронный ресурс] <http://afnet.integrum.ru/artefact3/ia/ia5.aspx?lv=6&si=YsOHvJ2R&qu=241&bi=5000&xi=&nd=1&tnd=0&srt=0&f=0>

Эрхард, Л. Благополучие для всех: Репринт. Воспроизведение/ Л. Эрхард// Пер. с нем. — М.: Начала-Пресс, 1991.

- Этциони, А.* Социоэкономика: дальнейшие шаги (1991)/ Пер. М. С. Добряковой// Экономическая социология. 2002. Т. 3. № 1. С. 65–71. www.ecsoc.msses.ru
- Юров, А. П.* Сколько стоит человеческая жизнь?/ А. П. Юров// Евразия Вести. 2007. № 2.
- Явлинский, Г.* Перспективы России/ Г. Явлинский — М.: ГАЛЛЕЯ-ПРИНТ, 2006.
- Abell, P.* On the prospects for a unified social science: economics and sociology/ P. Abell// Socio-Economic Review. 2003. N1. P. 1–26.
- Etzioni, A.* Toward a new socio-economic paradigm/ A. Etzioni// Socio-Economic Review. 2003. N1. P. 105–118.
- Fukuyama, F.* Trust. The Social Virtues and the Creation of Prosperity/ F. Fukuyama — N. Y.: Free Press, 1996.
- Hollingsworth, J. R.* Advancing the Socio-economic paradigm with institutional Analysis/ J. R. Hollingsworth// Socio-Economic Review. 2003. N1. P. 130–134.
- Lutz, M. A.* Emphasizing the Social: Social Economics and Socio-Economics/ M. A. Lutz// Review of Social Economy. 1990. N3. P. 303–320.
- Piore, M.* Society as a precondition for individuality: critical comments/ M. Piore// Socio-Economic Review. 2003. N1. P. 119–122.
- Satin, M.* (ed.) Gathering of savvy «socio-economists» challenges traditional economics (January/ February 2000)/ M. Satin// <http://www.sase>.
- Streeck, W.* Social science and moral dialogue/ W. Streeck// Socio-Economic Review. 2003. № 1. P. 126–129.
- Swedberg, R.* New Economic Sociology: What Has Been Accomplished, What is Ahead?/ R. Swedberg// Acta Sociologica. 1997. V.40. P. 161–182.
- What is Socio-Economics?// <http://www.sase.org/aboutsase/aboutsase.html>
- Wrong, D. H.* Socio-economics and human nature/ D. H. Wrong// Socio-Economic Review. 2003. N1. P. 122–125.
- Zafirovski, M.* Profit-Making as Social Action: an Alternative Social-economic Perspective/ M. Zafirovski// Review of Social Economy. 1999. N1. P. 47–83.

АКТУАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МОДЕЛИ ДОЛГОСРОЧНОГО РАЗВИТИЯ ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМЫ РФ

А.К. Соловьев, д.э.н., профессор РАГС при Президенте РФ

Актuarный прогноз развития пенсионной системы является главным инструментом и исходной базой для оценки эффективности, выбора и обоснования методов ее совершенствования. В отечественной практике государственного управления развитием пенсионной системы актуарные технологии до настоящего времени используются крайне мало, в отличие от развитых западных пенсионных систем, которые используют актуарные методы не только для экономического учета пенсионных прав застрахованных лиц и контроля за формированием долгосрочных пенсионных обязательств, но и для расчета текущих бюджетных проектировок.

Причина здесь видится в неразвитости подлинно страховых пенсионных отношений в отечественной пенсионной системе. Причем это в равной степени относится как к распределительной, так и к накопительной ее составляющим. По нашему мнению, сам по себе факт трансформации распределительной пенсионной модели в комбинированную (распределительно-накопительную) модель отнюдь не позволяет считать ее страховой. Так, большинство западных пенсионных систем, которые являются чисто солидарно-распределительными, обладают всеми признаками страховой пенсионной системы, не имея обязательно-накопительных элементов вообще или имея их в минимальной доле — не более 5–10% от общего объема пенсионных отчислений (напомним, что в нашей стране соотношение накопительного и распределительного пенсионного тарифа составит в 2008 г. 6%: 8%).

1. ИСХОДНЫЕ УСЛОВИЯ АКТУАРНОГО ПРОГНОЗА

Актuarный прогноз развития пенсионной системы на период до 2025 года разрабатывается на основе прогноза перспективной численности Российской Федерации на период до 2026 г. (средний вариант) с учетом макроэкономических показателей прогноза МЭРТ РФ социально-экономического развития Российской Федерации до 2025 г., концепции долгосрочного социально-экономического развития страны и новой демографической политики.

Формирование основных прогнозных параметров пенсионной системы осуществляется на основе следующих сценарных условий:

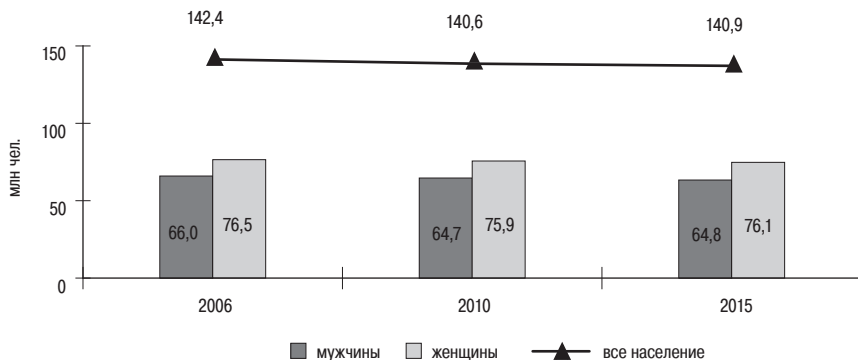
- нормы налогового законодательства, введенные в 2005 г., остаются неизменными в течение всего прогнозного периода;
- индексация границ шкалы ЕСН и страховых взносов не производится;
- величина фиксированного платежа страховых взносов 150 руб. сохраняется постоянной до конца горизонта прогноза;
- объем обязательных страховых отчислений в бюджет ПФР рассчитывается исходя из коэффициента собираемости страховых взносов,

- установленного бюджетными проектировками 2008–2010 гг. — 96%, а объем ЕСН — исходя из коэффициента собираемости 97%;
- мероприятия по погашению задолженности по уплате страховых взносов, учитывая их низкую эффективность и незначительность влияния на баланс бюджетной системы ПФР, не принимаются во внимание;
- предусмотрено поддержание уровня социальной пенсии, который достигает ПМП к 2010 г. в течение всего прогнозного периода;
- доля расходов на доставку пенсий сохраняется на действующем уровне, так же как и административные расходы;
- расходы на финансирование ежемесячных денежных выплат и других социальных доплат в бюджетных проектировках ПФР не учитываются, поскольку подлежат полному возмещению из средств федерального бюджета на каждый текущий период.

2. ПРОГНОЗ ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, СОСТОЯНИЯ РЫНКА ТРУДА И ЧИСЛЕННОСТИ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ ТРУДОВОЙ ПЕНСИИ

В соответствии с демографическим прогнозом к 2015 г. ожидается снижение численности постоянного населения России на 4,2 млн чел. — до 140,6 млн чел., и 140,9 млн чел в 2025 г. (рис. 1).

Рисунок 1. Прогноз численности постоянного населения Российской Федерации



Сокращение численности постоянного населения страны, а также особенности возрастно-половой структуры населения России приведут, в свою очередь, к уменьшению численности населения в трудоспособном возрасте, которая сократится за рассматриваемый период на 5,3 млн чел., что, однако, почти на 3,5 млн чел. меньше, чем ожидалось до проведения демографической реформы, направленной на материальное стимулирование рождаемости и улучшение системы здравоохранения трудоспособных граждан.

Таким образом, в целом усиление государственного регулирования демографических процессов к концу прогнозного периода начинает оказывать все более заметное влияние на общую численность населения, которое сократится только на 1,8 млн чел., вместо ожидаемых 2,5–3,0 млн чел. к 2015 г., а в 2025 г. даже начнет увеличиваться и достигнет 140,9 млн чел. (вместо прогнозируемого обвального сокращения). Тем не менее, однако, численность населения в трудоспособном возрасте, как отмечено выше, продолжит опережающее сокращение, при относительном приросте населения моложе и особенно старше трудоспособного возраста (табл. 1).

Таблица 1. Прогноз численности и возрастной структуры населения в условиях демографической реформы

| Показатели | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2025 |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Среднегодовая численность населения, млн чел. | 141,3 | 141,2 | 141,1 | 140,9 | 140,8 | 140,6 | 140,4 | 140,3 | 140,3 | 140,2 | 140,3 | 140,9 |
| в т. ч. в возрасте: | | | | | | | | | | | | |
| молоде трудоспособного | 22,9 | 23,2 | 23,5 | 23,9 | 24,2 | 24,6 | 24,9 | 25,3 | 25,5 | 25,7 | 25,8 | 25,5 |
| трудоспособном | 87,4 | 86,4 | 85,4 | 84,3 | 83,2 | 82,1 | 80,9 | 79,9 | 79,0 | 78,3 | 77,7 | 76,5 |
| старше трудоспособного | 31,1 | 31,6 | 32,2 | 32,8 | 33,3 | 33,9 | 34,5 | 35,1 | 35,7 | 36,2 | 36,7 | 38,9 |
| Численность наемных работников, млн чел. | 47,13 | 47,00 | 46,79 | 46,50 | 46,13 | 45,72 | 45,26 | 44,81 | 44,35 | 43,91 | 43,52 | 42,42 |
| Численность получателей трудовой пенсии, млн чел. | 36,60 | 37,98 | 38,44 | 38,89 | 39,32 | 39,75 | 40,16 | 40,58 | 41,01 | 41,42 | 41,84 | 43,91 |

Рисунок 2. Динамика возрастной структуры населения России

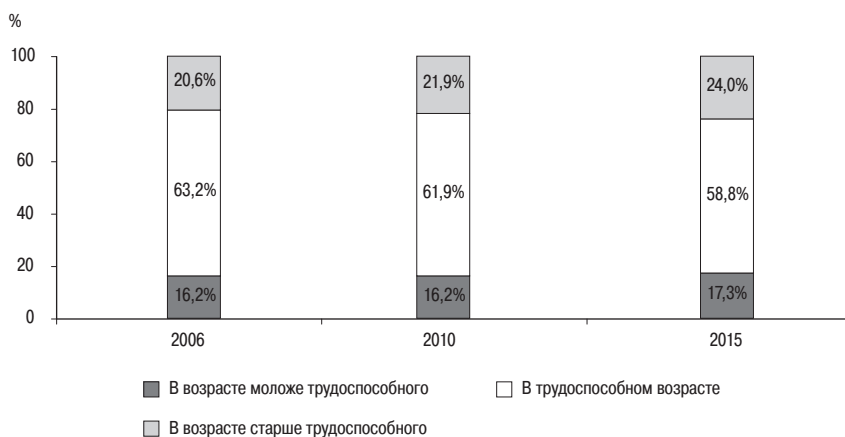


Рисунок 3. Динамика удельного веса численности пенсионеров, получающих трудовую пенсию в численности постоянного населения России

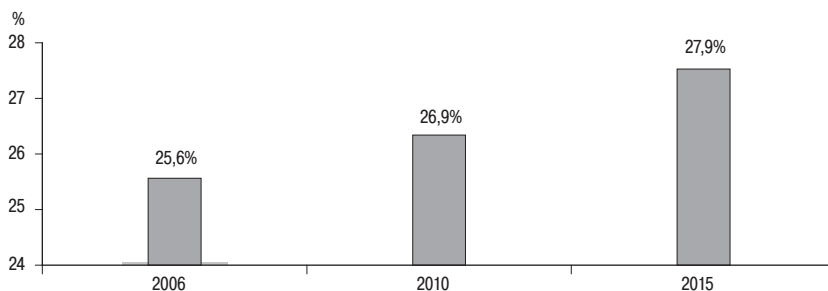
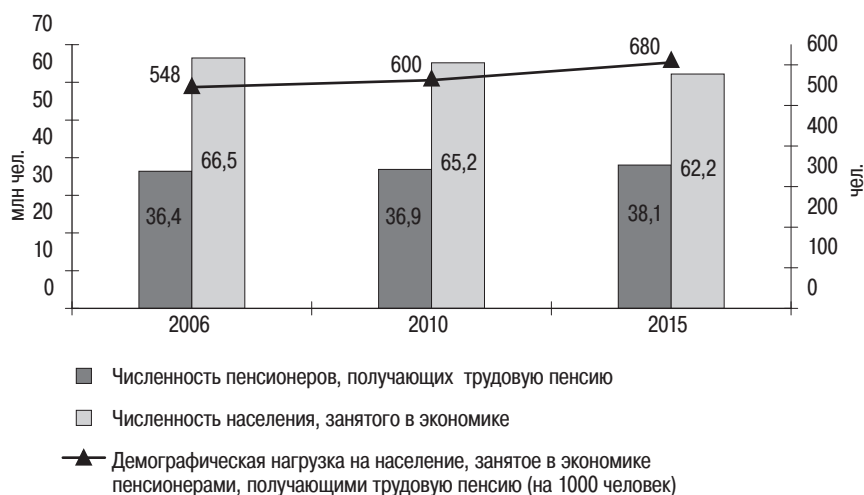


Рисунок 4. Прогноз численности населения, занятого в экономике, и численности пенсионеров, получающих трудовую пенсию



В результате численность населения в трудоспособном возрасте составит в 2015 г. 82,1 млн чел., или 58,6% от общей численности населения (рис. 2).

Таким образом, несмотря на демографическую реформу, доля пожилых людей не только не сокращается, но и будет возрастать опережающими темпами и станет самой динамичной группой населения: доля населения в возрасте

старше трудоспособного в общей численности постоянного населения страны увеличится к 2015 г. до 22% против 20,6% в 2006 г., а к 2025 г. — до 24%.

При этом удельный вес численности пенсионеров, получающих трудовую пенсию, в общей численности постоянного населения Российской Федерации будет увеличиваться еще быстрее: с 25,6% в 2006 году до 27% в 2015 г. и почти до 28% к 2025 г. (рис. 3).

Демографическая нагрузка на население, занятое в экономике пенсионерами, получающими трудовую пенсию, будет соответственно возрастать: к 2015 г. на 1000 занятых в экономике будет приходиться почти 0,70 тыс. получателей трудовых пенсий, тогда как в 2006 г. — 0,55 тыс. пенсионеров (рис. 4).

3. ПРОГНОЗ ОСНОВНЫХ МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

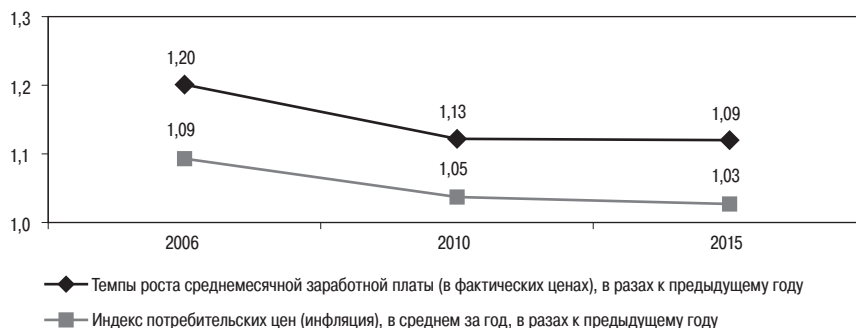
Помимо демографических изменений, в предстоящий долгосрочный период серьезные трансформации ожидаются в макроэкономической системе страны. Главные макроэкономические особенности в прогнозном периоде заключаются в опережающих темпах роста заработной платы (в 2–3 раза) относительно снижающихся темпов роста потребительских цен (инфляции) (табл. 2).

Доля фонда оплаты труда в ВВП, по прогнозу МЭРТ Российской Федерации, к 2015 г. составит 27%, а в 2025 г. — 0,26%.

Индекс потребительских цен (в среднем за год), по прогнозу МЭРТ РФ, сократится с 1,093 раза до 1,06 раза (в разгах к предыдущему году) в период с 2006 г. по 2010 г.), до 1,05 — к 2015 г. и 1,03 — к 2025 г. Далее будет происходить более плавное его снижение, и к 2035–2040 г. темп инфляции существенно не уменьшится.

На фоне снижающейся инфляции прогнозируется опережающей темп роста заработной платы и доходов населения в течение всего периода. При этом номинальная среднемесячная заработная плата будет увеличиваться на протяжении всего прогнозного периода, однако темп ее роста будет постепенно замедляться. С 2006 по 2015 гг. темп роста среднемесячной заработной платы, в разгах к предыдущему году сократится с 1,20 до 1,13, а к 2025 г. — до 1,09. (рис. 5).

Рисунок 5. Динамика темпов роста среднемесячной заработной платы и индекса потребительских цен



В результате выявленных тенденций роста заработной платы создаются объективные макроэкономические предпосылки как для формирования пенсионных прав застрахованных лиц, так и для их сохранения в течение всего пенсионного цикла.

Таблица 2. Прогноз основных макроэкономических показателей РФ до 2025 г. в условиях демографической реформы

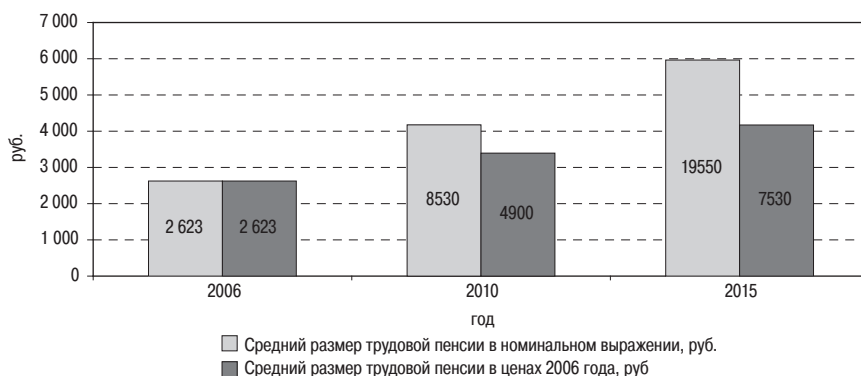
| Показатели | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Доходы бюджета ПФР, млрд руб. | 2630 | 2894 | 3165 | 3458 | 3773 | 4113 | 4469 | 4838 | 5228 | 5626 | 5965 | 6396 | 6836 | 7309 | 7801 | 8331 |
| Расходы бюджета ПФР, млрд руб.: | 2867 | 3154 | 3500 | 3880 | 4289 | 4741 | 5240 | 5793 | 6400 | 7047 | 7665 | 8404 | 9056 | 9807 | 10574 | 11341 |
| Дефицит бюджета ПФР, млрд руб. | – 237 | – 260 | – 334 | – 421 | – 516 | – 627 | – 771 | – 955 | – 1172 | – 1421 | – 1700 | – 2008 | – 2220 | – 2499 | – 2772 | – 3010 |
| Доля дефицита в ВВП, в % | 0,5% | 0,5% | 0,6% | 0,7% | 0,7% | 0,8% | 0,8% | 0,9% | 1,0% | 1,1% | 1,2% | 1,3% | 1,3% | 1,3% | 1,4% | 1,4% |

Однако сам по себе рост номинального заработка и доходов населения в отрыве от тарифно-налоговых и бюджетных методов регулирования не может привести к решению проблем поддержания уровня пенсионного обеспечения в стране.

4. ПРОГНОЗ УРОВНЯ ЖИЗНИ ПЕНСИОНЕРОВ

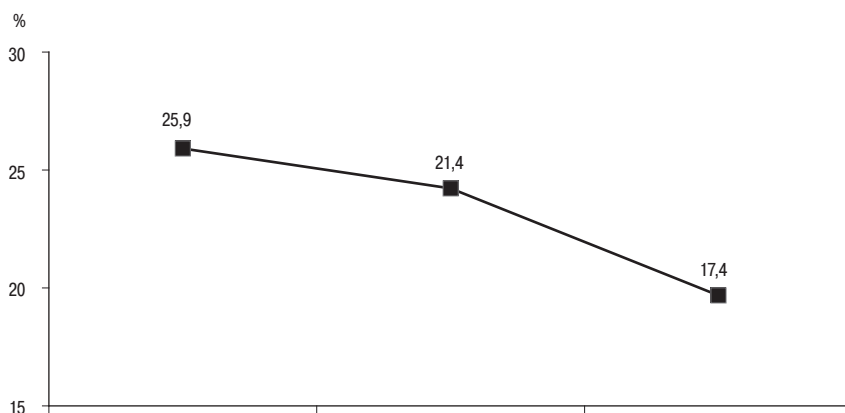
Средний размер трудовой пенсии в распределительной системе возрастет к 2015 г. в 2,27 раза при росте средней заработной платы в экономике в 2,99 раза, реальный рост пенсии в прогнозном периоде составит 1,59 раза (рис. 6).

Рисунок 6. Динамика среднего размера трудовой пенсии в номинальном и реальном выражении



Однако, опережающий рост зарплаты приведет к дальнейшему снижению коэффициента замещения трудовой пенсии. К 2015 г. его значение снизится до уровня 19,7% от средней зарплаты, то есть практически в 1,3 раза (рис. 7).

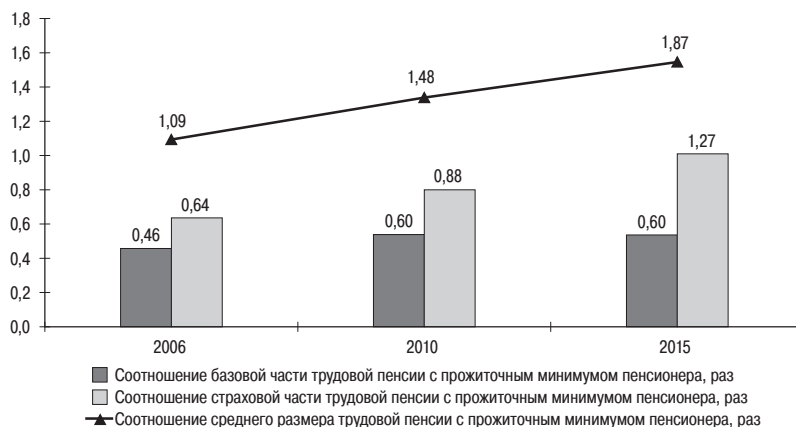
Рисунок 7. Динамика коэффициента замещения среднего размера трудовой пенсии в распределительной системе



Это свидетельствует об устойчивой тенденции неуклонной потери пенсионных прав застрахованных лиц в период их трудоспособной деятельности и дальнейшего снижения жизненного уровня пенсионеров.

В то же время соотношение среднего размера трудовой пенсии с прожиточным минимумом пенсионера будет увеличиваться на протяжении всего прогнозного периода и составит в 2015 г. 148%, а в 2025 г. — 187% (рис. 8).

Рисунок 8. Динамика соотношения среднего размера трудовой пенсии в распределительной системе и ее составных частей с прожиточным минимумом пенсионера, раз



В рамках проводимой пенсионной политики по увеличению размеров социальной пенсии до уровня ПМП к 2010 г. соотношение части трудовой пенсии с ПМП поддерживается на уровне 55%.

Удельный вес базовой части трудовой пенсии в общем размере трудовой пенсии в 2010 г. составит около 40%, что приведет к потере стимулов для уплаты страховых взносов на формирование страховой части трудовой пенсии. В 2015 г. указанное соотношение составит 34,7%.

Размер накопительной составляющей трудовой пенсии в первые годы ее выплаты не превысит 0,1% средней заработной платы и не может оказывать сколько-нибудь заметного влияния на суммарный размер трудовой пенсии и, соответственно, на материальное обеспечение застрахованных граждан в старости.

5. ПРОГНОЗ ДОЛГОСРОЧНОЙ ФИНАНСОВОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ПЕНСИОННОЙ СИСТЕМЫ

В течение всего прогнозного периода в системе обязательного пенсионного страхования будет сохраняться недостаток собственных финансовых ресурсов для обеспечения принятых государственных пенсионных обязательств, и, соответственно, система будет испытывать потребность в дотациях из федерального бюджета на его покрытие.

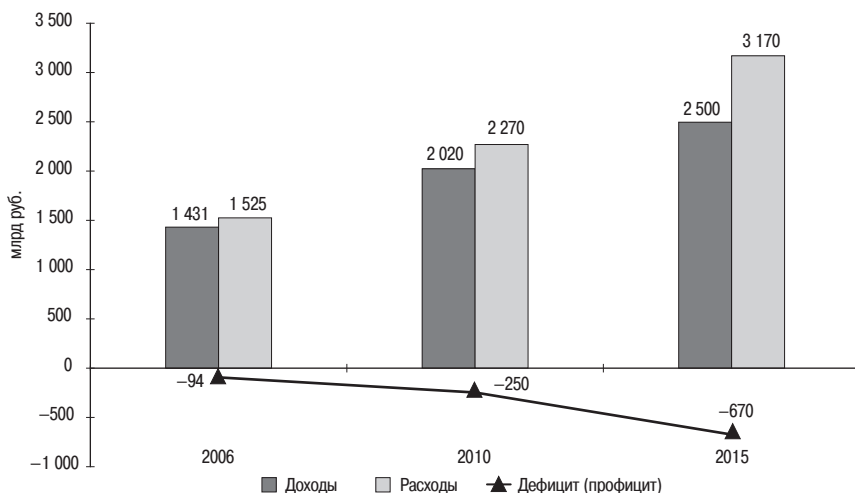
При этом объем средств федерального бюджета, перечисляемый на выплату базовой части трудовой пенсии, возрастет почти в 3,4 раза — с 485,95 млрд руб. в 2006 г. до 1630,0 млрд руб. в 2015 г., и 3300,0 млрд руб. в 2025 г. (то есть почти в 7 раз). При этом доля ЕСН в объеме перечисляемых средств увеличится с 60% в начале прогнозного периода до 3/4 в 2015 г.

Оценка финансовой устойчивости Пенсионного фонда при заданных сценарных условиях показывает, что снижение суммарного эффективного тарифа к 2015 г. до уровня 15,5% от фонда заработной платы приведет к снижению доходов распределительной составляющей пенсионной системы. Их доля в ВВП уже к 2015 г. снизится до 3,2% против 4,5% в 2006 г.

Доля расходов распределительной составляющей в ВВП имеет схожую тенденцию. К 2015 г. она составит 4,1% против 4,8% в 2006 г.

К 2010 г. дефицит бюджета распределительной составляющей системы обязательного пенсионного страхования возрастет в 2,5 раза, дефицит бюджета 2015 г. относительно 2010 г. увеличится еще в 2,5 раза, а 2025 г. к 2015 г. — возрастет в 5,5 раза и составит 2800,0 млрд руб. (рис. 9).

Рисунок 9. Прогноз доходов и расходов распределительной составляющей пенсионной системы



Таким образом, актуарный прогноз финансовой устойчивости Пенсионного фонда России на долгосрочную перспективу показывает резкое углубление негативных тенденций, обусловленных как дальнейшим ухудшением демографической ситуации в стране, так и снижением эффективной ставки ЕСН, а также нормами, заложенными в действующем пенсионном законодательстве.

6. РАЗВИТИЕ ПФР НА ОСНОВЕ АКТУАРНЫХ ПРЕДЛОЖЕНИЙ

Решение проблемы финансовой устойчивости ПФР и повышения уровня жизни пенсионеров достижимо только при реализации комплекса мероприятий, предусматривающих целенаправленный вывод из системы обязательного пенсионного страхования нестраховых видов расходов, не обеспеченных конкретными (страховыми) финансовыми источниками (уплаченными страховыми взносами), принципиальное изменение тарифной политики ПФР, а также корректировку пенсионной формулы с отражением в ней реально существующих особенностей формирования доходов солидарно-распределительной пенсионной системы, а также отечественной демографии и экономики.

Одновременно с реализацией мер внутри пенсионной системы необходимо осуществить мероприятия по увеличению численности населения, занятого в экономике, и повышению доли фонда заработной платы в структуре ВВП (в том числе путем легализации скрытой оплаты труда). Без указанных мер стабилизировать финансовое положение ПФР и существенно повысить уровень жизни пенсионеров можно будет исключительно за счет увеличения целевых трансфертов из федерального бюджета или существенного роста налоговой нагрузки на работодателей—плательщиков взносов.

Актуарно-обоснованный комплекс мер по развитию системы обязательного пенсионного страхования предусматривает (см. *табл. 3–6*):

Вывод из трудовой пенсии базовой части и перевод ее в систему государственного пенсионного обеспечения (далее — ГПО) с соответствующим финансированием из федерального бюджета за счет общих налоговых поступлений¹.

¹ Базовая часть трудовой пенсии, переданная в систему ГПО, в дальнейшем будет называться — базовая пенсия.

Основная функция базовой пенсии — обеспечение минимальных социальных гарантий всем получателям трудовой пенсии.

При переводе базовой части в систему ГПО пропорции между размерами базовой пенсии для различных категорий получателей трудовой пенсии и получателями социальной пенсии по государственному пенсионному обеспечению, установленные статьями 14–16 Федерального закона № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и статьей 18 Федерального закона № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» целесообразно сохранить (*табл. 1*).

Повышение базовой пенсии до величины ПМП предлагается увязывать с наличием в федеральном бюджете средств на эти цели.

Дополнительно предлагается закрепить за базовой пенсией функцию повышения уровня пенсионного обеспечения получателей трудовой пенсии, если в совокупности сумма выплат по базовой пенсии, страховой и накопительной частям трудовой пенсии, ЕДВ, ДЕМО и т. п. не достигает у конкретного получателя величины ПМП (*табл. 2*).

В связи с тем что более 90% застрахованных лиц, имеющих право на формирование накопительной части трудовой пенсии, не участвуют в процессе выбора направлений инвестирования пенсионных накоплений, средства остаются в государственной управляющей компании (ГУК). ГУК имеет ограниченные возможности инвестирования, и прирост пенсионных накоплений происходит крайне низкими темпами, что не позволит в перспективе обеспечить достаточный коэффициент замещения по накопительной части трудовой пенсии (именно формирование существенной прибавки к пенсии, выплачиваемой из распределительной системы, являлось целью создания накопительного компонента). В этой связи предлагается:

- вывести накопительную часть из системы обязательного пенсионного страхования и сформировать на ее основе корпоративные пенсионные системы (пенсионные системы, организуемые специально для работников конкретных отраслей/видов деятельности) или
- сохранить существующее в настоящее время право застрахованных лиц самостоятельно выбирать НПФ для формирования накопительной пенсии.

Для этого застрахованные лица, имеющие пенсионные накопления (в т. ч. лица 1966 г. рождения и старше, уплачивавшие в 2002–2004 гг. страховые взносы на формирование накопительной части трудовой пенсии), до установленного законом срока выплаты накопительной части пенсии (2012–2013 гг.) должны перевести средства пенсионных накоплений в НПФ или на страховую часть пенсии в ПФР.

При выборе застрахованным лицом НПФ в него переводятся только пенсионные накопления, сформированные за счет уплаченных взносов (зависимости от года рождения застрахованного) и дохода от их инвестирования.

Для застрахованных лиц, присоединивших пенсионные накопления к распределительному пенсионному капиталу, обязательные отчисления на пенсионные накопления отменяются. Тариф 6% возвращается в распределительную систему на финансирование трудовой (страховой) пенсии.

Застрахованные лица, переведшие свои пенсионные накопления в НПФ, могут продолжить уплачивать взносы на формирование накопительной

пенсии в пределах установленного тарифа. Аналогичное право можно предоставить и остальным застрахованным лицам, независимо от возраста и наличия пенсионных накоплений в НПФ.

В целях стимулирования пенсионных накоплений в НПФ и активизации участия застрахованных лиц в формировании накопительной пенсии на добровольной основе предлагается предоставить работодателям право относить на себестоимость суммы добровольных взносов на формирование накопительной пенсии, освободить от налога на прибыль доходность от инвестирования пенсионных накоплений, освободить от подоходного налога накопительные пенсии из НПФ. Однако, предлагается установить предельные границы для предоставления названных освобождений.

Для бюджетных организаций в целях формирования накопительных пенсий работников предлагается ввести доплаты из федерального бюджета.

В случае присоединения застрахованным лицом пенсионных накоплений к страховой части пенсии средства от них будут направлены на финансирование текущих пенсий, а накопленные пенсионные обязательства — присоединены к сумме расчетного пенсионного капитала (РПК). При переводе прав из накопительной части в распределительную их предлагается проиндексировать на разницу между коэффициентом индексации РПК и коэффициентом доходности от инвестирования пенсионных накоплений у соответствующего доверительного управляющего, если доходность от инвестирования пенсионных накоплений в соответствующем году была ниже, чем коэффициент индексации РПК.

Таким образом, после реализации предложенных мер трудовая пенсия в системе обязательного пенсионного страхования будет состоять только из страховой части.

В целях регулирования тарифной политики для обеспечения финансовой устойчивости ПФР и повышения уровня трудовых пенсий предлагается:

- увеличить тариф страхового взноса исходя из актуарной сбалансированности;
- ежегодно корректировать (устанавливать) тариф страховых взносов, исходя из текущей и долгосрочной обеспеченности пенсионных обязательств;
- устанавливать одинаковый тариф страховых взносов для всех категорий страхователей и застрахованных лиц (для наемных работников, занятых в производстве сельскохозяйственной продукции и для остальных наемных работников) с целью выравнивания прав работников независимо от вида экономической деятельности.

Для самозанятого населения установить минимальный фиксированный платеж, обеспечивающий им трудовую пенсию (то есть применительно к действующему законодательству — страховую ее часть) на уровне прожиточного минимума при выработке страхового стажа 30 лет. Размер фиксированного платежа — 1000 руб./мес. в 2009 г. Дополнительно минимальный размер фиксированного платежа должен увеличиваться пропорционально увеличению тарифа со страхователей-работодателей на формирование резерва бюджета ПФР.

Ежегодно устанавливать минимальный размер фиксированного платежа, исходя из темпа роста ПМП, с учетом изменения тарифа страховых взносов для страхователей-работодателей, предназначенного для формирования резерва.

Предоставить самозанятым категориям застрахованных лиц право по собственному выбору уплачивать фиксированный платеж в размере выше минимального его размера. Установить максимум фиксированного платежа равным сумме отчислений с максимальной величины дохода, на который начисляются страховые взносы для наемных работников;

- отменить шкалу регрессии для уплаты страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, сохранив верхнюю границу для их начисления на уровне 900 тыс. руб. в год в 2009 г.

Ежегодно (или как минимум 1 раз в 3 года) осуществлять повышение верхней границы дохода, на который начисляются страховые взносы, с учетом роста средней заработной платы в экономике.

Максимальный размер фиксированного платежа для самозанятых категорий застрахованных лиц повышать одновременно с повышением верхней границы дохода, на который начисляются страховые взносы за наемных работников. Максимальный размер фиксированного платежа после повышения должен оставаться равным сумме отчислений с максимальной величины дохода, на который начисляются страховые взносы для наемных работников;

- предусмотреть формирование резерва для обеспечения в среднесрочной и долгосрочной перспективе финансовой устойчивости системы обязательного пенсионного страхования за счет целевого тарифа, выделенного из общего тарифа страховых взносов.

Указанный целевой тариф не должен учитываться в пенсионных правах застрахованных лиц.

Объем резерва должен определяться в первую очередь темпами увеличения нагрузки пенсионерами на застрахованных лиц, за которых уплачиваются страховые взносы. На начальном этапе предлагается установить минимальную величину резерва равной годовому объему выплаты трудовых пенсий.

Резерв расходуеться:

- на покрытие дефицита бюджета ПФР — за счет доходов от инвестирования средств резерва;
- на покрытие потерь доходов ПФР вследствие уменьшения численности застрахованных лиц, приходящихся на одного получателя трудовой пенсии;
- на индексацию конвертированных пенсионных прав (за стаж работы до 01.01.2002).

Остаток средств резерва предлагается устанавливать на уровне полугодовой потребности на выплату трудовых пенсий.

Государственное регулирование пенсионной системы должно осуществляться исходя из долгосрочных пенсионных обязательств и заключаться в своевременном принятии мер по предотвращению дефицита бюджета ПФР:

- оценка и учет в бюджетных проектировках объема расчетного пенсионного капитала до реформы.
- поэтапный вывод из распределительной системы всех досрочных видов пенсий и ликвидация всех пенсионных льгот по следующей схеме:

Особую проблему представляют государственные льготы по досрочному выходу на пенсию. Расчеты показывают возможность сохранить в системе обязательного пенсионного страхования все предусмотренные действующим

Таблица 3. Прогноз основных демографических характеристик развития страны до 2025 г.

| Показатели | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2025 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Прожиточный минимум пенсионера, руб. | 3 881 | 4 260 | 4 610 | 4 975 | 5 355 | 5 755 | 6 170 | 6 600 | 7 050 | 7 510 | 7 985 | 10 445 |
| Численность населения старше трудосп., млн чел. | 31,1 | 31,6 | 32,2 | 32,8 | 33,3 | 33,9 | 34,5 | 35,1 | 35,7 | 36,2 | 36,7 | 38,9 |
| Числ. получателей трудовой пенсии, млн чел. | 36,60 | 37,98 | 38,44 | 38,89 | 39,32 | 39,75 | 40,16 | 40,58 | 41,01 | 41,42 | 41,84 | 43,91 |
| Среднегодовой размер трудовой пенсии в распрעד. сист.*, руб. в т. ч. | 5 076 | 5 666 | 6 296 | 6 981 | 7 721 | 8 529 | 9 420 | 10 398 | 11 456 | 12 573 | 13 757 | 19 551 |
| — базовой части, руб. | 2 326 | 2 558 | 2 769 | 2 990 | 3 220 | 3 463 | 3 714 | 3 974 | 4 247 | 4 525 | 4 812 | 6 297 |
| — страховой части, руб. | 2 750 | 3 109 | 3 527 | 3 991 | 4 501 | 5 066 | 5 706 | 6 424 | 7 209 | 8 048 | 8 945 | 13 254 |
| Коэффициент замещения среднего размера трудовой пенсии в распрעד. сист., % | 24,39 | 23,81 | 23,27 | 22,70 | 22,04 | 21,41 | 20,86 | 20,44 | 20,09 | 19,75 | 19,49 | 17,41 |
| Соотношение среднего размера труд. пенсии в распрעד. системе с ПМП, раз | 1,31 | 1,33 | 1,37 | 1,40 | 1,44 | 1,48 | 1,53 | 1,58 | 1,63 | 1,67 | 1,72 | 1,87 |
| Социальные пенсии | | | | | | | | | | | | |
| — среднегодовой размер, руб. | 3 712 | 4 078 | 4 413 | 4 763 | 5 126 | 5 509 | 5 906 | 6 317 | 6 748 | 7 188 | 7 642 | 9 998 |
| — соотношение с ПМП, раз | 0,91 | 0,88 | 0,85 | 0,82 | 0,80 | 0,77 | 0,75 | 0,73 | 0,71 | 0,69 | 0,67 | 0,61 |
| Продолжительность жизни в возрасте выхода на пенсию (дожитие) | 21,22 | 21,31 | 21,30 | 21,39 | 21,40 | 21,46 | 21,85 | 22,15 | 22,50 | 22,86 | 23,15 | 24,90 |

Таблица 4. Прогноз основных характеристик пенсионного обеспечения

| Показатели | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВВП (в фактических ценах), млрд руб. | 44 800 | 50 455 | 56 903 | 63 788 | 71 819 | 81 253 | 91 160 | 102 049 | 113 682 | 126 094 | 139 614 | 153 684 | 168 752 | 185 631 | 203 054 | 222 475 |
| Индекс-дефлятор ВВП, в размах к пред. году | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,05 | 1,05 | 1,04 | 1,04 | 1,04 | 1,04 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 |
| Фонд оплаты труда (в факт. ценах), млрд руб. | 11 771 | 13 421 | 15 193 | 17 159 | 19 391 | 21 857 | 24 522 | 27 349 | 30 353 | 33 541 | 36 858 | 40 419 | 44 213 | 48 264 | 52 591 | 57 176 |
| Темп роста ФОТ, раз | 1,14 | 1,14 | 1,13 | 1,13 | 1,13 | 1,13 | 1,12 | 1,12 | 1,11 | 1,11 | 1,10 | 1,10 | 1,09 | 1,09 | 1,09 | 1,09 |
| Индекс потреб. цен (инфляция), в среднем за год, в размах к пред. году | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,05 | 1,05 | 1,05 | 1,04 | 1,04 | 1,04 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 |
| Доля ФОТ в ВВП (в фактич. ценах), в размах | 0,26 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,26 | 0,26 | 0,26 | 0,26 | 0,26 | 0,26 |
| Темп роста среднемесячной зарплаты, раз | 1,15 | 1,14 | 1,14 | 1,14 | 1,14 | 1,14 | 1,13 | 1,13 | 1,12 | 1,12 | 1,11 | 1,11 | 1,10 | 1,10 | 1,09 | 1,09 |
| Среднегодовая численность населения в трудоспособном возрасте, млн чел. | 87,4 | 86,4 | 85,4 | 84,3 | 83,2 | 82,1 | 80,9 | 79,9 | 79,0 | 78,3 | 77,7 | 77,3 | 76,9 | 76,7 | 76,5 | 76,5 |
| Числен. наемных работников, млн чел. | 47,13 | 47,00 | 46,79 | 46,50 | 46,13 | 45,72 | 45,26 | 44,81 | 44,35 | 43,91 | 43,52 | 43,19 | 42,91 | 42,70 | 42,53 | 42,42 |
| Дефицит бюджета ПФР, млрд руб. | - 237 | - 260 | - 334 | - 421 | - 516 | - 627 | - 771 | - 955 | - 1172 | - 1421 | - 1700 | - 2008 | - 2220 | - 2499 | - 2772 | - 3010 |
| Доля дефицита ПФР в ВВП, в % | 0,5% | 0,5% | 0,6% | 0,7% | 0,7% | 0,8% | 0,8% | 0,9% | 1,0% | 1,1% | 1,2% | 1,3% | 1,3% | 1,3% | 1,4% | 1,4% |

Таблица 5. Прогноз распределительного баланса бюджета ПФР до 2025 г.

| Показатели | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Численность населения, млн чел. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| молодежь трудоспособного | 22,9 | 23,2 | 23,5 | 23,9 | 24,2 | 24,6 | 24,9 | 25,3 | 25,5 | 25,7 | 25,8 | 25,8 | 25,8 | 25,7 | 25,6 | 25,5 |
| старше трудоспособного | 31,1 | 31,6 | 32,2 | 32,8 | 33,3 | 33,9 | 34,5 | 35,1 | 35,7 | 36,2 | 36,7 | 37,3 | 37,7 | 38,1 | 38,5 | 38,9 |
| Коэффициент демографической нагрузки на наем. работников (пенсионеры на 1000 наемных работников) | 777 | 808 | 822 | 836 | 852 | 869 | 887 | 906 | 925 | 943 | 961 | 979 | 995 | 1009 | 1022 | 1035 |
| Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет | 69,16 | 69,31 | 69,45 | 69,60 | 69,70 | 69,85 | 70,34 | 70,88 | 71,43 | 71,97 | 72,51 | 73,01 | 73,55 | 74,05 | 74,54 | 75,09 |
| Продолжительность жизни для населения в возрасте выхода на пенсию | 21,22 | 21,31 | 21,30 | 21,39 | 21,40 | 21,46 | 21,85 | 22,15 | 22,50 | 22,86 | 23,15 | 23,51 | 23,87 | 24,17 | 24,55 | 24,90 |
| Суммарный коэффициент рождаемости | 1,50 | 1,53 | 1,57 | 1,61 | 1,65 | 1,69 | 1,73 | 1,78 | 1,82 | 1,85 | 1,88 | 1,91 | 1,93 | 1,96 | 1,99 | 2,02 |

Таблица 6. Актуарный прогноз основных макроэкономических, демографических и социально-трудовых параметров развития пенсионной системы до 2025 г.

| Показатели | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| ВВП (в фактических ценах), млрд руб. | 44 800 | 50 455 | 56 903 | 63 788 | 71 819 | 81 253 | 91 160 | 102 049 | 113 682 | 126 094 | 139 614 | 153 684 | 168 752 | 185 631 | 203 054 | 222 475 |
| Индекс-дефлятор ВВП, в разгах к пред. году | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,05 | 1,05 | 1,04 | 1,04 | 1,04 | 1,04 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 |
| Фонд оплаты труда (в факт. ценах), млрд руб. | 11 771 | 13 421 | 15 193 | 17 159 | 19 391 | 21 857 | 24 522 | 27 349 | 30 353 | 33 541 | 36 858 | 40 419 | 44 213 | 48 264 | 52 591 | 57 176 |
| Темп роста ФОТ, раз | 1,14 | 1,14 | 1,13 | 1,13 | 1,13 | 1,13 | 1,12 | 1,12 | 1,11 | 1,11 | 1,10 | 1,10 | 1,09 | 1,09 | 1,09 | 1,09 |
| Индекс потреб. цен (инфляция), в среднем за год, в разгах к пред. году | 1,06 | 1,06 | 1,06 | 1,05 | 1,05 | 1,05 | 1,04 | 1,04 | 1,04 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 | 1,03 |
| Доля ФОТ в ВВП (в фактич. ценах), в разгах | 0,26 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,27 | 0,26 | 0,26 | 0,26 | 0,26 | 0,26 | 0,26 |
| Среднемесячная зарплата (в факт. ценах), руб. | 20 815 | 23 796 | 27 059 | 30 751 | 35 029 | 39 839 | 45 150 | 50 861 | 57 033 | 63 654 | 70 576 | 77 987 | 85 864 | 94 192 | 103 047 | 112 321 |
| Темп роста среднемесячной зарплаты, раз | 1,15 | 1,14 | 1,14 | 1,14 | 1,14 | 1,14 | 1,13 | 1,13 | 1,12 | 1,12 | 1,11 | 1,11 | 1,10 | 1,10 | 1,09 | 1,09 |
| Прожиточный минимум пенсионера, руб. | 3 881 | 4 260 | 4 610 | 4 975 | 5 355 | 5 755 | 6 170 | 6 600 | 7 050 | 7 510 | 7 985 | 8 465 | 8 950 | 9 450 | 9 940 | 10 445 |
| Среднегодовая численность населения, млн чел. | 141,3 | 141,2 | 141,1 | 140,9 | 140,8 | 140,6 | 140,4 | 140,3 | 140,3 | 140,2 | 140,3 | 140,3 | 140,4 | 140,5 | 140,7 | 140,9 |
| в т. ч. в возрасте: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| моложе трудоспособного | 22,9 | 23,2 | 23,5 | 23,9 | 24,2 | 24,6 | 24,9 | 25,3 | 25,5 | 25,7 | 25,8 | 25,8 | 25,8 | 25,7 | 25,6 | 25,5 |
| трудоспособном | 87,4 | 86,4 | 85,4 | 84,3 | 83,2 | 82,1 | 80,9 | 79,9 | 79,0 | 78,3 | 77,7 | 77,3 | 76,9 | 76,7 | 76,5 | 76,5 |
| старше трудоспособного | 31,1 | 31,6 | 32,2 | 32,8 | 33,3 | 33,9 | 34,5 | 35,1 | 35,7 | 36,2 | 36,7 | 37,3 | 37,7 | 38,1 | 38,5 | 38,9 |
| Числен. наемных работников, млн чел. | 47,13 | 47,00 | 46,79 | 46,50 | 46,13 | 45,72 | 45,26 | 44,81 | 44,35 | 43,91 | 43,52 | 43,19 | 42,91 | 42,70 | 42,53 | 42,42 |
| Числ. получателей трудовой пенсии, млн чел. | 36,60 | 37,98 | 38,44 | 38,89 | 39,32 | 39,75 | 40,16 | 40,58 | 41,01 | 41,42 | 41,84 | 42,27 | 42,68 | 43,09 | 43,49 | 43,91 |
| Среднегодовой размер трудовой пенсии в распределительной системе, руб. | 5 076 | 5 666 | 6 296 | 6 981 | 7 721 | 8 529 | 9 420 | 10 398 | 11 456 | 12 573 | 13 757 | 15 001 | 16 057 | 17 270 | 18 364 | 19 551 |
| в том числе: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| базовой части труд. пенсии, руб. | 2 326 | 2 558 | 2 769 | 2 990 | 3 220 | 3 463 | 3 714 | 3 974 | 4 247 | 4 525 | 4 812 | 5 102 | 5 395 | 5 697 | 5 993 | 6 297 |

Окончание табл. 6

| Показатели | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|
| страховой части труд. пенсии, руб. | 2 750 | 3 109 | 3 527 | 3 991 | 4 501 | 5 066 | 5 706 | 6 424 | 7 209 | 8 048 | 8 945 | 9 898 | 10 662 | 11 573 | 12 371 | 13 254 |
| Коэффициент замещения среднего размера трудовой пенсии в распределительной системе, % | 24,39 | 23,81 | 23,27 | 22,70 | 22,04 | 21,41 | 20,86 | 20,44 | 20,09 | 19,75 | 19,49 | 19,23 | 18,70 | 18,34 | 17,82 | 17,41 |
| Соотношение среднего размера труд. пенсии в распред. системе с ПМП, раз | 1,31 | 1,33 | 1,37 | 1,40 | 1,44 | 1,48 | 1,53 | 1,58 | 1,63 | 1,67 | 1,72 | 1,77 | 1,79 | 1,83 | 1,85 | 1,87 |
| Среднегодовой размер социальной пенсии, руб. | 3 712 | 4 078 | 4 413 | 4 763 | 5 126 | 5 509 | 5 906 | 6 317 | 6 748 | 7 188 | 7 642 | 8 102 | 8 566 | 9 045 | 9 514 | 9 998 |
| Соотношение размера социал. пенсии с ПМП, раз | 0,91 | 0,88 | 0,85 | 0,82 | 0,80 | 0,77 | 0,75 | 0,73 | 0,71 | 0,69 | 0,67 | 0,66 | 0,64 | 0,63 | 0,62 | 0,61 |
| Доход, млрд руб. | 2630 | 2894 | 3165 | 3458 | 3773 | 4113 | 4469 | 4838 | 5228 | 5626 | 5965 | 6396 | 6836 | 7309 | 7801 | 8331 |
| Расход, млрд руб.: | 2867 | 3154 | 3500 | 3880 | 4289 | 4741 | 5240 | 5793 | 6400 | 7047 | 7665 | 8404 | 9056 | 9807 | 10574 | 11341 |
| Дефицит/профицит, млрд руб. | -237 | -260 | -334 | -421 | -516 | -627 | -771 | -955 | -1172 | -1421 | -1700 | -2008 | -2220 | -2499 | -2772 | -3010 |
| Доля дефицита в ВВП, в % | 0,5% | 0,5% | 0,6% | 0,7% | 0,7% | 0,8% | 0,8% | 0,9% | 1,0% | 1,1% | 1,2% | 1,3% | 1,3% | 1,3% | 1,4% | 1,4% |
| Коэффициент демографической нагрузки на наемн. работ-ков (пенсионеры/на 1000 наемн. работ-ков) | 777 | 808 | 822 | 836 | 852 | 869 | 887 | 906 | 925 | 943 | 961 | 979 | 995 | 1009 | 1022 | 1035 |
| Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет | 69,16 | 69,31 | 69,45 | 69,60 | 69,70 | 69,85 | 70,34 | 70,88 | 71,43 | 71,97 | 72,51 | 73,01 | 73,55 | 74,05 | 74,54 | 75,09 |
| Продолжительность жизни для населения в возрасте выхода на пенсию | 21,22 | 21,31 | 21,30 | 21,39 | 21,40 | 21,46 | 21,85 | 22,15 | 22,50 | 22,86 | 23,15 | 23,51 | 23,87 | 24,17 | 24,55 | 24,90 |
| Суммарный коэффициент рождаемости | 1,50 | 1,53 | 1,57 | 1,61 | 1,65 | 1,69 | 1,73 | 1,78 | 1,82 | 1,85 | 1,88 | 1,91 | 1,93 | 1,96 | 1,99 | 2,02 |

законодательством льготы по выходу на пенсию до наступления общеустановленного пенсионного возраста для лиц, имеющих стаж работы до начала пенсионной реформы.

Финансирование указанных льгот должно осуществляться за счет увеличенного тарифа для всех страхователей.

Если застрахованное лицо воспользуется правом досрочного выхода на пенсию, размер выплачиваемой пенсии определяется с учетом ожидаемой продолжительности предстоящей жизни для лиц соответствующего возраста (а не 19 лет, как установлено действующим законодательством для всех получателей трудовых пенсий по старости независимо от достижения ими пенсионного возраста).

Если размер исчисленной таким образом трудовой пенсии и базовой пенсии не достигает ПМП, должна производиться доплата из федерального бюджета до ПМП (за счет адресного увеличения базовой пенсии конкретным лицам). Лицам, получающим пенсию аналогичного основания, назначенную раньше вступления в силу предлагаемой нормы, пенсия не индексируется до момента выравнивания ее размера с пенсиями новых назначений (в целях выравнивания уровня пенсионного обеспечения «старых» и «новых» пенсионеров-льготников)

Для лиц, начавших работу на местах, дающих право выхода на пенсию до достижения общеустановленного пенсионного возраста предлагается создавать профессиональные пенсионные системы. Под ППС здесь и далее подразумевается пенсионная система, созданная для формирования пенсий лицам, работающим на местах, дающих право выхода на пенсию до достижения общеустановленного пенсионного возраста в соответствии со статьями 27, 28 и 31 Федерального закона № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации». Финансирование профессиональных пенсий, выплачиваемых до наступления общеустановленного пенсионного возраста, осуществляется за счет дополнительного тарифа, взимаемого с работодателей, имеющих соответствующие рабочие места.

Финансирование пенсий лицам до наступления общеустановленного пенсионного возраста осуществляется за счет средств федерального бюджета. Исчисление пенсии производится в соответствии с пенсионной формулой, установленной для пенсий по старости, исходя из суммы расчетного пенсионного капитала, учтенного на индивидуальном лицевом счете застрахованного лица с учетом ожидаемой продолжительности предстоящей жизни для лиц в возрасте 55/60 лет (для женщин и мужчин соответственно). При этом размер выплат указанным лицам в период до наступления общеустановленного пенсионного возраста не может быть ниже ПМП.

Отражение в пенсионной формуле реально существующих особенностей отечественной демографии и экономики и специфики формирования доходной части солидарно-распределительной системы:

- соотношения занятых и пенсионеров;
- фактических показателей ожидаемой продолжительности предстоящей жизни после выхода на пенсию;
- минимального страхового стажа, необходимого для повышения уровня пенсионного обеспечения до предусмотренного международными стандартами;
- низких темпов роста ВВП и его структуры в части снижения доли фонда заработной платы и распределения прибыли.

Кроме того, в пенсионной системе, деятельность которой построена полностью на страховых принципах, а финансирование осуществляется за счет текущих поступлений, пенсионная формула должна отвечать нескольким требованиям:

- адекватно отражать взносы, уплаченные застрахованным лицом (или за него) на цели формирования собственной пенсии;
- не иметь в своем составе элементов, носящих нестраховой характер;
- учитывать вклад застрахованного лица в формирование ежегодных доходов пенсионной системы;
- обеспечивать сбалансированность бюджета страховщика без искажения пенсионных прав застрахованных лиц.

Ключевым моментом государственного регулирования пенсионных обязательств должно стать ужесточение норм предоставления права на трудовые пенсии при наличии нормативной продолжительности страхового стажа и нормативных объемов страховых отчислений в объеме цены страхового года, которые обеспечивают 40-процентный уровень коэффициента замещения.

В целях учета вышеперечисленных требований предлагается скорректировать действующую формулу исчисления размера страховой части трудовой пенсии. При этом формула исчисления размера расчетного пенсионного капитала также претерпит некоторые изменения, хотя основа ее — сумма страховых взносов — останется до момента назначения трудовой пенсии неизменной (то есть страховые взносы, уплаченные за застрахованное лицо, плюс прирост РПК за счет его индексации в период до назначения пенсии).

Принципиальной особенностью исчисления РПК является учет только фактически уплаченных, а не начисленных взносов. Страховая пенсионная система может оставаться сбалансированной лишь при выполнении следующего требования: возникновение обязательств у страховщика есть прямое следствие выполнения своих обязательств (то есть уплата страховых взносов за застрахованное лицо) страхователем. Факт начисления взносов (но их неуплата) не является основанием для возникновения у страховщика (ПФР) обязательств перед застрахованным лицом по выплате ему трудовой пенсии. При невыполнении данного условия, независимо от фактической продолжительности трудовой деятельности застрахованного лица, пенсия ему будет назначаться из федерального бюджета как нетрудоспособному лицу по достижении 60/65 лет (для женщин/мужчин соответственно).

Действующая в настоящее время схема исчисления РПК и пенсии должна быть дополнена четырьмя группами коэффициентов:

- 1) стажевым;
- 2) нагрузки пенсионной системы на население, уплачивающее страховые взносы;
- 3) перераспределения (необходимым для выполнения пенсионной системой социальной функции);
- 4) участия застрахованного лица в формировании доходов пенсионной системы.

Первые три из названных коэффициентов включаются непосредственно в формулу исчисления пенсии в момент ее назначения, последний — участия — в формулу исчисления условного (расчетного) пенсионного капитала.

Пенсионную формулу для исчисления трудовой пенсии по старости предлагается скорректировать следующим образом:

$$\begin{aligned}
 & \text{ПЕНСИЯ} = \left[\frac{CB}{ЦГ1} * \frac{CB}{ЦГ2} * \frac{CB}{\text{ЭСВ}} * \overbrace{\left(3П_{CB} * T * 12 \right)}^{\text{ЭСВ}} * \text{ИндексацияРПК} \right] * \\
 & * k_{ст} * k_{рынок} * \frac{1}{\text{Дожитие}} * k_{изменения} * (1 - k_{np1}(T+1)) * (1 - k_{np2}(T+1)),
 \end{aligned}$$

где

CB — страховые взносы застрахованного лица,

ЭСВ — эффективные страховые взносы исходя из доходов пенсионной системы,

ЦГ 1 — цена страхового года, исчисленная исходя из расходов пенсионной системы (расходы делим на численность застрахованных лиц, уплативших страховые взносы),

ЦГ 2 — цена страхового года, исчисленная как объем страховых взносов, подлежащих уплате в течение года, для обеспечения получения пенсии в размере ПМП при условии выработки нормативного стажа.

Коэффициент выполнения финансовых обязательств:

$$\frac{CB}{ЦП} = \begin{cases} 1, \text{ если } \frac{CB_i}{ЦГ1} \geq 1 \\ \frac{CB}{ЦГ1}, \text{ если } \frac{CB}{ЦГ1} < 1. \end{cases}$$

Коэффициент минимальной обеспеченности пенсии:

$$\frac{CB}{ЦГ2} = \begin{cases} 1, \text{ если } \frac{CB_i}{ЦГ2} \geq 1 \\ \frac{CB}{ЦГ2}, \text{ если } \frac{CB}{ЦГ2} < 1. \end{cases}$$

$\frac{CB}{\text{ЭСВ}}$ — коэффициент эффективности уплаты страховых взносов.

Тар (t) — тариф страховых взносов.

ЗПсв — средняя заработная плата, с которой уплачивались страховые взносы.

$k_{см}$ — стажевый коэффициент застрахованного лица:

$$k_{см} = \begin{cases} \frac{Сm_i}{Сm_{норм}} = 1, \text{ если } \frac{Сm_i}{Сm_{норм}} \geq 1 \\ \frac{Сm_i}{Сm_{норм}} = \frac{Сm_i}{Сm_{норм}}, \text{ если } \frac{Сm_i}{Сm_{норм}} < 1 \end{cases}$$

$k_{рынок}$ — коэффициент влияния изменения соотношения численности занятых и пенсионеров на размер пенсии.

Дожитие — ожидаемая продолжительность периода получения пенсии.

$k_{изменения}$ — коэффициент, учитывающий изменение ожидаемой продолжительности жизни с момента начала уплаты страховых взносов.

$k_{\text{пр1}}$ — коэффициент перераспределения доходов для выполнения пенсионной системой социальных функций (обеспечение минимального жизненного уровня).

$k_{\text{пр2}}$ — коэффициент перераспределения средств для формирования резерва.

Параллельно с реализацией предложенного выше комплекса мер на государственном уровне должны быть осуществлены мероприятия по:

- увеличению численности застрахованных лиц, за которых уплачиваются страховые взносы (через увеличение доли занятых в трудовых ресурсах страны). Эта мера позволит в краткосрочной перспективе улучшить соотношение между занятыми и пенсионерами, которое является определяющим при установлении тарифов страховых взносов в солидарно-распределительную пенсионную систему;
- увеличению доли фонда заработной платы в ВВП (низкие заработки не позволяют застрахованным лицам сформировать достаточные пенсионные права, в результате чего возникает потребность в перераспределении средств внутри пенсионной системы (или трансфертах из федерального бюджета) для поддержания минимального прожиточного уровня пенсионеров;
- повышению рождаемости (для улучшения соотношения между занятыми в экономике и пенсионерами в долгосрочной перспективе).

Без реализации мер государственного регулирования макроэкономической и демографической ситуации возможна финансовая стабилизация пенсионной системы на основе приведения ее к полностью страховым принципам. Однако обеспечить существенное повышение жизненного уровня пенсионеров в этих условиях можно будет лишь при постоянном увеличении ассигнований из федерального бюджета.

ПОВЕДЕНИЕ ВЫПУСКНИКОВ РОССИЙСКИХ ВУЗОВ 1993–2004 гг. НА СОВРЕМЕННОМ РЫНКЕ ТРУДА

Е. М. Аврамова, д.э.н., заместитель директора Института социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук (ИСЭПН РАН)

1. ДОСТУПНОСТЬ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Основным цивилизационным трендом новейшего времени стало стремление развитых обществ к выравниванию стартовых возможностей индивидов через создание механизмов доступа к каналам вертикальной мобильности, минимизирующих влияние наследуемых ресурсов. Концептуально проблема выравнивания стартовых возможностей серьезно разработана в западном обществоведении [Rawls J., 1971]. Подходы, выработанные в рамках данного дискурса, в настоящее время находят отражение в программных документах, например во «Всемирной декларации о высшем образовании для XXI века: подходы и практические меры». В прикладном плане о наличии такой тенденции говорит и широкое распространение бесплатного (или символически платного) образования, характерное для ряда европейских стран [Jones K., 1994; Ильинский И., 2002].

Соответственно наша задача — выяснить, в какой мере возможность получения качественного, открывающего хорошие социально-экономические перспективы высшего образования зависит от наличия у молодого человека иных ресурсов, кроме способности выдержать конкурсную процедуру.

Формируя для своих детей образовательные стратегии, семьи находятся в ситуации рационального выбора, отыскивая оптимальное согласование перспектив, которые может дать детям образование, и собственных ресурсных возможностей. Мы попытались количественно определить объем ресурсов, имеющихся у домохозяйств, и выяснить в какой степени ресурсный потенциал влияет на доступность высшего образования.

К ресурсам домохозяйств мы относим уровень образования родителей; уровень их материальной обеспеченности; размер сбережений; социальный статус и уровень адаптированности к переменам в российском обществе 90-х годов. Оказалось возможным определить интегральное значение ресурсного потенциала домохозяйств. Интегральная балльная оценка ресурсного потенциала рассчитывалась следующим образом:

Уровень образования:

- 1 балл — никто из родителей не имеет высшего образования;
- 2 балла — один из родителей имеет высшее образование, другой — не имеет;
- 3 балла — оба родителя имеют высшее образование.

Материальная обеспеченность:

- 1 балл соответствует оценке «бедные» или «малообеспеченные»;
- 2 балла — «среднеобеспеченные»;
- 3 балла — «богатые» или «хорошо обеспеченные».

Размер сбережений:

- 1 балл соответствует мнению «совершенно не смогли обеспечить старость»;
- 2 балла — «обеспечили старость в некоторой степени»;

3 балла — «обеспечили старость полностью» или «в значительной мере».

Социальная самооценка:

1 балл — отнесение к низшему или «ниже среднего» слою;

2 балла — отнесение к среднему слою;

3 балла — отнесение к высшему или «выше среднего» слою.

Уровень адаптированности:

1 балл — «полностью не приспособился» или «скорее, не приспособился»;

2 балла — «скорее, приспособился»;

3 балла — «полностью приспособился».

Поскольку ресурсы семьи образуют ее единый материальный и социально-культурный комплекс, представляется оправданным использование в дальнейшем анализе интегральной оценки ресурсного потенциала домохозяйств. И лишь там, где есть необходимость подчеркнуть роль одного из ресурсов, мы будем рассматривать отдельные элементы данного комплекса ресурсной обеспеченности.

Выяснилось, что примерно половина всех домохозяйств, дети которых получают высшее образование, относится к среднему типу ресурсной обеспеченности. Объем ресурсов, которыми обладают домохозяйства, определенно влияет на выбор вуза, с точки зрения его престижности, но не в столь сильной степени, как можно было ожидать. Действительно, в непрестижных вузах учится большая доля студентов из семей, чьи родители не располагают ни экономическими, ни социальными ресурсами. Но для детей из таких семей путь в средние и даже высокопрестижные учебные заведения не закрыт. Это видно хотя бы из того, что около 30% студентов высокопрестижных вузов вышли из семей с низким ресурсным потенциалом.

Нередки ситуации, когда высокопрестижный вуз имеет в своем составе малопрестижные факультеты. Можно было предположить, что они становятся уделом детей из менее благополучных семей? Данные опроса показывают, что это не так. На престижных факультетах учатся 29,4% из наиболее благополучных, с точки зрения ресурсной обеспеченности, семей; 47% — из средних, и 23,5% — из семей с низким ресурсным потенциалом. Существенная разница в возможностях домохозяйств возникает лишь в случае выбора элитных вузов, где учатся 47% студентов из самых благополучных семей, 41% — из средних и лишь 12% — из семей со слабыми ресурсными возможностями. Такая ситуация вполне адекватно фиксируется общественным мнением: 60% респондентов считают, что «для способных, но малообеспеченных молодых людей элитные вузы недоступны»; еще 10% опрошенных уверены, что «без денег никакие способности не помогут». Треть студентов, тем не менее, настроена оптимистично, полагая, что «для способных людей нет преград» — они могут поступить в любой вуз.

Некоторой содержательной характеристикой престижности учебного заведения является представление о том, какие возможности дает приобретаемая в нем профессия. Половина наших респондентов (48,2%) уверена в том, что, овладев профессией, они смогут добиться высоких статусных и материальных позиций; около 20% полагают, что добьются достаточно высокого общественного положения, но работа по специальности не будет приносить высоких доходов; 17%, наоборот, считают, что получают относительно высокооплачиваемую, но не престижную работу; наконец, 15% студентов не надеются ни на то, ни на другое.

Представление о перспективности приобретаемой профессии часто определяет образовательную стратегию домохозяйств. Профессии, которые, по мнению респондентов, не приносят ни материального, ни статусного вознаграждения, получают по преимуществу дети из менее ресурсообеспеченных

семей, а наиболее перспективными профессиями овладевают выходцы из семей с сильными ресурсными характеристиками (табл. 1).

Таблица 1. Связь ресурсной обеспеченности домохозяйств с перспективностью профессии, получаемой респондентами

| Ресурсный потенциал | Варианты ответов на вопрос: «Что дает специальность, которую Вы получаете?» (число респондентов,%) | | | |
|---------------------|--|--------------------------|--------------|--------------------------------|
| | доход и социальный статус | только социальный статус | только доход | ни доход, ни социальный статус |
| Низкий | 22,2 | 32,9 | 34,9 | 43,7 |
| Средний | 48,5 | 48,5 | 48,4 | 40,4 |
| Высокий | 29,3 | 18,6 | 16,7 | 15,9 |

Говоря о перспективах, которые связывают с получаемым образованием студенты из разных доходных групп, стоит отметить такой факт: если во всех группах от бедных до хорошо обеспеченных больше половины студентов (55–60%), характеризуя предоставляемое вузом образование, выбрали вариант «дает общие знания, позволяющие в будущем работать по разным специальностям», то среди «богатых» студентов более 4/5 группы отметили, что им вуз «дает специальные знания по определенной специальности». Это позволяет предположить наличие у этой категории студентов большей определенности в отношении послевузовской деятельности, что, скорее всего, связано с позитивным примером деятельности родителей, включая и возможное обещание помощи в трудоустройстве и карьерном росте еще на этапе выбора вуза.

Интересно посмотреть, какой именно элемент ресурсного потенциала домохозяйства в большей степени определяет возможность приобретения во всех смыслах перспективной профессии. В таблице 2 показана взаимосвязь между шансами студентов на получение перспективной профессии и элементами ресурсного потенциала домохозяйств — ресурсами высокого уровня развития. Мы видим, что высокий уровень образования родителей практически не связан с получением перспективной профессии — значимость коэффициента очень низка. Линейная связь шансов получения перспективной профессии с наличием других развитых элементов ресурсного потенциала домохозяйства является значимой на уровне 99%. В наибольшей степени связан с шансами получения перспективной профессии высокий уровень адаптации домохозяйства.

Более благополучные в ресурсном отношении семьи сильнее настаивают на получении высшего образования. При том что обычно (для более чем половины семей) такое решение принимается совместно с детьми, либо детьми, как они утверждают, самостоятельно (чуть более 40%), в семьях с высоким ресурсным потенциалом мнение родителей о необходимости получения диплома чаще становится решающим — респонденты из других семей в четыре раза реже сообщают, что поступление в вуз было исключительно решением родителей.

Известно, что большинство родителей принимают самое непосредственное и деятельное участие в поступлении детей в вузы, и наше исследование это еще раз подтвердило (табл. 3). В зависимости от ресурсов домохозяйств несколько варьируются формы этого участия. Семьи с невысоким ресурсным потенциалом в меньшей степени участвуют в оплате подготовки к вступительным экзаменам, но эта разница измеряется всего лишь 10%, то есть даже при ограниченности средств родители видят необходимость в оплате курсов, репетиторов и т. д. Значительная часть (23%) идут на то, чтобы оплачивать учебу своих детей в высших учебных заведениях (коммерческие формы образования), но здесь явным образом лидируют наиболее благополучные в ресурсном отношении семьи. Важно обратить внимание на то, что семьи с

Таблица 2. Оценка связи между переменными по коэффициенту корреляции Пирсона

| | | Получение студентом перспективной профессии | Наличие высшего образования у обоих родителей | Субъективно высокий уровень адаптации домохозяйства | Субъективно высокий уровень материальной обеспеченности домохозяйства | Высокий уровень сбережений | Субъективно высокий социальный статус родителей |
|---|---------------------|---|---|---|---|----------------------------|---|
| Получение студентом перспективной профессии | Pearson Correlation | 1,000 | 0,026 | 0,140 | 0,092 | 0,101 | 0,117 |
| | Sig. | , | 0,418 | 0,000 | 0,005 | 0,002 | 0,000 |
| | N | 936 | 936 | 936 | 936 | 936 | 936 |

высоким ресурсным потенциалом вдвое чаще, чем другие, используют для поступления детей связи.

Таблица 3. Формы участия родителей в поступлении детей в вуз в зависимости от ресурсного потенциала домохозяйств

| Форма участия родителей в поступлении детей в вуз | Ресурсный потенциал (доля домохозяйств, %) | | |
|---|--|---------|---------|
| | низкий | средний | высокий |
| Оплата подготовки к вступительным экзаменам | 61,8 | 68,1 | 70,2 |
| Оплата обучения | 23,1 | 27,9 | 35,1 |
| Использование связей | 8,8 | 11,4 | 19,6 |

В итоге определились три основные стратегии поступления в вузы. Первая состоит в ориентации только на знания поступающих — ее реализуют лишь чуть больше трети абитуриентов (38,5%). Самая массовая стратегия (51,1%) основана на том, что родители используют деньги и/или связи, при том что дети реально готовятся к вступительным экзаменам. Третья стратегия (ее реализуют 10% семей) основана на том, что используются только деньги и/или связи, а об уровне подготовки речь вообще не идет. Выяснилось также (табл. 4), что стратегия, основанная на связях и деньгах родителей, в большей степени проявляется при поступлении на более престижные факультеты.

Таблица 4. Стратегии поступления на факультеты различной престижности

| Стратегии поступления | Тип факультета (число респондентов,%) | |
|---|---------------------------------------|--------------|
| | престижный | непрестижный |
| Ориентация только на знания | 35,0 | 48,5 |
| Ориентация на знания + деньги и/или связи | 53,0 | 45,8 |
| Ориентация только на деньги и/или связи | 12,0 | 5,7 |

Основными мотивами получения высшего образования являются, как видно из таблицы 5, три: образование ради знаний; образование ради денег; образование ради престижа.

Респонденты могли дать несколько ответов на вопрос, и группировка сочетаний ответов дала возможность выделить основные образовательные мотивации:

- Интеллектуально-прагматическая — получение знаний и конвертация их в высокие доходы — 31,5%.
- Преимущественно интеллектуальная — 23,0%.
- Преимущественно прагматическая — 31,3%.

Таблица 5. Мотивы получения высшего образования

| Варианты ответа на вопрос: «Что определило решение получить высшее образование?» | Число респондентов, % | Ранг |
|--|-----------------------|--------|
| Давление родителей | 7,8 | 5 |
| Возможность впоследствии получать высокий доход | 53,6 | 2 |
| Возможность получить знания | 61,9 | 1 |
| Возможность не работать еще пять лет | 6,2 | 6 |
| Сейчас неприлично не иметь высшее образование | 28,6 | 3 (4)* |
| Возможность избежать армии | 14,0 (27,2)* | 4 (3)* |
| Возможность найти спутника жизни | 4,4 | 7 |
| Другое | 3,1 | 8 |

* Среди респондентов мужчин

- «Побочная» — акцентирующая внеобразовательные мотивы: получение образования как символического капитала, либо как способ уйти от проблемы (призыва в армию, трудоустройства) или ее отодвинуть — 14,2%.

Оказалось, что мотивы получения образования корреспондируют с уровнем престижности факультетов, на которых учатся респонденты (табл. 6). Не слишком престижные факультеты на 40% заполнены студентами, для которых целью получения образования являлось достижение с его помощью материального благополучия. Но парадокс состоит в том, что профессии, которые дают эти факультеты, как раз в наименьшей степени обеспечивают такую возможность. На этих же непрестижных факультетах учится большая доля тех, кто не стремился ни к знаниям, ни к деньгам, а пошел в вуз, потому что «не иметь образования неприлично», чтобы избежать армии, чтобы еще какое-то время не работать и т. д. Что касается престижных мест обучения, то здесь сосредоточен более интеллектуально и прагматически ориентированный контингент.

Таблица 6. Образовательные мотивации студентов, обучающихся на факультетах разной престижности

| Престижность факультета | Образовательные мотивации (число респондентов, %) | | | |
|-------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|----------|
| | интеллектуально-прагматическая | преимущественно интеллектуальная | преимущественно прагматическая | побочная |
| Элитный | 38,1 | 27,4 | 24,4 | 10,1 |
| Достаточно престижный | 32,4 | 23,9 | 30,4 | 13,3 |
| Не слишком престижный | 25,2 | 14,4 | 41,7 | 18,7 |
| Непрестижный | 7,1 | 21,5 | 35,7 | 35,7 |

2. ПЛАНИРОВАНИЕ КАРЬЕРЫ

На старших курсах студенты уже начинают думать о перспективах будущего трудоустройства, 40% старшекурсников уже знают, где будут работать после окончания вуза и примерно представляют себе способ будущего трудоустройства; у пятой части респондентов не будет такой проблемы, поскольку они уже работают и не предполагают менять место работы; менее половины считают, что смогут устроиться самостоятельно, а третья часть рассчитывает на помощь родственников и друзей. Независимо от того, какую специальность приобретают студенты, с точки зрения ее перспективности в статусном или материальном выражении, примерно третья часть респондентов рассчитывает, что при будущем трудоустройстве им будет оказана помощь.

Таблица 7. Способы трудоустройства в зависимости от перспективности получаемой профессии

| Способы трудоустройства | Варианты ответов на вопрос: «Что дает специальность, которую Вы получаете?» (число респондентов,%) | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------|--------------|--------------------------------|
| | доход и социальный статус | только социальный статус | только доход | ни доход, ни социальный статус |
| Устроюсь самостоятельно | 44,8 | 44,2 | 50,0 | 34,1 |
| Устроят родственники, знакомые | 39,2 | 30,8 | 32,1 | 34,2 |
| Уже работаю | 16,0 | 25,0 | 17,9 | 31,7 |

При выборе между работой, приносящей хороший заработок, и интересной работой, две трети респондентов отдают предпочтение той, что может приносить хорошие деньги. Такая пропорция сохраняется и в группе тех, для кого целью получения высшего образования были знания, и среди тех, кто хотел получить его, чтобы хорошо зарабатывать. Студенты, которые все же позволяют себе отдавать приоритет интересной работе (всего таких 25%), дают этому такие объяснения: 10% считают, что высокооплачиваемой работы им все равно не найти; 40% исходят из того, что в семье есть кто-то, кто хорошо зарабатывает; 50% считают, что, в конце концов, деньги не главное. Позволить себе интересную, но невысоко оплачиваемую работу могут, скорее, выходцы из более благополучных в ресурсном отношении семей.

Можно предположить, что при трудоустройстве второй, после поступления в вуз, значимой социально-экономической практики, воспроизводятся механизмы, задействованные при первой. Данные *таблицы 8* показывают, что большинство тех, кто при поступлении рассчитывал только на возможности родителей, и при будущем трудоустройстве будет вести себя так же — их на работу кто-то устроит. Комбинировавшие при поступлении свои усилия и возможности родителей примерно поровну разделились на тех, кто рассчитывает на собственные силы, и тех, кто ожидает помощи. Но и среди студентов, поступивших в вуз, как они утверждают, только благодаря своим знаниям, каждый четвертый ожидает помощи при трудоустройстве. Вместе с тем в этой группе самая большая доля тех, кто намерен рассчитывать на собственные силы и в будущем.

Таблица 8. Связь способов поступления в вуз и трудоустройства

| Способы трудоустройства | Стратегии поступления в вуз (число респондентов,%) | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------|
| | знания | знания + деньги и/или связи родителей | деньги и/или связи родителей |
| Самостоятельно | 51,0 | 44,1 | 25,0 |
| С помощью родственников/друзей | 24,5 | 40,1 | 60,0 |
| Уже работают | 24,5 | 15,8 | 15,0 |

Поскольку в фокусе нашего внимания связь доступности высшего образования с ориентацией на будущую трудовую деятельность, представляется важным рассмотреть мотивы выбора между работой в России и за границей. Две трети опрошенных допускают возможность отъезда; 4% намереваются работать только за границей, и 30% уверены, что останутся на родине.

В представлениях студентов полученное ими образование востребовано за рубежом; почти половина опрошенных уверены, что смогут найти хорошо оплачиваемую работу и в России, и за границей. Но каждый десятый студент считает, что его знания не будут востребованы нигде (*табл. 9*).

Исследование дает представление о том, какие «модели успеха» складываются в новом поколении. В целом по выборке с большим отрывом лидируют

Таблица 9. Связь представлений о востребованности полученного образования с желанием работать в России или за рубежом

| Варианты ответа на вопрос: «Где Вы собираетесь работать после окончания вуза?» | Варианты ответов на вопрос: «Где получаемая специальность будет востребована и достойно оплачена?» (число респондентов,%) | | | |
|--|---|-------------|---------------------------|-------|
| | в России | за границей | и в России, и за границей | нигде |
| В России | 46,5 | 11,4 | 19,1 | 33,9 |
| За границей | 2,2 | 21,4 | 2,8 | 0,9 |
| Как получится | 51,3 | 67,2 | 78,1 | 65,2 |

хорошая семья (64,9%) и материальное благополучие (51%), еще чуть более четверти опрошенных указали на удачную карьеру и уважение людей. Стоит сразу заметить, что интересная работа в качестве составляющей жизненного успеха отмечена менее чем пятой частью выборочной совокупности, которую в большей степени отличает меркантилизм. Однако распределение представлений о жизненном успехе по группам обеспеченности вносит в эту картину существенные коррективы. В представлениях «богатых» студентов жизненный успех — это принесшая материальное благополучие удачная карьера (55%) и связанное с этим уважение референтных групп (36%). В то же время «хорошую семью» как составляющую жизненного успеха отметила лишь пятая часть соответствующей группы. Противоположность в этом отношении им составляют отнесшие свою семью к бедным: в качестве главного признака жизненного успеха почти три четверти из них указывают на хорошую семью, при этом доля указавших на материальное благополучие в 1,8 раза, а доля связывающих успех с удачной карьерой в 4 раза меньше этого показателя. Можно было бы предположить, что здесь имеют место причины гендерного свойства (например, большую значимость семьи для женщин), однако полученные данные требуют поиска иных объяснений, и прежде всего в области социально-психологических «компенсаций». На предположение о компенсаторном происхождении акцентуации на семье может служить столь же высокий уровень отметивших семью в качестве признака жизненного успеха среди студентов непрестижных вузов (72%). Видимо, ощущение недостижимости блестящей карьеры заставляет концентрироваться на ценности семьи, как представляется респондентам, более достижимой и реальной.

К старшим курсам у студентов начинают складываться представления о существующих в обществе правилах игры. На формирование этих представлений оказывает влияние рефлексия тех реальных социально-экономических практик, в которых они непосредственно принимали участие, это способы поступления в вузы и опыт трудоустройства и занятости в случае, если они работали во время учебы. Постепенно складываются представления о том, кто и благодаря чему может добиться наибольшего успеха в современной России.

По мнению большинства опрошенных студентов, для того чтобы чего-то добиться в жизни, нужны, главным образом, самостоятельность и определенная жесткость. Вместе с тем работодатель ждет от них совсем другого — прежде всего, не инициативности, а исполнительности: соотношение соответственно 31,7% к 68,3%. Другая особенность требований работодателя, которая фиксируется будущими наемными работниками, состоит в том, что уровень образования занимает последнее место среди характеристик, учитываемых при приеме на работу: в качестве главного достоинства нанимаемого его указали лишь 15% респондентов. Несколько большее значение придается наличию рекомендаций (19%). Ровно две трети опрошенных считают, что при приеме на работу главное — опыт работы. Такие представления, вполне отражающие реальность, если ориентироваться на существующую практику кадровых служб и рекрутинговых

агентств, вынуждают студентов жертвовать учебой (на последнем курсе практически полностью), для того чтобы приобрести некоторый опыт работы.

Сформировались у студентов и определенные представления о том, кто скорее продвинется по карьерной лестнице: 36% респондентов считают, что квалифицированные работники, и 64% — что скорее успеха добьются те, кто умеет ладить с начальством. Выбор в пользу лояльности в ущерб квалификации делают и те, кто намерен самостоятельно устраиваться на работу, и те, кто рассчитывает на помощь при трудоустройстве. Вполне закономерно, что респонденты, которые использовали неформальные практики поступления, в большей степени склонны считать, что умение ладить с начальством — это путь к успеху (так считают около 70% соответствующих групп по сравнению с 60% в других группах). Фиксируя тенденцию, при которой скорее добьются карьерного роста работники, «умеющие ладить с начальством», большинство студентов признают неправильность такой ситуации.

3. ВЫХОД НА РЫНОК ТРУДА

Для многих выход на рынок труда состоялся до получения диплома. По нашим данным, каждый четвертый студент совмещает работу с учебой. Материальные обстоятельства — не единственная причина занятости студентов, о чем свидетельствуют ответы респондентов из семей с разным уровнем материального достатка (табл. 10). Другой не менее важной причиной является то, что работодатель предпочитает нанимать имеющих опыт работы, и этот опыт нужно успеть приобрести.

Таблица 10. Наличие постоянной работы у студентов в зависимости от материальной обеспеченности домохозяйства

| Наличие постоянной работы | Уровень материальной обеспеченности домохозяйства (число респондентов,%) | | | |
|--|--|---------|---------|---------|
| | низкий | средний | высокий | в целом |
| Работают | 25,2 | 24,2 | 22,1 | 23,6 |
| Работали, но сейчас не работают и ищут работу | 14,8 | 14,1 | 13,4 | 14,4 |
| Работали, но сейчас не работают и не ищут работу | 9,6 | 9,7 | 10,5 | 9,8 |
| Не работают, но ищут работу | 23,0 | 24,3 | 16,3 | 22,4 |
| Не работают и не ищут работу | 27,4 | 27,7 | 37,7 | 29,8 |

Значительное число работающих студентов постепенно входит в профессию. Почти половина опрошенных, планирующих в дальнейшем работать только по специальности, нашли работу, полностью ей соответствующую, а еще 15% — частично соответствующую. Около 70% респондентов, планирующих работать по близкой специальности, имеют работу, так или иначе связанную с получаемой профессией. В то же время почти 40% респондентов, собирающихся после окончания вуза работать по получаемой профессии, в настоящее время работают в совершенно других областях, а более 60%, не определившихся с будущей профессией, работают вне рамок получаемой специальности.

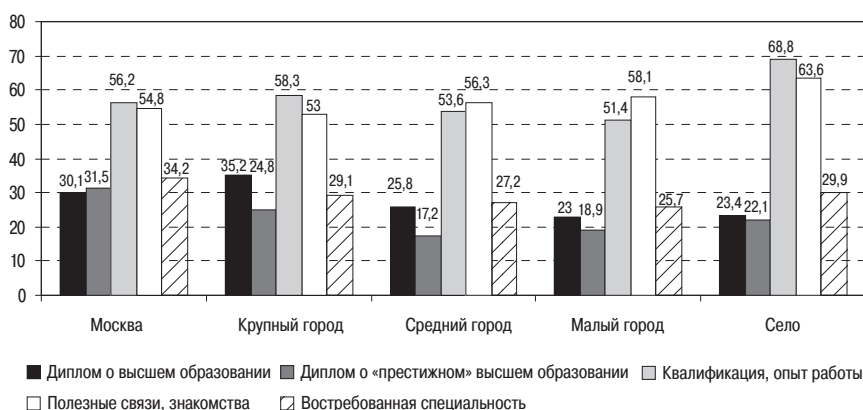
Более 80% получивших диплом о высшем образовании оказываются трудоустроенными (табл. 11), причем время поиска работы редко превышает полгода. Трудности, связанные с трудоустройством, в большей степени ощущались в начале 90-х годов, когда поиск работы затягивался до года для 14–17% респондентов. В тяжелом положении также оказались выпускники 1998 года, когда в результате дефолта резко, но кратковременно, сократилось число рабочих мест.

Самым распространенным механизмом трудоустройства, который, видимо, следует рассматривать как норму, являются связи и знакомства. Следует обратить

Таблица 11. Занятость выпускников вузов, в зависимости от типа поселения

| Тип поселения | Число респондентов, % | | | |
|---------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|-------|
| | работают | не работают и не ищут работу | не работают, но ищут работу | всего |
| Москва | 83,5 | 15,1 | 1,4 | 100,0 |
| Крупный город | 77,0 | 18,7 | 4,3 | 100,0 |
| Средний город | 81,5 | 12,5 | 6,0 | 100,0 |
| Малый город | 86,5 | 10,8 | 2,7 | 100,0 |
| Село | 83,1 | 11,7 | 5,2 | 100,0 |
| В целом | 80,9 | 14,8 | 4,3 | 100,0 |

Рис. 1. Значимость ресурсов получения «хорошей» работы, %*



* Респонденты могли указать несколько вариантов ответа

внимание только на одно исключение — чем качественнее и престижнее образование, тем больше у выпускника шансов попасть в поле зрения работодателя. В целом же, ни элитный характер образования, ни престижность получаемой профессии не освобождают выпускников (во всяком случае, их основную часть) от необходимости прибегать к неформальным связям при трудоустройстве.

Можно следующим образом охарактеризовать позиции, которые получают выпускники на своей первой работе. Большинству удается устраиваться на предприятия, учреждения, фирмы, которые в их собственных глазах выглядят достаточно престижными; низко или ниже среднего оценивают статус своего предприятия лишь около 25% респондентов. В то же время уже около 50% респондентов низко или ниже среднего оценивают свой собственный статус на этой работе. Еще более заметно смещена в сторону низких значений оценка уровня материального вознаграждения (до 70% респондентов оценивают его как низкий или ниже среднего). При этом на размер оплаты труда явным образом влияет профиль полученного образования. Получившие образование по специальностям экономика, финансы, право, менеджмент в полтора раза реже, чем получившие естественно-научные специальности и гуманитарии, оказываются в зоне низкой оплаты труда.

Выяснилось, какие ресурсы респонденты считают наиболее ценными для того, чтобы получить «хорошую» работу¹ (рис. 1). И здесь мы видим, что полезные связи и знакомства занимают первую позицию среди преимуществ, позволяющих рассчитывать на удачное трудоустройство. Что касается ценности высшего образования, то она также отмечается респондентами, особенно проживающими в столичных и крупных городах. Обращает на себя внимание то, что за исклю-

¹ «Хорошая» работа интерпретируется респондентами в первую очередь как высокооплачиваемая, и в последнюю — как интересная.

чением Москвы, где ценность «престижного» образования опережает ценность «простого», в остальных населенных пунктах любое высшее образование, особенно подкрепленное связями и опытом работы, ценится не меньше, если не больше, чем престижное. Видимо, это свидетельствует об отсутствии или узости в иных, нежели столичные, городах сегментов рынка труда, заинтересованных именно в специалистах, получивших элитное образование.

4. СТРАТЕГИИ ПОВЕДЕНИЯ НА РЫНКЕ ТРУДА

Анализ полученных данных позволил выявить несколько стратегий поведения молодых людей, получивших диплом о высшем образовании. Самой массовой на сегодняшний день оказалась стратегия перепрофилирования, причем в каждой следующей когорте все меньшая доля выпускников работает по специальности. Так, среди окончивших вуз в 1993–1996 гг. не по специальности работали 35,5% выпускников; в 1997–2000 гг. — 42,4%, а среди выпускников 2001–2004 гг. — 55,6%. Лишь второй по распространенности на сегодняшний день является профессионализация — трудоустройство и дальнейшая работа по полученной в вузе специальности. Третья стратегия связана с невыходом на рынок труда — по нашим данным, ее реализуют 15–18% выпускников вузов, из которых 80% составляют женщины, намеревающиеся посвятить себя семье. Наконец, четвертая стратегия — отъезд за рубеж. Нам трудно оценить массовость этой стратегии, поскольку уехавшие, естественно, не попали в нашу выборку. По оценкам экспертов [Л. И. Леденева, Е. В. Тюрюканова, 2002], около 5% выпускников российских вузов проходят за границей обучение в магистратуре, находятся на стажировке либо проходят специальные образовательные или профессиональные программы.

Исследуем две наиболее массовые стратегии — профессиональную адаптацию и перепрофилирование. Прежде всего попытаемся связать их со специальностью, полученной в вузе (*табл. 12*). Получившие естественно-научные, гуманитарные (за исключением экономики, права и управления), а также технические специальности обнаруживают заметно большую склонность к перепрофилированию. Напротив, большую склонность к профессиональной реализации имеют те, кто, помимо уже отмеченных специальностей, связанных с финансами и менеджментом, получил специальности, позволяющие работать в сфере услуг и торговле.

На выбор стратегии поведения на рынке труда влияют представления о востребованности полученной специальности. Большинство (63%) сменивших специальность полагают, что работу по полученной в вузе специальности можно найти, но она плохо оплачивается, и еще 12% считают, что работу по специальности найти нельзя. Среди тех, кто работает по специальности, так считают соответственно 52% и 5%.

Что же касается перспектив, которые связывают респонденты с нынешней работой, то наиболее оптимистичные ожидания обнаруживаются у респондентов, которые, оставаясь в рамках полученной в вузе специальности, несколько раз поменяли место работы. Они заметно чаще, чем другие, рассчитывают на повышение зарплаты (54,5%) и ожидают карьерного роста (64%). Здесь же самый высокий процент тех, кто рассматривает нынешнюю работу как трамплин, открывающий перспективу дальнейшего роста, связанного с трудоустройством на другом предприятии (59,1%).

Наибольшая доля пессимистов, полагающих, что данная работа не открывает перед ними никаких перспектив, обнаружена среди тех, кто придерживается инерционной стратегии — не меняют ни специальность, ни место

Таблица 12. Стратегия поведения на рынке труда в зависимости от полученной в вузе специальности

| Стратегия поведения на рынке труда | Специальность, полученная в вузе | | | | | |
|------------------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|---------------------------|------------|------------------|
| | финансы, менеджмент | филология, история и пр. гуманитарные специальности | естественно-научные специальности | технические специальности | педагогика | сервис, торговля |
| Профессиональная реализация | 66,7 | 53,8 | 51,3 | 46,2 | 54,5 | 100 |
| Перепрофилирование | 33,3 | 46,2 | 48,7 | 53,8 | 45,5 | 0,0 |

работы. Среди них 29% ожидают повышения зарплаты, и 38% — статусного роста. Но треть респондентов данной группы рассматривает нынешнюю работу как трамплин, что говорит об их временной инерционности.

Представляется важным соотнести требования работодателя к наличию у работника высшего образования, с одной стороны, и легкости, с которой совершается «прыжок» в другую профессию, с другой. Выяснилось, что мотивы требований наличия диплома об окончании вуза разные. В ряде случаев работодатель уверен, что без соответствующих профессиональных знаний и навыков невозможно выполнять данную работу (например, инженера). В других случаях работодателю достаточно было бы просто определенного культурного уровня работника, наличия у него умений и навыков, не связанных напрямую с высшим образованием, а также некоего символического подтверждения их наличия, каковым выступает диплом о высшем образовании.

Наши данные показывают, что наибольшее (более 70%) число респондентов, чьих работодателей высшее образование работника интересовало в силу невозможности выполнения работы без специальной профессиональной подготовки, оказалось среди преподавателей вуза, переводчиков, врачей, научных сотрудников, школьных учителей, инженеров. Одновременно наибольшее число респондентов (более 70%), считающих, что работа по их профессии требует освоения полной вузовской программы, оказалось среди этих же специальностей. В то же время именно эти специальности находятся в зоне относительно низкой оплаты труда, и именно из соответствующих секторов рынка труда происходит миграция в сектора с высокой оплатой труда — туда, где, по утверждению самих респондентов, нет необходимости в прохождении полного курса высшей профессиональной подготовки, а работодателя диплом о высшем образовании в первую очередь интересует как свидетельство общей культуры и хорошего воспитания работника (менеджер среднего звена, продавец и т.д.).

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В целом исследование показало достаточно высокий уровень адаптивности молодых дипломированных специалистов на современном рынке труда. Об этом свидетельствуют высокая экономическая активность, ощущение перспектив роста материального достатка и социального статуса. Эти данные подтверждают, что высшее образование действительно работает в качестве необходимого и достаточно надежного инструмента социальной мобильности. Вместе с тем исследование вскрыло ряд серьезных проблем, влияние которых, как представляется, будет все сильнее сказываться на качественных характеристиках роста российской экономики.

Первый круг проблем, который выявило исследование, касается неформальных отношений, играющих исключительно большую роль в ходе трудоустройства дипломированных специалистов и их карьерных продвижений.

Использование социальных связей в большинстве случаев является необходимым условием устройства не только на престижную и хорошо оплачиваемую работу, а на любую. Полученные результаты позволяют судить о характере воспроизводства социальных практик входящего в жизнь поколения.

Большинство студентов демонстрируют конформистскую модель поведения. Имея в качестве ресурсов одновременно и знания, и возможности родителей, они готовы реализовывать такие социальные практики, которые, будучи востребованы сложившейся институциональной средой, эффективны «здесь и сейчас». Даже считая существующие механизмы вертикальной мобильности неправильными, они склонны думать, что ничего изменить нельзя. Тем не менее, если изменится сама «институциональная матрица», они найдут возможности скорректировать и свои модели поведения.

Вторая по численности группа имеет интенцию к воспроизводству неформальных социальных практик. Ее представителей устраивают условия, в которых им, как они уверены, предстоит строить свою трудовую карьеру, даже в случае, если эти условия не отвечают их представлениям об абстрактно должном. От первой группы их отличает то, что при изменениях институциональных условий, делающих возможными и эффективными модели поведения, основанные только на социальных связях, они окажутся проигравшими.

Третья группа объединяет «независимых» — опирающихся на собственные силы, знания и возможности. Именно они поддерживают индивидуально-либеральный вектор развития. Представителей этой группы можно рассматривать как силу, опираясь на которую возможно изменить «институциональную матрицу» и, соответственно, перестроить механизмы социальной динамики. Но «независимые» находятся в абсолютном меньшинстве. Можно предположить, что при условии вхождения в противоречие с устоявшимися правилами взаимодействия с институциональной средой они будут покидать родину, тем самым страна лишится импульса к позитивным переменам.

Другой круг проблем состоит в том, что достаточно высокие материальные и статусные позиции часто достигаются посредством перепрофилирования специалистов, их миграции из секторов рынка труда с низкой оплатой в те, где оплата труда в разы выше. Наше исследование показало, что переток происходит из научно-производственных отраслей в финансово-экономическую, сервисную, торговую сферы, а также в сферу управления. Работа в относительно низко оплачиваемых научно-производственных отраслях требует от специалистов прохождения всего курса высшего образования, серьезных специальных знаний. Сервисная же перераспределительная экономика в большинстве, напротив, глубоких специальных знаний не требует, а удовлетворяется символическим значением вузовского диплома и общими знаниями и навыками специалистов. Кардинальное изменение ситуации связано с проведением реформы оплаты труда, выравниванием уровня оплаты в различных секторах экономики, в том числе в тех, развитие которых укрепляет конкурентные позиции России в глобализирующемся мире.

ЛИТЕРАТУРА

Jones, K. The making of social policy in Britain 1830–1990. — L., 1994

Rawls, J. A Theory of Justice. — Oxford, 1971.

Ильинский, И. «Образовательная революция». — М., 2002.

Леденева, Л. И., Тюрюканова, Е. В. Российские студенты за рубежом: перспективы возвращения в Россию. — М., 2002.

**МЕЖПОКОЛЕННЫЕ ТРАНСФЕРТЫ:
НАПРАВЛЕНИЕ, УЧАСТНИКИ И ФАКТОРЫ,
ИХ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ¹****Е. В. Гладникова**, младший научный сотрудник НИСП

С древних времен и до наших дней внутри семей, а также между семьями происходит постоянный обмен материальными и нематериальными ресурсами. В зависимости от того, каково его содержание и состав участников, он выполняет различные функции — от простого перераспределения дохода с целью поддержания приемлемого уровня жизни принимающей стороны до инвестиций. Помимо различий в предмете обмена и участниках, также существуют разнообразные формы и мотивы получения и передачи помощи. Таким образом, очевидно, что трансферты представляют собой сложное комплексное явление, требующее глубокого изучения.

Данная статья посвящена более узкому вопросу — проблеме межпоколенных трансфертов, которые представляют собой ресурсы, переданные от старшего поколения младшему, и наоборот — от младшего старшему (нисходящие и восходящие межпоколенные трансферты). Интерес представляет то, как перераспределяется помощь между поколениями, а также от чего это зависит. Учитывая, что существуют различные виды трансфертов, вероятно, направления каждого из них могут быть разными. В данной работе будут рассматриваться только материальные трансферты, представляющие собой денежные и другие ценные² материальные ресурсы, переданные бесплатно. Несомненно, важно также изучать соотношение материальных трансфертов с другими видами (например, с трудовыми трансфертами), однако подобную задачу мы оставляем для будущих исследований.

Актуальность изучения межпоколенной материальной поддержки в России возрастает в связи с изменением пенсионной системы. В условиях новой системы накопление будущей пенсии становится в большей степени ответственностью самого человека. Для того чтобы понять, как люди поведут себя в такой ситуации, необходимо знать механизм частных межпоколенных трансфертов, так как результаты исследований показывают, что частные и государственные³ трансферты являются субститутами [Attias-Donfut C., Ogg J., Wolff F., 2005].

При всей актуальности проблема межпоколенных трансфертов пока не получила широкого распространения среди российских исследователей. Среди тех, кто занимался ее изучением, можно отметить С. Барсукову, Г. Градосельскую, Л. Прокофьеву, М. Денисенко, Е. Иванову и других.

¹ Автор выражает огромную благодарность Рощиной Яне Михайловне и Синявской Оксане Вячеславовне за советы и консультации на различных этапах проведения исследования и написания данной работы.

² Ценность ресурса определялась каждым опрошенным субъективно.

³ Основную часть государственных трансфертов составляют пенсии.

В российской литературе нам не встретилась ни одна работа, содержащая анализ межпоколенных трансфертов с использованием моделей, которые позволили бы сделать выводы о «чистом» (при прочих равных) влиянии тех или иных факторов на трансферты. Этот пробел мы попытаемся восполнить в данном исследовании. В работе будут рассмотрены два параметра межпоколенных трансфертов: вероятность передачи/получения помощи и ее объем (денежная оценка). Кроме того, межпоколенная взаимопомощь будет исследована с точки зрения обоих участников: представителей старшего и младшего поколений.

Целью исследования является выявление основных факторов, влияющих на поведение домохозяйств в сфере материальных межпоколенных трансфертов.⁴

В качестве **информационной базы** были использованы результаты первой волны исследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе (РидМиЖ)» (*Generation and Gender Survey, GGS*).⁵ РидМиЖ является международным исследованием и предполагает три волны с интервалом 3 года. Первая волна в России была проведена летом 2004, вторая — весной-летом 2007 года. В рамках каждой волны опрошено более 11 тысяч домохозяйств, исследование репрезентативно по всей России. Единицей опроса является индивид в возрасте 18–79 лет (выбирался случайным образом из членов домохозяйства) на первом этапе и в возрасте 18–82 года на втором.

1. КРАТКИЙ ОБЗОР ТЕОРЕТИЧЕСКИХ КОНЦЕПЦИЙ И ЭМПИРИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ОБЛАСТИ МЕЖПОКОЛЕННЫХ ТРАНСФЕРТОВ

Межпоколенная взаимопомощь, а также частные трансферты в целом изучаются в рамках таких наук, как экономика, социология, демография, психология. Очевидно, что подходы к изучению трансфертов в каждой из областей различны, в первую очередь потому, что различается предмет исследования — это могут быть мотивы оказания помощи, социальные предпосылки обмена ресурсами, взаимопомощь как часть психологической стороны семейных отношений и т. д. В данной статье мы не будем приводить обзор всех подходов к исследованию трансфертов, опишем лишь существующие подходы, выработанные в рамках экономической и социологической теорий.

В концепциях межпоколенных трансфертов в *экономической теории* акцент делается на двух основных вопросах: в каком направлении передаются ресурсы и что побуждает людей помогать друг другу. Для ответа на первый вопрос была разработана модель жизненного цикла, на второй — модели мотивов передачи трансфертов. Рассмотрим их подробнее.

Часто (но далеко не всегда) вывод о том или ином мотиве делается экономистами на основании того, каким образом решение о передаче ресурсов

⁴ Под *материальными межпоколенными трансфертами* мы понимаем деньги, ценности и другие дорогостоящие подарки, переданные безвозмездно родителями детям или наоборот. Здесь мы рассматриваем только материальные трансферты между людьми, не принадлежащими одному домохозяйству. Трудность здесь состоит в том, что мы не можем четко очертить круг предметов, которые опрошенные учитывали в качестве трансфертов, так как понятие ценности предмета, даже материальной, определялось самим опрошенным и, соответственно, довольно субъективно.

⁵ Это российское обследование в рамках международной программы «Поколения и Гендер» было проведено Независимым институтом социальной политики (Москва) при финансовой поддержке Пенсионного фонда Российской Федерации и Научного общества Макса Планка (Германия). Концепция и инструментарий обследования были адаптированы к российским условиям Независимым институтом социальной политики (Москва) с участием Независимой группы «Демоскоп» и Института демографических исследований им. Макса Планка (Росток, Германия).

зависит от уровня дохода доноров и акцепторов. Кроме дохода, определяющими факторами являются также соотношение направлений различных видов трансфертов (например, материальных и трудовых) и некоторые другие параметры. Наиболее распространены две модели мотивов трансфертов — альтруизма и обмена. В первой предполагается, что одним из аргументов функции полезности доноров (родителей) выступает функция полезности акцепторов (детей). Вследствие этого, передавая помощь, родители повышают уровень полезности детей, тем самым в итоге повышая и свою полезность. Очевидно также, что фактом передачи ресурсов доноры одновременно и снижают свою полезность, так как их собственное потребление снижается. То есть, чтобы максимизировать свою полезность, доноры должны найти равновесие между передачей средств и потреблением [Laferrere A., Wolff F., 2006].

Основная идея модели обмена состоит в том, что люди передают помощь в обмен на что-то. Существуют различные интерпретации данной концепции. Например, можно анализировать трансферты, передаваемые в обмен на какие-либо ресурсы, в краткосрочном и долгосрочном периодах [Lee Y., Parish W., Willis R., 1994]. Пример краткосрочного обмена: родители оказывают детям материальную помощь, а в ответ на это дети передают им трудовые трансферты. Обмен в долгосрочном периоде происходит, когда доноры ожидают получить обратную помощь в неопределенный период времени: например, родители, помогая детям, надеются на то, что сами получат от них поддержку в старости или в трудной ситуации.

Социологи, наряду с экономистами, исследуют межпоколенные трансферты и с точки зрения мотивов, и с точки зрения стадии жизненного цикла, однако, помимо этих двух концепций, в рамках социальных наук были разработаны и некоторые другие, в частности — теория социальных сетей и теория реципрокности.

Для анализа межпоколенной взаимопомощи теорию социальных сетей в России применила Г. В. Градосельская. В данном подходе социальные сети рассматриваются как совокупность связей, по которым передаются различного рода ресурсы [Градосельская Г. В., 1999]. Зная структуру сети и тип каждого сетевого актора (донор, реципиент, обмен, независимый), можно построить графическую картину передачи ресурсов в сети, анализ которой позволяет выявить взаимосвязи между различными видами потоков. Кроме того, возможен также анализ такой структуры по стратификационным переменным.

Понятие реципрокности для анализа частных трансфертов применила С. Барсукова [Барсукова С. Ю., 2004]. В ее понимании реципрокность — это, прежде всего, нерыночные обмены между домохозяйствами. Автор подчеркивает отличие реципрокных отношений от патрон-клиентских и от товарного обмена по ряду параметров, в первую очередь по различным целям. Отсюда можно выйти на представление об общих различиях в экономических и социологических теориях межпоколенных трансфертов: если в первых (идет ли речь о модели альтруизма или модели обмена) основной целью обмена является максимизация полезности, то во вторых возможны и другие цели, например выживание сообща, как при реципрокных отношениях.

Эмпирические исследования межпоколенных трансфертов имеют давнюю и богатую историю в западной социальной и экономической науке. Существует немало работ, изучающих соотношение различных видов трансфертов:

— материальные и временные [Cheal D., 1983, Couch K., Daly M., Wolf D., 1999];

- совместное проживание с родителями (как вид помощи детям) и трансферты после ухода детей из родительского дома [Lee Y., Parish W., Willis R., 1994, Rosenzweig M., Wolpin K., 1993];
- частные и государственные [Lillydahl J., Signell L., 1982; Attias-Donfut C., Ogg J., Wolff F., 2005] и пр.

Исследуется влияние на межпоколенные трансферты различных факторов, таких как:

- стадия жизненного цикла [Cheal D., 1983, Streib G., 1958, Kuhn R., Stillman S., 2002];
- доход участников обмена [McGarry K., Schoeni R., 1995, Cox D., Rank M., 1993, Kuhn R., Stillman S., 2002];
- параметры занятости участников [Couch K., Daly M., Wolf D., 1999];
- структура семьи [Hao L., 1996, Couch K., Daly M., Wolf D., 1999, Rosenzweig M., Wolpin K., 1994];
- гендерные и культурные аспекты [Hao L., 1996, Regnier-Loilier A., 2006, Lee Y., Parish W., Willis R., 1994, Wolff F., Spilerman S., Attias-Donfut C., 2005] и пр.

Более подробное рассмотрение этих исследований в рамках данной статьи мы опускаем.

Среди российских ученых изучение межпоколенных трансфертов пока не столь популярно. Эмпирических исследований гораздо меньше, и они в основном сосредоточены в отдельных узких областях: например, пожилые люди в межпоколенных отношениях [Денисенко М. Б., 1999; Иванова Е. И., 2002; Краснова О. Е., 1999], межпоколенная взаимопомощь в сельской местности [Лылова О. В., 2002; Фадеева О., 1999], хотя существует и несколько общих исследований межпоколенных трансфертов [Барсукова С. Ю., 2004; Градосельская Г. В., 1999].

2. МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Специфика обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (РидМиЖ) состоит в том, что единицей опроса является индивид, тогда как единицей исследования — домохозяйство. В связи с этим возникают не только общие сложности с описанием всех членов домохозяйства с точки зрения одного лица, но и с особой структурой вопросов об обмене трансфертами.⁶

Поскольку предметом данной статьи выступают межпоколенные трансферты, в анализ были включены лишь данные об оказании помощи детям респондента, получении помощи от них, а также передаче помощи родителям респондента и получении помощи от них.⁷ Таким образом, существуют две пары, в которых присутствует старшее и младшее поколения: (1) респондент (старшее) и его дети (младшее), (2) родители респондента (старшее) и респондент (младшее).⁸

Мы рассмотрели обе пары, руководствуясь следующими соображениями. Во-первых, люди по-разному отвечают на вопросы, выступая в роли дающего

⁶ Точную формулировку вопросов см. на сайте НИСП: <http://www.socpol.ru/research_projects/proj12_ank.shtml>

⁷ В обследовании РидМиЖ также есть данные об обмене трансфертами и с другими родственниками и неродственниками респондента.

⁸ Неродные дети респондента, дети партнера, не являющиеся детьми респондента, неродные родители респондента и родители партнера исключены из анализа, так как ввиду особенностей вопросника о них нет никаких сведений (кроме факта передачи/получения трансфертов), которые могли бы использоваться как объясняющие переменные.

или получающего, родителя или ребенка [Голофаст В. Б., 2006] (например, как правило, доноры чаще помнят о переданной помощи, чем акцепторы о полученной). Во-вторых, очевидно, что вопросник составлен таким образом, что о респонденте имеется гораздо больше сведений, чем о его родителях или детях. Поэтому в первом случае (респондент и его дети) модель позволит выявить характеристики старшего поколения, помогающего младшему или получающего помощь от него; а во втором (респондент и его родители) — характеристики младшего, которое получает помощь от старшего или помогает ему⁹.

Для того чтобы оценить степень участия домохозяйств в межпоколенном обмене материальными ресурсами и объем этих потоков, была разработана следующая схема построения моделей (табл. 1).

Таблица 1. Схема используемых моделей: зависимые и независимые переменные

| Респондент (стар. пок.) и его дети (млад. пок.) | Респондент (млад. пок.) и его родители (стар. пок.) |
|--|--|
| Зависимые переменные: | |
| 1. Респондент передает/не передает помощь хотя бы одному из своих детей 2. Респондент получает/не получает помощь хотя бы от одного из своих детей 3. «Чистые» трансферты, то есть разность между ресурсами, полученными респондентом от детей и переданными детям | 1. Респондент передает/не передает помощь хотя бы одному из своих родителей 2. Респондент получает/не получает помощь хотя бы от одного из своих родителей 3. «Чистые» трансферты, то есть разность между ресурсами, полученными респондентом от родителей и переданными родителям |
| Независимые переменные | |
| Характеристики респондента | |
| Пол респондента | Пол респондента |
| Возраст респондента | Возраст респондента |
| Уровень образования респондента | Уровень образования респондента |
| Индекс ценностей – ориентация на помощь старшему/младшему поколению | Индекс ценностей – ориентация на помощь старшему/младшему поколению |
| – | Учится ли респондент в данный момент |
| Характеристики домохозяйства респондента | |
| Тип населенного пункта | Тип населенного пункта |
| Количество детей респондента определенного возраста | Количество детей респондента определенного возраста |
| Есть ли у респондента партнер | Есть ли у респондента партнер |
| – | Количество живых братьев и сестер респондента |
| Среднедушевой годовой доход домохозяйства | Среднедушевой годовой доход домохозяйства |
| Характеристики детей респондента и взаимоотношений респондента с ними | Характеристики родителей респондента и взаимоотношений респондента с ними |
| – | С кем респондент жил до 15 лет |
| Во сколько лет дети респондента отделились от родителей (максимальный) | Во сколько лет респондент отделился от родителей |
| – | Живы оба родителя респондента/ только один |
| Дальность проживания детей респондента от него (минимальная) | Дальность проживания респондента от своих родителей (минимальная) |
| Частота встреч респондента со своими детьми (максимальная) | Частота встреч респондента со своими родителями (максимальная) |

Модели, в которых в качестве зависимых переменных рассматривались факты получения/неполучения трансфертов и передачи/непередачи, были названы моделями участия/неучастия и оценивались методом логистической

⁹ Ограничения инструментария также выводят на методологическую проблему о влиянии того, в какой роли — ребенка или родителя — выступал респондент при ответах на вопросы о различных характеристиках межпоколенных отношений, в том числе обмене трансфертами. Однако это предмет отдельного исследования и в данной работе рассматриваться не будет.

регрессии. Модели «чистых» трансфертов (здесь зависимыми переменными выступала разность между объемами полученных и переданных ресурсов) были построены с помощью метода линейной регрессии.

3. МЕСТО МЕЖПОКОЛЕННОЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ ВЗАИМОПОМОЩИ В ОБЩЕЙ СИСТЕМЕ ЧАСТНЫХ ТРАНСФЕРТОВ

Межпоколенные материальные трансферты представляют собой часть более широкого обмена между домохозяйствами. Перед тем как останавливаться на их подробном анализе с применением регрессионных моделей, необходимо понять, какое место они занимают в общей системе частных трансфертов.

В *таблицах 2 и 3* представлены некоторые сведения о межсемейном обмене материальными ресурсами: частота передачи и получения финансовой помощи из разных источников, а также средние значения объемов помощи.

Таблица 2. Частота передачи и получения и объемы материальных ресурсов из различных источников

| Источник | Полученные трансферты | | | Переданные трансферты | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|-----------------------|-----------------------------------|---|
| | число | % от всех передававших трансферты | среднее значение трансфертов (руб./год) | число | % от всех передававших трансферты | среднее значение трансфертов (руб./год) |
| Партнер | 64 | 0,8 | 16607 | 42 | 0,5 | 7758 |
| Мать респондента | 328 | 4,0 | 10548 | 206 | 2,5 | 5289 |
| Отец респондента | 131 | 1,6 | 11901 | 71 | 0,9 | 3914 |
| Мать партнера | 158 | 1,9 | 8655 | 66 | 0,8 | 4391 |
| Отец партнера | 50 | 0,6 | 10917 | 23 | 0,3 | 3143 |
| Сын респондента | 149 | 1,8 | 5897 | 327 | 4,0 | 8932 |
| Дочь респондента | 172 | 2,1 | 5177 | 392 | 4,7 | 7411 |
| Пасынок респондента | 4 | 0,0 | 2425 | 10 | 0,1 | 8063 |
| Падчерица респондента | 4 | 0,0 | 5767 | 11 | 0,1 | 11227 |
| Бабушка респондента | 42 | 0,5 | 11079 | 10 | 0,1 | 2411 |
| Дедушка респондента | 6 | 0,1 | 11100 | 10 | 0,1 | 3056 |
| Внучка респондента | 6 | 0,1 | 1600 | 145 | 1,8 | 2519 |
| Внук респондента | 1 | 0,0 | 800 | 166 | 2,0 | 2497 |
| Сестра респондента | 45 | 0,5 | 3751 | 81 | 1,0 | 2634 |
| Брат респондента | 37 | 0,4 | 4985 | 42 | 0,5 | 2567 |
| Другой родственник | 81 | 1,0 | 8032 | 126 | 1,5 | 3071 |
| Неродственник | 91 | 1,1 | 5284 | 107 | 1,3 | 3441 |
| Бывший партнер респондента | 10 | 0,1 | 12950 | 4 | 0,0 | 27000 |
| Другой человек | 27 | 0,3 | 7709 | 28 | 0,3 | 4917 |
| Организация | 44 | 0,5 | 6369 | 3 | 0,0 | 2833 |

Примечания. (1) Выборка — респонденты, у которых жив хотя бы один из родителей или есть хотя бы один ребенок, живущий отдельно; (2) серым фоном выделены ячейки с наибольшими значениями.

Данные *таблиц 2 и 3* показывают, что и по частоте получения, и по объему наиболее весомая роль принадлежит межпоколенным трансфертам¹⁰. При этом респонденты получают помощь, в основном, от родителей, а передают, главным образом, детям. Это свидетельствует о преимущественном распро-

¹⁰ Высокие значения объема трансфертов, переданных бывшим партнерам и полученных от них, могут быть обусловлены включением сюда имущества, которое разделяется при разводе, или помощи детям, которую оказывают бывшие партнеры.

Таблица 3. Частота передачи и получения материальных ресурсов из различных источников (укрупненные градации)

| Источник | Полученные трансферты | | Переданные трансферты | |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| | число | % от всех получавших трансферты | число | % от всех передававших трансферты |
| Партнер | 64 | 0,8 | 42 | 0,5 |
| Старшее поколение | 507 | 6,1 | 269 | 3,3 |
| Младшее поколение | 284 | 3,4 | 745 | 9,0 |
| Пр. родственники | 148 | 1,8 | 215 | 2,6 |
| Другие (неродственники и организации) | 164 | 2,0 | 138 | 1,7 |
| Всего домохозяйств | 8269 | | 8269 | |

Примечание. Выборка — респонденты, у которых жив хотя бы один из родителей или есть хотя бы один ребенок, живущий отдельно.

странении нисходящих материальных трансфертов, то есть от старших к младшим (табл. 3).

Что касается гендерных отличий, матери чаще, чем отцы получают помощь от детей, а дочери чаще, чем сыновья от родителей (табл. 2). Подобный результат уже встречался в прошлых исследованиях [Нао L., 1996]. В объемах трансфертов ситуация противоположная — и по гендеру, и по поколениям, однако различия в среднем небольшие (вероятно, они не будут значимы, если контролировать другие факторы).

Отметим, что, хотя большее распространение нисходящих трансфертов очевидно, показатели частоты и объема помощи в обратном направлении, по сравнению с обменом помощью с другими участниками (прочими родствен-

Таблица 4А. Типология участников обмена трансфертами

| Направления трансфертов | | Не получает от родителей | | Получает от родителей | |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| | | не передает родителям | передает родителям | не передает родителям | передает родителям |
| Не получает от детей | не передает детям | 7032 | 136 | 303 | 62 |
| | передает детям | 448 | 12 | 15 | 4 |
| Получает от детей | не передает детям | 172 | 3 | 2 | 1 |
| | передает детям | 71 | 5 | 2 | 1 |

Примечания. (1) Выборка — респонденты, у которых жив хотя бы один из родителей или есть хотя бы один ребенок, живущий отдельно; (2) фоном выделены ячейки, отражающие участие респондента в обмене: чем темнее фон, тем в большее количество межпоколенных обменов вовлечен респондент.

Таблица 4Б. Распределение домохозяйств по типам

| Количество «участий» в трансфертах по различным направлениям (фон)* | Сумма домохозяйств с такими характеристиками** | %. по столбцу |
|---|--|---------------|
| 0 | 7032 | 85,0% |
| 1 | 1059 | 12,8% |
| 2 | 165 | 2,0% |
| 3 | 12 | 0,1% |
| 4 | 1 | 0,0% |

Примечания. * — Показатель отражает участие респондента в межпоколенном обмене (от 0 — ничего не передает и не получает, до 4 — получает от детей и родителей и передает и детям, и родителям), чем темнее фон, тем в большее количество обменов вовлечен респондент; ** — столбец представляет собой сумму значений в ячейках соответствующего цвета (см. столбец 1) из табл. 4А.

никами и неродственниками), также значительны. Для того чтобы понять, передаются ли межпоколенные трансферты в обоих направлениях одновременно или они характерны для разных групп, была построена типология участников обмена ресурсами в зависимости от выполняемой в нем роли донорства, акцепторства или совмещения ролей (табл. 4А и 4Б).

Данные таблиц 4А и 4Б свидетельствуют о том, что совмещение ролей доноров и акцепторов довольно редки — 98% домохозяйств или не участвуют в обмене ресурсами вообще, или участвуют, выполняя только одну из ролей. Аналогичная типология, построенная на данных другого обследования — Российского мониторинга экономики и здоровья населения (РМЭЗ)¹¹, подтверждает эти результаты (табл. 5А и 5Б).

Таблица 5А. Типология участников обмена трансфертами (по данным РМЭЗ)

| Направления трансфертов | | Не получает от родителей | | Получает от родителей | |
|-------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------|
| | | не передает родителям | передает родителям | не передает родителям | передает родителям |
| Не получает от детей | не передает детям | 3026 | 157 | 669 | 70 |
| | передает детям | 418 | 43 | 22 | 6 |
| Получает от детей | не передает детям | 236 | 3 | 6 | 0 |
| | передает детям | 57 | 0 | 0 | 5 |

Примечания. (1) Выборка — респонденты, у которых жив хотя бы один из родителей или есть хотя бы один ребенок, живущий отдельно; (2) фоном выделены ячейки, отражающие участие респондента в обмене: чем темнее фон, тем в большее количество межпоколенных обменов вовлечен респондент

Таблица 5Б. Распределение домохозяйств по типам (по данным РМЭЗ)

| Количество «участий» в трансфертах по различным направлениям (фон)* | Сумма домохозяйств с такими характеристиками** | % по столбцу |
|---|--|--------------|
| 0 | 3026 | 64,1% |
| 1 | 1480 | 31,4% |
| 2 | 201 | 4,3% |
| 3 | 6 | 0,1% |
| 4 | 5 | 0,1% |

Примечания. * — Показатель отражает участие респондента в межпоколенном обмене (от 0 — ничего не передает и не получает, до 4 — получает от детей и родителей и передает и детям, и родителям), чем темнее фон, тем в большее количество обменов вовлечен респондент; ** — столбец представляет собой сумму значений в ячейках соответствующего цвета (см. столбец 1) из таблицы 5А.

Подведем промежуточные итоги. Исследование показало, что основное направление материальных межпоколенных частных трансфертов — от старшего поколения к младшему. Причем родители помогают детям не только чаще, но и больше (в денежном измерении). Женщины находятся в более выгодном положении: матери получают помощь чаще отцов, а дочери чаще сыновей. Домохозяйства крайне редко участвуют в межпоколенном обмене ресурсами более чем в одной роли, в большинстве случаев они являются или донорами, или акцепторами.

¹¹ В РМЭЗ материальные трансферты определялись в более широком смысле, чем в РидМиЖ, вследствие чего доля не участвующих в них оказалась ниже — 64,1% и 85% соответственно (табл. 5Б и 4Б).

4. МЕЖПОКОЛЕННЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ТРАНСФЕРТЫ: АНАЛИЗ РЕГРЕССИОННЫХ МОДЕЛЕЙ

Более сложные модели помогут выделить детерминанты межпоколенного обмена ресурсами, а также проанализировать во взаимосвязи передачу и получение помощи в различных направлениях (от младших к старшим и наоборот). По описанной выше методологии были построены шесть моделей: четыре — участия/неучастия и две модели «чистых» трансфертов. Что показали результаты моделирования?

Модели участия/неучастия

Первые две модели (табл. 6, 7) выявляют факторы, влияющие на вероятность того, что старшее поколение будет помогать младшему. Напомним, что первая из них позволит определить, прежде всего, характеристики представителей старшего поколения, которые помогают или не помогают младшему; а вторая — преимущественно характеристики младшего, которое получает или не получает помощь от старшего.

Передача ресурсов от старшего поколения младшему

Первый фактор, статистически значимо влияющий на вероятность оказания помощи родителями детям (табл. 6), — это уровень образования представителя старшего поколения. По сравнению с группой родителей, у которых нет среднего образования, другие группы с большей вероятностью будут помогать своим детям. Причем чем выше уровень образования родителя, тем больше вероятность передачи материальных ресурсов детям.

Если родители живут в сельской местности, вероятность того, что они будут помогать своим детям, увеличивается на 60%, по сравнению с тем случаем, когда родители живут в городе. Так как под материальными трансфертами мы понимаем не только деньги, но и вещи, продукты питания и пр., логично предположить, что именно эти виды помощи наиболее вероятны от родителей-селян. Ценность (в денежном измерении) таких трансфертов, переданных за раз, может быть небольшой, однако частота их передачи наверняка высокая.

Наличие партнера в домохозяйстве рассматриваемого родителя (по сравнению с ситуацией, когда партнер отсутствует) увеличивает вероятность оказания детям финансовой помощи; партнер же, живущий отдельно, влияния не оказывает. Понятно, что при наличии партнера общий доход семьи возрастает. Благодаря эффекту экономии на масштабе поддержание определенного уровня потребления для двух человек требует меньше средств, чем удвоенные затраты для одного человека. В результате высвобождаются дополнительные ресурсы, которые в том числе могут быть переданы детям.

Интересно, что вероятность оказания родителями помощи своим детям возрастает с ростом ориентации первых на помощь старшему поколению. Получается, что чем в большей степени люди в своих рассуждениях согласны с тем, что нужно помогать старшему поколению, тем больше в реальности они помогают младшему. Из этого можно сделать два вывода: либо старшее поколение пока помогает детям, но в будущем ожидает противоположной ситуации,¹² либо старшее поколение вынужденно оказывает детям помощь, считая, что все должно быть наоборот.

¹² Это может быть косвенным подтверждением модели долгосрочного обмена (модели страхования), согласно которой родители помогают детям, рассчитывая получить обратную поддержку в будущем.

Влияние среднедушевого дохода домохозяйства родителей на вероятность помощи детям оказалось предсказуемым. При росте дохода в два раза отношение вероятности того, что родители будут помогать детям, и того, что не будут, увеличивается на 87%. То есть, чем выше душевой доход представителей старшего поколения, тем более вероятно оказание материальной помощи младшему поколению.

Последний фактор (оказавшийся единственным значимым среди характеристик отношений респондента и его детей) — это частота встреч респондента со своими детьми (влияние не очень сильное, но все-таки есть). При увеличении частоты встреч на одну в год отношение вероятностей увеличивается на 0,1%. Более тесные контакты детей с родителями ведут также к большей материальной поддержке первых.

Таблица 6. Респондент передает/не передает ресурсы хотя бы одному из своих детей

| Название переменной (референтная группа — для номинальных переменных) | Объясняющие переменные | B | Exp (B) |
|---|--|-----------------|-----------------|
| Пол респондента (мужской) | женский | 0,090 | 1,095 |
| | | | |
| Возраст респондента (35–44) | 18–24 | –18,961 | 0,000 |
| | 25–34 | –0,791 | 0,454 |
| | 45+ | –0,135 | 0,874 |
| Образование респондента (нет среднего) | <i>среднее общее</i> | 0,457** | 1,579** |
| | <i>начальное профессиональное</i> | 0,510*** | 1,666*** |
| | <i>среднее профессиональное, незаконченное высшее</i> | 0,580*** | 1,787*** |
| | <i>высшее</i> | 0,601*** | 1,824*** |
| Тип населенного пункта (город) | <i>село</i> | 0,483*** | 1,621*** |
| | число детей респондента в возрасте 0–2 года | –18,712 | 0,000 |
| | число детей респондента в возрасте 3–13 лет | –0,170 | 0,844 |
| Наличие партнера у респондента (нет партнера) | партнер живет отдельно | –0,117 | 0,890 |
| | <i>партнер в домохозяйстве</i> | 0,291** | 1,337** |
| | индекс установок на помощь младшему поколению | –0,037 | 0,964 |
| | <i>индекс установок на помощь старшему поколению</i> | 0,042** | 1,043** |
| | <i>Lп дефлированного среднедушевого дохода домохозяйства респондента</i> | 0,627*** | 1,872*** |
| | минимальная дальность проживания респондента от его детей | 0,000 | 1,000 |
| | <i>максимальная частота встреч респондента с его детьми</i> | 0,001** | 1,001** |
| Возраст покидания ребенком респондента дома последнего (14–17) | 18–19 | 0,011 | 1,011 |
| | 20–23 | –0,051 | 0,950 |
| | 24 + | –0,069 | 0,934 |
| | (Constant) | –9,588 | 0,000 |

Примечание 1. Респонденты в возрасте 18–79 лет, у которых есть хотя бы один ребенок, проживающий отдельно.

Примечание 2. Значимые факторы выделены жирным курсивом. *** — значим на уровне 0,01, ** — значим на уровне 0,05, * — значим на уровне 0,1.

Таким образом, анализ рассмотренной модели показал, что с большей вероятностью своим детям будут помогать родители, обладающие высоким уровнем образования, проживающие в сельской местности, имеющие партнера, живущего в домохозяйстве, материально обеспеченные, ориентированные на помощь старшему поколению, а также часто встречающиеся со своими детьми.

Получение ресурсов младшим поколением от старшего

Какие факторы влияют на получение ребенком помощи от родителей (*табл. 7*)?

Предыдущая модель показала, что возраст родителей оказался не значим в предсказании вероятности передавать помощь детям. Здесь, напротив, получаем, что возраст ребенка является одним из определяющих факторов при передаче нисходящих (от старших к младшим) межпоколенных трансфертов. У представителей младшего поколения в возрасте 18–24 года отношение вероятности почти в 7 раз выше, чем у тех, кому от 35 до 44 лет. В сравнении с той же группой (35–44 года), у «детей» в возрасте 25–34 года это отношение вероятностей увеличивается в 1,8 раза. Таким образом, самые молодые наиболее часто получают материальную помощь от родителей, что согласуется с моделью жизненного цикла.

Влияние уровня образования аналогично предыдущей модели. Чем выше уровень образования детей, тем больше вероятность, что родители будут передавать им ресурсы. То есть нисходящие материальные трансферты встречаются тем чаще, чем выше уровень образования обеих сторон.

Интересно, что (по сравнению с горожанами) проживающие в сельской местности родители будут с большей вероятностью помогать своим детям, а проживающие в сельской местности дети будут с меньшей вероятностью получать помощь от родителей. К сожалению, в используемой базе есть информация о месте проживания или только родителей, или только детей (в зависимости от того, кем являлся респондент). Ввиду этого интерпретация полученных результатов неоднозначна. С одной стороны, возможно, сам факт проживания в сельской местности, будь то детей или родителей, снижает вероятность получения помощи и увеличивает — передачи помощи.¹³ С другой, наверняка немалую долю в помощи сельских жителей занимают продукты [Барсукова С. Ю., 2004]. Если это так, то те дети, которым помогают родители-селяне, вероятно, в большинстве своем живут в городской местности, то есть в какой-то степени нуждаются в продовольственной помощи. А у представителей младшего поколения селян, которым не помогают родители, сами живут в селе, и поэтому та помощь, которую они (родители) могут предоставить им, не является для детей дефицитной. Однако это лишь гипотеза, которая могла бы быть проверена при наличии данных о месте проживания представителей обоих поколений.

Исследование подтвердило: учащиеся дети чаще получают помощь от родителей, чем неучащиеся.

Отрицательно влияют на получение помощи от родителей наличие у ребенка братьев и сестер. Подобный результат подтверждает выводы, полученные в ранее проведенных исследованиях межпоколенных отношений [Синявская О. В., Гладникова Е. В., 2007, Régnier-Loilier A., 2006]. С ростом числа детей родители располагают объективно меньшими ресурсами для каждого из них.¹⁴

Партнер, проживающий и в домохозяйстве ребенка, и вне его, уменьшает отношение вероятности получения и неполучения ресурсов от родителей. Как наличие партнера у родителя увеличивает шансы того, что он будет помогать своим детям за счет высвобождения дополнительных средств (эффект экономии на масштабе), так и наличие партнера у представителя младшего поколения делает их более обеспеченными, что снижает потреб-

¹³ Аналогичные результаты были получены в предыдущих исследованиях, см. [Иванова Е. И., 2002].

¹⁴ С другой стороны, и ответственность каждого из детей за родителей снижается, что, вероятно, отражается и на восходящих трансфертах (от младших к старшим), однако это мы обсудим позже.

Таблица 7. Респондент получает/не получает ресурсы хотя бы от одного из своих родителей

| Название переменной (референтная группа — для номинальных переменных) | Объясняющие переменные | B | Exp (B) |
|---|--|------------------|-----------------|
| Пол респондента (мужской) | женский | 0,154 | 1,166 |
| Возраст респондента (35–44) | 18–24 | 1,940*** | 6,961*** |
| | 25–34 | 0,602*** | 1,826*** |
| | 45+ | -0,266 | 0,767 |
| Образование респондента (нет среднего) | среднее общее | 0,574* | 1,776* |
| | начальное профессиональное | 0,448 | 1,565 |
| | среднее профессиональное, незаконченное высшее | 0,793** | 2,210** |
| | высшее | 1,056*** | 2,874*** |
| Тип населенного пункта (город) | село | -0,438** | 0,645** |
| С кем жил респондент до 15 лет (с обоими родителями) | только с матерью | -0,276 | 0,759 |
| | другое (все, кроме обоих родителей и только матери) | 0,103 | 1,109 |
| Учится ли респондент в настоящее время (нет) | да | 0,648*** | 1,912*** |
| | число детей респондента в возрасте 0–2 года | -0,242 | 0,785 |
| | число детей респондента в возрасте 3–13 лет | 0,064 | 1,067 |
| | число живых братьев респондента | -0,178* | 0,837* |
| | число живых сестер респондента | -0,225** | 0,799** |
| Наличие партнера у респондента (нет партнера) | партнер живет отдельно | -0,415* | 0,660* |
| | партнер в домохозяйстве | -0,622*** | 0,537*** |
| | индекс установок на помощь младшему поколению | -0,047 | 0,954 |
| | индекс установок на помощь старшему поколению | 0,029 | 1,030 |
| | Ln дефлированного среднедушевого дохода домохозяйства респондента | -0,317*** | 0,728*** |
| | минимальная дальность проживания между респондентом и отцом/матерью | -0,0003** | 0,9997** |
| | максимальная частота встреч респондента с отцом/матерью | 0,000 | 1,000 |
| Живы оба родителя респондента/только один (только один) | оба | 0,540*** | 1,715*** |
| | 18–19 | 0,210 | 1,234 |
| Возраст покидания респондентом родительского дома (14–17) | 20–23 | 0,053 | 1,054 |
| | 24 + | 0,456** | 1,578** |
| | (Constant) | -0,352 | 0,703 |

Примечание 1. Респонденты в возрасте 18–79 лет, у которых есть хотя бы один живой родитель, а также проживающие отдельно от последних.

Примечание 2. Значимые факторы выделены жирным курсивом. *** — значим на уровне 0,01, ** — значим на уровне 0,05, * — значим на уровне 0,1.

ность в получении помощи от родителей. Этот же вывод подтверждается тем, что отношение вероятности получения и не получения помощи от старшего поколения больше у тех детей, у которых живы оба родителя, по сравнению с теми, у которых только один.

Чем выше душевой доход домохозяйства ребенка, тем меньше вероятность получения помощи от родителей. Это вполне соотносится с результатами о

влиянии доходов родителей. Следовательно, нисходящие трансферты согласуются с возможностями передающей стороны и потребностями получающей.

Дальность проживания детей от родителей оказалась статистически значимым параметром, однако его влияние очень мало.

Значимым оказалось позднее покидание детьми родительского дома (после 24 лет): по сравнению с теми, кто отделился от родителей в 14–17 лет, для них отношение вероятности получения и неполучения помощи в 1,5 раза больше. Позднее отделение детей от родителей способствует установлению более тесных контактов между ними, и возрастающая вероятность получать материальную помощь может быть одним из следствий этого.

Итак, дети с большей вероятностью получают материальную помощь от родителей, если они находятся в молодом возрасте, обладают высоким уровнем образования, обучаются, проживают в городе, имеют как можно меньше (или не имеют вообще) братьев и сестер, не имеют партнера, материально малообеспеченные, имеют обоих родителей и поздно отделились от них.

Передача ресурсов от младшего поколения старшему

Обратимся теперь к определению детерминант передачи восходящих трансфертов — от младших к старшим. Рассмотрим пару респондент и его родители, где первый является донором, а вторые акцепторами (табл. 8).

Как ни удивительно, но из всех рассматриваемых моделей эта оказалась единственной, в которой пол респондента является значимой переменной. Отношение вероятности того, что ребенок помогает своим родителям, к тому, что не помогает, у представителей младшего поколения, женщин, в 1,4 раза выше, чем у мужчин. Возможно, мужчины просто менее осведомлены об оказании помощи родителям как своим, так и партнерши. Хотя вероятно и то, что женщины действительно чаще помогают своим родителям. Об этом же свидетельствуют результаты другого российского исследования [Барсукова С. Ю., 2004].

Более высокий уровень образования ребенка способствует возникновению восходящих трансфертов (от младших к старшим). Вспомним, что и в отношении нисходящих трансфертов наблюдалась аналогичная ситуация.

Проживание в сельской местности понижает отношение шансов на 30%. Представители младшего поколения, живущие в сельской местности, с меньшей вероятностью будут не только получать помощь, но и передавать ее родителям. Ввиду отсутствия данных о типе поселения обеих сторон, возможно лишь строить предположения. Маловероятно, что у детей, живущих в селе, родители горожане (хотя обратная ситуация вполне возможна). Поэтому дети-селяне, в отличие от горожан, вряд ли обладают дефицитными для родителей-селян материальными ресурсами (большую часть которых составляют неденежные активы). Следовательно, трансферты родителям от детей, проживающих в сельской местности, менее вероятны, чем от горожан.

Учеба респондента уменьшает отношение шансов передачи и непередачи помощи родителям более чем на 50%. Этот фактор оказался значимым во всех моделях (он включался в те из них, где респондент выступал в роли ребенка).

Аналогичным образом влияет число собственных детей представителя младшего поколения на вероятность оказания помощи старшему. Каждый дополнительный ребенок респондента в возрасте до трех лет снижает вероятность помощи родителям на 45%. Заметим, что наличие детей от 3 до 14 лет значимого влияния не оказывает. Вследствие этого можно заключить, что только наличие маленьких детей является препятствием для материальной

Таблица 8. Респондент передает/не передает ресурсы хотя бы одному из своих родителей

| Название переменной (референтная группа — для номинальных переменных) | Объясняющие переменные | B | Exp (B) |
|---|--|------------------|-----------------|
| Пол респондента (мужской) | <i>женский</i> | 0,375** | 1,455** |
| Возраст респондента (35–44) | 18–24 | 0,422 | 1,525 |
| | 25–34 | 0,276 | 1,317 |
| | 45+ | -0,210 | 0,810 |
| Образование респондента (нет среднего) | среднее общее | 0,970 | 2,638 |
| | <i>начальное профессиональное</i> | 1,079* | 2,943* |
| | <i>среднее профессиональное, незаконченное высшее</i> | 1,018* | 2,767* |
| | <i>высшее</i> | 1,577*** | 4,841*** |
| Тип населенного пункта (город) | <i>село</i> | -0,360*** | 0,698*** |
| С кем жил респондент до 15 лет (с обоими родителями) | только с матерью | -0,393 | 0,675 |
| | другое (все, кроме обоих родителей и только матери) | -0,428 | 0,652 |
| Учится ли респондент в настоящее время (нет) | <i>да</i> | -0,703** | 0,495** |
| | <i>число детей респондента в возрасте 0–2 года</i> | - 0,596* | 0,551* |
| | число детей респондента в возрасте 3–13 лет | - 0,006 | 0,994 |
| | <i>число живых братьев респондента</i> | - 0,196* | 0,822* |
| | число живых сестер респондента | 0,045 | 1,046 |
| Наличие партнера у респондента (нет партнера) | партнер живет отдельно | 0,004 | 1,004 |
| | <i>партнер в домохозяйстве</i> | -0,412* | 0,663* |
| | индекс установок на помощь младшему поколению | 0,008 | 1,008 |
| | индекс установок на помощь старшему поколению | -0,034 | 0,967 |
| | <i>Lp дефлированного среднедушевого дохода домохозяйства респондента</i> | 0,542*** | 1,719*** |
| | минимальная дальность проживания между респондентом и отцом/матерью | 0,000 | 1,000 |
| | максимальная частота встреч респондента с отцом/матерью | 0,000 | 1,000 |
| Живы оба родителя респондента/только один (только один) | оба | 0,216 | 1,241 |
| Возраст покидания респондентом родительского дома (14–17) | 18–19 | -0,046 | 0,955 |
| | 20–23 | -0,679*** | 0,507*** |
| | 24 + | -0,075 | 0,928 |
| | (Constant) | -9,449 | 0,000 |

Примечание 1. Респонденты в возрасте 18–79 лет, у которых есть хотя бы один живой родитель, а также проживающие отдельно от последних.

Примечание 2. Значимые факторы выделены жирным курсивом. *** — значим на уровне 0,01, ** — значим на уровне 0,05, * — значим на уровне 0,1.

поддержки родителям. Это может быть связано как с высокими прямыми затратами на уход и воспитание маленьких детей, так и с более или менее продолжительным перерывом в трудовой карьере матери в связи с рождением ребенка.

Наличие братьев и сестер у респондента также уменьшает вероятность помощи родителям, но в меньшей степени (наличие каждого дополнительного брата или сестры уменьшает отношение вероятности на 18%). Это подтверждает ранее высказанное предположение о разделении ответственности

за родителей между братьями и сестрами (так же, как и внимания родителей между детьми).

Неожиданным оказалось то, что проживание партнера в домохозяйстве — при контроле других факторов — отрицательно влияет на вероятность оказания помощи родителям респондента. Известно, что после вступления в брак, официальный или неофициальный, отношения с родителями становятся менее интенсивными, так как часть внимания переключается на партнера. Вероятно, это отражается также и на оказании родителям материальной помощи. Вполне возможно, что при вступлении в партнерский союз помощь чаще оказывается менее обеспеченным родителям, каковыми могут оказаться родители партнера, о которых в обследовании нет данных, и трансферты которым мы не учитывали.

Среднедушевой доход домохозяйства оказывает отрицательное влияние: увеличение дохода в два раза ведет к росту отношения вероятностей более чем на 70%. Соответственно, возможности оказания помощи соотносятся с реальной передачей ресурсов родителям.

Последний фактор, оказавшийся значимым, — уход из родительского дома в возрасте 20–23 года. Вероятность помощи родителям в этой группе на 50% ниже, чем у тех, кто отделился от родителей в 14–17 лет. Без проведения дополнительных исследований данное влияние сложно каким-либо образом интерпретировать (возможно, требуется другая группировка возраста отделившихся от родителей, которая позволит выявить пока скрытый эффект)¹⁵.

Таким образом, дети с большей вероятностью помогают родителям, если они обладают следующими характеристиками: являются женщинами, обладают высоким уровнем образования, проживают в городской местности, обучаются, имеют детей до трех лет, не имеют братьев, сестер и партнера, проживающего в домохозяйстве, а также материально обеспечены.

Получение ресурсов старшим поколением от младшего

Что влияет на вероятность получения помощи от детей (табл. 9)?

Прежде всего, возраст. Для родителей старше 45 лет (по сравнению с возрастной группой 35–44 года) отношение вероятности получения помощи от детей к вероятности ее неполучения в 2 раза больше. То есть, родители старшего возраста чаще становятся реципиентами материальной помощи от детей, что подтверждает справедливость теории жизненного цикла. Закончив активную трудовую карьеру, родители нуждаются в дополнительной помощи, которая поступает в виде государственных (пенсии, пособия и пр.) и частных трансфертов (помощь от детей).

Так же, как и в предыдущих случаях, значимым оказался уровень образования: представители старшего поколения с высшим образованием чаще получают помощь от детей. Все четыре рассмотренные модели показали, что уровень образования и детей, и родителей положительно влияет на межпоколенные трансферты в обоих направлениях.

Если у одного из родителей в домохозяйстве есть партнер (не важно, каково его родственное отношение к респонденту), отношение вероятностей снижается почти на 30%. Вероятно, наличие партнера за счет эффекта экономии на масштабе уменьшает потребность в помощи от детей. Однако же доход домохозяйства родителей сам по себе оказался незначим, тогда как, согласно предыдущей модели, уровень дохода детей положительно влияет на восходящие трансферты. Следовательно, то, будет ли младшее поколение

¹⁵ Мы планируем обратиться к изучению данного вопроса в будущих работах.

помогать старшему, зависит, скорее, не от потребностей последнего, а от возможностей первого.

Последний значимый фактор — это индекс ценностей родителя. Чем в большей степени человек считает, что помощь должна оказываться старшему поколению, тем больше вероятность того, что он будет получать помощь от своих детей. Сложно утверждать, что в данном случае является причиной, а что следствием: возможно, старшее поколение, получая помощь от младшего, начинает считать, что так и должно быть; возможно, мнение родителей о необходимости поддержки от детей приводит к тому, что последние действительно начинают ее оказывать, однако очевидно, что связь есть.

Таблица 9. Респондент получает/не получает ресурсы хотя бы от одного из своих детей

| Название переменной (референтная группа — для номинальных переменных) | Объясняющие переменные | B | Exp (B) |
|---|---|-----------------|----------------|
| Пол респондента (мужской) | женский | 0,637 | 1,891 |
| | | | |
| Возраст респондента (35–44) | 18–24 | –17,264 | 0,000 |
| | 25–34 | –17,068 | 0,000 |
| | 45+ | 0,718** | 2,050** |
| Образование респондента (нет среднего) | среднее общее | –0,093 | 0,911 |
| | начальное профессиональное | 0,142 | 1,153 |
| | среднее профессиональное, незаконченное высшее | 0,177 | 1,194 |
| | высшее | 0,557** | 1,745** |
| Тип населенного пункта (город) | село | –0,145 | 0,865 |
| | | | |
| | число детей респондента в возрасте 0–2 года | –16,756 | 0,000 |
| | число детей респондента в возрасте 3–13 лет | 0,017 | 1,017 |
| Наличие партнера у респондента (нет партнера) | партнер живет отдельно | –0,209 | 0,811 |
| | партнер в домохозяйстве | –0,310** | 0,733** |
| | индекс установок на помощь младшему поколению | –0,005 | 0,995 |
| | индекс установок на помощь старшему поколению | 0,058** | 1,060** |
| | Lp дефлированного среднедушевого дохода домохозяйства респондента | –0,128 | 0,880 |
| | Минимальная дальность проживания респондента от своих детей | 0,000 | 1,000 |
| | Максимальная частота встреч респондента со своими детьми | 0,000 | 1,000 |
| Возраст покидания ребенком респондента дома последнего (14–17) | 18–19 | 0,058 | 1,059 |
| | 20–23 | –0,046 | 0,955 |
| | 24 + | –0,043 | 0,958 |
| | (Constant) | –3,885 | 0,021 |

Примечание 1. Респонденты в возрасте 18–79 лет, у которых есть хотя бы один ребенок, проживающий отдельно.

Примечание 2. Значимые факторы выделены жирным курсивом. *** — значим на уровне 0,01, ** — значим на уровне 0,05, * — значим на уровне 0,1.

Итак, дети наиболее вероятно будут помогать родителям, если последние старше 45 лет, обладают средним профессиональным или незаконченным высшим образованием, считают необходимой помощь старшему поколению, а также имеют партнера, живущего в домохозяйстве.

Модели «чистых» трансфертов

Изучив детерминанты участия или неучастия домохозяйств в межпоколенном обмене ресурсами, попробуем понять, что же влияет на размер этих трансфертов. Для этого введем понятие «чистых» трансфертов как разность между полученными и переданными ресурсами, или сальдо межпоколенных трансфертов.

В *таблицах 10 и 11* представлены результаты построения регрессионных моделей «чистых» трансфертов. Аналогично ранее представленным моделям, здесь рассматриваются два среза межпоколенных отношений, однако одновременно учитываются случаи и передачи, и получения помощи.

«Чистые» трансферты (разность ресурсов, полученных от младшего поколения и переданных ему)

Начнем с первой модели, в которой анализируется влияние различных факторов на величину «чистых» материальных трансфертов в обмене между респондентами и их детьми (*табл. 10*).

Согласно теории жизненного цикла, человек, достигнув среднего возраста, начинает помогать своим родителям, тогда как на более ранних и более поздних ступенях он выступает получателем помощи (от родителей или от детей). Действительно, наши результаты подтверждают, что после 45 лет (по сравнению с возрастной группой 35–44 года) родители получают большую материальную помощь от детей или отдают меньшую. В целом, чем старше родители, тем старше у них дети. Следовательно, дети среднего возраста (у родителей старше 45 лет) помогают своим родителям в большей степени, чем более молодые (у родителей 35–44 лет).

Тип населенного пункта влияет не только на факт передачи и получения ресурсов, но и на их размер. У родителей, живущих в сельской местности, сальдо межпоколенных трансфертов меньше, чем у родителей-горожан. Это может означать, что первые или передают своим детям меньшие по объему трансферты, или получают большие. Сравнение средних значений «чистых» трансфертов показало, что для обеих категорий средние значения сальдо отрицательные. Следовательно, в среднем дети получают от родителей-горожан меньшую помощь, чем от селян.

Если у родителя есть партнер, проживающий в домохозяйстве, то сальдо межпоколенных трансфертов уменьшается (по сравнению с ситуацией, когда партнера нет). Опять же это может означать или оказание большей помощи детям, или принятие меньшей. Сравнение средних размеров «чистых трансфертов» показывает, что сальдо в среднем является отрицательным, следовательно, верно первое предположение.

Этот вывод также подтверждается тем, что доход домохозяйства родителей, включенный в модель напрямую, влияет аналогичным образом — при его росте сальдо снижается. То есть, чем родители обеспеченнее, тем большие трансферты они передают детям.

Интересно, что среди значимых факторов нет ни одной характеристики взаимоотношений поколений, таких как частота встреч, дальность проживания друг от друга, возраст ухода ребенка из родительского дома. Вероятно, эти показатели играют роль лишь в определении того, будет ли иметь место обмен материальной помощью между детьми и родителями, тогда как объем этой помощи определяется иными характеристиками, рассмотренными выше (в основном, доходом).

Таблица 10. «Чистые» трансферты, то есть разность между ресурсами, полученными респондентом от детей и переданными детям

| Название переменной (референтная группа — для номинальных переменных) | Объясняющие переменные | Unstandardized Coefficient | Standardized Coefficient |
|---|--|----------------------------|--------------------------|
| | | B | Beta |
| | (Constant) | 75651,491 | |
| Пол респондента (мужской) | женский | 130,910 | 0,004 |
| Возраст респондента (35–44) | 25–34 | 7056,326 | 0,034 |
| | 45+ | 6598,291* | 0,117* |
| Образование респондента (нет среднего) | среднее общее | –1955,109 | –0,035 |
| | начальное профессиональное | 278,301 | 0,006 |
| | среднее профессиональное, незаконченное высшее | –1204,553 | –0,036 |
| | высшее | –952,329 | –0,025 |
| Тип населенного пункта (город) | село | –2981,532* | –0,090* |
| | число детей респондента в возрасте 3–13 лет | –2050,058 | –0,027 |
| Наличие партнера у респондента (нет партнера) | партнер живет отдельно | –2160,372 | –0,028 |
| | партнер в домохозяйстве | –5593,243* | –0,168* |
| | индекс установок на помощь младшему поколению | 198,860 | 0,022 |
| | индекс установок на помощь старшему поколению | –172,479 | –0,028 |
| | Lp дефлированного среднедушевого дохода домохозяйства респондента | –7806,858* | –0,320* |
| | Минимальная дальность проживания респондента от его детей | 1,270 | 0,054 |
| | Максимальная частота встреч респондента с его детьми | 3,685 | 0,032 |
| Возраст покидания ребенком респондента дома последнего (14–17) | 18–19 | –524,984 | –0,014 |
| | 20–23 | 529,923 | 0,015 |
| | 24 + | –504,877 | –0,013 |

Примечание 1. Респонденты в возрасте 18–79 лет, у которых есть хотя бы один ребенок, проживающий отдельно.

Примечание 2. Значимые факторы выделены жирным курсивом. *** — значим на уровне 0,01, ** — значим на уровне 0,05, * — значим на уровне 0,1.

«Чистые» трансферты (разность ресурсов, полученных от старшего поколения и переданных ему)

Обратимся к ситуации, когда респондент выступает в роли ребенка (табл. 11). Здесь зависимая переменная представляет собой сальдо переданных от детей родителям ресурсов и полученных детьми от родителей.

В возрастной группе представителей младшего поколения от 18 до 24 лет, по сравнению с группой 35–44 лет, сальдо межпоколенных трансфертов увеличивается. Поскольку вплоть до возраста 50 лет оно принимает положительные значения, можно сделать вывод, что в молодом возрасте (18–24) «дети» получают большую помощь, чем в среднем.

Учеба увеличивает сальдо межпокольных трансфертов: учащийся ребенок получает большую помощь. Контроль переменной возраста доказывает, что издержки на получение образования детьми любого возраста (в той или иной степени) несут родители, поддерживая их финансово.

Чем больше сестер имеет респондент, тем меньше сальдо, то есть тем меньшую помощь получает респондент от родителей. При рассмотрении

Таблица 11. «Чистые» трансферты, то есть разность между ресурсами, полученными респондентом от родителей и переданными родителям

| Название переменной (референтная группа — для номинальных переменных) | Объясняющие переменные | Unstandardized Coefficient | Standardized Coefficient |
|---|--|----------------------------|--------------------------|
| | | B | Beta |
| | (Constant) | 40 150,436 | |
| Пол респондента (мужской) | женский | 265,683 | 0,007 |
| | 18–24 | 9331,997* | 0,260* |
| Возраст респондента (35–44) | 25–34 | 406,158 | 0,011 |
| | 45+ | 350,315 | 0,007 |
| Образование респондента (нет среднего) | среднее общее | –669,267 | –0,014 |
| | начальное профессиональное | –277,742 | –0,006 |
| | среднее профессиональное, незаконченное высшее | –1312,761 | –0,038 |
| | высшее | –1470,888 | –0,040 |
| Тип населенного пункта (город) | село | –2250,470 | –0,054 |
| С кем жил респондент до 15 лет (с обоими родителями) | только с матерью | –116,817 | –0,002 |
| | другое (все, кроме обоих родителей и только матери) | 2786,045 | 0,032 |
| Учится ли респондент в настоящее время (нет) | да | 8692,340* | 0,213* |
| | число детей респондента в возрасте 0–2 года | –165,468 | –0,003 |
| | число детей респондента в возрасте 3–13 лет | 852,134 | 0,032 |
| | число живых братьев респондента | –1371,685 | –0,059 |
| | число живых сестер респондента | –2038,600** | –0,092** |
| Нет партнера | П живет отдельно (наличие партнера) | –401,199 | –0,009 |
| | П в дх (наличие партнера) | 153,646 | 0,004 |
| | индекс установок на помощь младшему поколению | –32,274 | –0,004 |
| | индекс установок на помощь старшему поколению | –132,562 | –0,020 |
| | Ln дефлированного среднедушевого дохода домохозяйства респондента | –3594,734* | –0,206* |
| | минимальная дальность проживания между респондентом и отцом/матерью | 0,590 | 0,020 |
| | максимальная частота встреч респондента с отцом/матерью | –5,203 | –0,040 |
| Живы оба родителя респондента/только один (только один) | оба | 708,724 | 0,020 |
| Возраст покидания респондентом родительского дома (14–17) | 18–19 | 2252,262 | 0,058 |
| | 20–23 | 704,490 | 0,018 |
| | 24 + | 2330,935 | 0,048 |

Примечание 1. Респонденты в возрасте 18–79 лет, у которых есть хотя бы один живой родитель, а также проживающие отдельно от последних.

Примечание 2. Значимые факторы выделены жирным курсивом. *** — значим на уровне 0,01, ** — значим на уровне 0,05, * — значим на уровне 0,1.

вероятности получения помощи от родителей (табл. 7) значимое влияние оказывали и число братьев, и число сестер. То, почему на размер трансфертов влияет только последний параметр, требует отдельного изучения. Мы можем лишь предположить, что сыновья более самостоятельны, имеют более высокий доход, вследствие чего получают меньшую помощь.

Последняя переменная — это доход домохозяйства представителя младшего поколения. С его ростом сальдо межпоколенных трансфертов уменьшается. Чем обеспеченнее ребенок, тем меньшую помощь он получает от родителей (или тем большую оказывает им). Эта логика прослеживается во всех шести моделях — и среди родителей, и среди детей обладающие большими ресурсами чаще и больше помогают, а менее нуждающиеся чаще и больше получают.

5. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ. ОБЩИЕ ВЫВОДЫ

Поскольку ряд факторов оказался значимым в нескольких моделях, сравнение направлений влияния в каждом из случаев позволит выйти на некие общие выводы.

Пол респондента. Влияние пола проявилось только в одной из моделей, предсказывающей вероятность передачи помощи родителям. Отношение вероятности передачи и непередачи материальной помощи родителям от дочерей почти в 1,5 раза больше, чем от сыновей. Подобные гендерные различия подтверждают данные других западных и российских эмпирических исследований [Денисенко М. Б. 1999, Нао L., 1996].

Возраст респондента. Анализ показал, что, по сравнению с людьми в среднем возрасте (35–44 года), молодые получают помощь чаще и большие по объему (особенно видны различия для молодых людей до 25 лет). Хотя сравнение средних значений «чистых» трансфертов показывает, что даже в самом старшем возрасте в среднем люди по-прежнему передают большие ресурсы, чем получают, частота передачи тем не менее снижается, а частота получения повышается, и объемы «чистых» трансфертов растут. Строго говоря, это не соответствует модели жизненного цикла в ее классическом представлении, так как пожилые чаще остаются донорами, хотя и менее активными, чем в среднем возрасте.¹⁶ Скорее, мы видим подтверждение модели жизненного цикла, согласно которой каждое следующее поколение помогает предыдущему. Однако в целом зависимость межпоколенных трансфертов от стадии жизненного цикла U-образная: в молодом возрасте люди чаще исполняют роль акцепторов, в среднем она сменяется на роль доноров, а в пожилом снова происходит смена ролей, но не абсолютная — донорство перестает быть активным, а акцепторство вновь становится более распространенным.

Из этого следует важный вывод о том, что основным источником помощи пожилым людям является не межпоколенная поддержка, а внешние ресурсы — пенсии, доход от трудовой деятельности (если пенсионер занят) и пр. Напротив, молодые люди получают значительные ресурсы по межпоколенным каналам, даже после отделения от родителей. Таким образом, в России семейные контакты по-прежнему распространены, по крайней мере, в виде материальной поддержки родителями взрослых детей. Возможно, в обратном направлении передается трудовая помощь, что обеспечивает своего рода межпоколенный баланс, однако этот вопрос в данном исследовании не затрагивался.

Уровень образования. Уровень образования положительно связан с вовлеченностью в межпоколенный обмен финансовыми ресурсами, причем

¹⁶ Пожилые люди чаще всего являются донорами в возрасте 55–65 лет, когда многие из них все еще работают и уже получают пенсию. В это время их дети находятся еще на ранних стадиях жизненного цикла: имеют небольшой или средний доход, а также собственных маленьких детей. Таким образом, складывается временная ситуация, когда родители оказываются в более выгодном положении и потому помогают детям.

независимо от их направления. Чем выше образование детей, тем с большей вероятностью они будут материально помогать своим родителям, а также получать помощь от них. Однако родители с высоким образованием более вероятно будут передавать ресурсы своим детям, тогда как на вероятность получения помощи данный показатель не влияет.

Данные результаты свидетельствуют о том, что родители чаще поддерживают детей, обладающих большим человеческим капиталом. Возможно, это происходит так потому, что от этих детей они также получают большую помощь в ответ (вероятно, спустя время). Кроме того, родители, помогающие детям, сами более образованные, а это значит, что обладающие высоким человеческим капиталом люди стимулируют представителей последующих поколений также приобретать этот ресурс.

Тип населенного пункта. Однозначно выявить влияние данного фактора не удалось, ввиду отсутствия информации о населенных пунктах представителей обоих поколений. Однако сравнение результатов нескольких моделей, а также результаты предыдущих исследований¹⁷ позволяют сделать некоторые предположения. Родители, проживающие в сельской местности, помогают своим детям чаще, чем родители-горожане, однако различий в вероятности получения помощи от детей по данному параметру не наблюдается. Дети же, живущие в сельской местности, реже и передают ресурсы родителям, и получают от них. Мы предполагаем, что полученные результаты объясняются тем, что в большинстве случаев их родители также живут в селе (случаи переезда взрослых детей от родителей-горожан в села редки). Следовательно, по сравнению с детьми-горожанами (у которых родители могут проживать как в городе, так и в селе), дети-селяне в меньшей степени обладают дефицитными ресурсами, которые могли бы передать родителям (предположительно селянам), так же как и с меньшей вероятностью могут последние помочь им. Если эти предположения верны, можно сделать вывод о том, что материальные потоки (значительную часть которых, скорее всего, составляют продукты собственного производства) направлены из села в город, если живут в селе только родители.

Обучение. Ситуация, когда ребенок учится, повышает отношение шансов получения и неполучения помощи от родителей почти в два раза, а отношение передачи и непередачи помощи родителям уменьшает почти в два раза. Аналогичное влияние данный фактор оказывает и на величину «чистых» трансфертов в обмене с родителями. Таким образом, даже после отделения детей от родителей последние продолжают инвестировать в человеческий капитал первых. Это также согласуется с данными о передаче ресурсов детям с высоким уровнем образования.

Наличие партнера. Наличие партнера у родителя увеличивает вероятность передачи ресурсов детям и уменьшает вероятность получения помощи от них. Подобный результат кажется логичным, если трактовать наличие партнера как косвенную характеристику благосостояния домохозяйства родителей (которое возрастает). Кроме того, родительская семья, состоящая из двух человек, более эмоционально устойчива и, соответственно, нуждается в меньшей поддержке — и материальной, и эмоциональной, и трудовой. Такая семья имеет больше возможностей сама помогать детям.

Наличие же партнера у детей уменьшает вероятность как получения ресурсов от старшего поколения, так и передачи помощи ему. Мы предпола-

¹⁷ Например, [Иванова Е. И., 2002]

гаем, что причиной этого являются несколько иные обстоятельства, нежели материальное благосостояние. После вступления детей в партнерский союз их связь с родителями ослабевает.¹⁸

Наличие детей. Наличие собственных детей в возрасте моложе трех лет у представителей младшего поколения отрицательно действует на передачу ими ресурсов своим родителям. Однако значимого влияния данного параметра на получение материальной помощи обнаружено не было. Вероятно, при наличии маленьких детей родители скорее оказывают трудовую помощь (по хозяйству, по уходу и воспитанию детей¹⁹).

Наличие братьев и сестер. Если у человека есть братья или сестры, он с меньшей вероятностью получает помощь от своих родителей, так как в этом случае ресурсы, которыми располагают последние для каждого из своих детей, уменьшаются. Однако на оказание материальной помощи родителям влияет только наличие братьев. Вероятно, разделение ответственности за материальную обеспеченность родителей несут сыновья, тогда как дочери, скорее, помогают оказанием трудовой помощи.²⁰

Доход. Доход оказался значимым во всех моделях, кроме одной — получение помощи от детей. По сравнению с менее обеспеченными детьми, более обеспеченные передают родителям большие трансферты и чаще, а получают от них меньшие и реже. Родители же передают ресурсы детям чаще и большие, если их доход высокий, однако на получение помощи от детей уровень дохода не влияет.²¹ Таким образом, при передаче нисходящих трансфертов представители старшего поколения ориентируются на свои возможности и потребности детей, а при передаче восходящих трансфертов дети ориентируются лишь на свои возможности, не принимая во внимание нужды родителей.

6. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В современной России распространена система частной межпоколенной поддержки, при которой в основном каждое последующее поколение передает материальную помощь предыдущему. Эта помощь имеет избирательный характер: чаще она оказывается наиболее нуждающимся реципиентам, обладающим высоким уровнем образования, обучающимся в учебных заведениях, не имеющим партнеров, проживающим в городской местности и пр.

Обратная же помощь от детей к родителям встречается гораздо реже и слабо зависит от материальных нужд принимающей стороны. Определяющими здесь являются такие параметры представителей старшего поколения, как пожилой возраст, отсутствие партнера и наличие высшего образования (высокий уровень социального капитала).

Нельзя сказать однозначно, чем обусловлено то, что даже в пожилом возрасте родители продолжают оставаться донорами по отношению к детям. Маловероятно, что причиной являются высокие доходы первых. Скорее, это объясняется вынужденными трансфертами в пользу детей (в том числе в силу

¹⁸ По данным исследования, это чаще всего происходит в первый год после отделения от родителей, см. [Синявская О. В., Гладникова Е. В., 2007].

¹⁹ Особенно важную роль играют бабушки, см. [Краснова О., 1999].

²⁰ Аналогичные результаты получились в исследовании межпоколенных трансфертов в Тайване, см. [Lee Y., Parish W., Willis R., 1994].

²¹ Возможно, отсутствие влияния дохода родителей на вероятность передачи им трансфертов от детей объясняется тем, что доходы пожилых, как правило, мало дифференцированы (так как пенсии, являющиеся основным источником дохода, имеют небольшой разброс среди разных групп пенсионеров).

того, что доходы детей еще ниже, чем родительские) или же устоявшимися культурными нормами в нашей стране, которые предполагают, что помощь должна оказываться детям.²² Для выявления причин подобной ситуации потребовалось бы самостоятельное исследование.

Однако то, что на сегодняшний день преимущественное направление межпоколенной поддержки именно нисходящее, необходимо учитывать при проведении социальной политики, в частности при реформировании пенсионной системы. Даже существенное повышение размера пенсии может привести лишь к незначительному росту благосостояния пожилых за счет передачи части средств в виде трансфертов младшему поколению. Напротив, программы улучшения условий жизнедеятельности молодых людей могут привести и к росту доходов их родителей за счет уменьшения нисходящих трансфертов. Еще более вероятно, что к аналогичным последствиям приведет политика улучшения параметров занятости среди молодежи (снижение уровня безработицы, расширение возможностей трудоустройства на «хорошие» рабочие места и пр.), которая позволит представителям молодого поколения быть материально менее зависимыми от родителей. Приведенные примеры — всего лишь гипотезы, однако они свидетельствуют о наличии связанных с частными межпоколенными трансфертами косвенных эффектов государственных социально-экономических программ.

ЛИТЕРАТУРА

- Барсукова, С. Ю.* Нерыночные обмены между российскими домохозяйствами: теория и практика реципрокности/ С. Ю. Барсукова// Препринт WP4/2004/02. Серия WP4. Социология рынков. — М.: ГУ-ВШЭ. 2004.
- Голофаст, В. Б.* Семья в крупном городе/ В. Б. Голофаст// Социология семьи. Статьи разных лет./ Под ред. О. Б. Божкова — Спб.: Алетейя. 2006. С. 17–236.
- Градосельская, Г. В.* Социальные сети: обмен частными трансфертами/ Г. В. Градосельская// Социологический журнал. 1999. № 1/2. С. 156–163.
- Денисенко, М. Б.* Благосостояние и трансферты пожилых людей в городах России (по материалам обследований в Нижнем Новгороде, Орле и Твери)/ М. Б. Денисенко// Демографические и социально-экономические аспекты старения населения: Вторые Валентеевские чтения: В 2 кн., кн.1: Москва, МГУ, 18–19 нояб. 1999: Тез. докл./ Науч. ред. В. М. Моисеенко — М.: Диалог-МГУ, 1999. С. 150–161.
- Иванова, Е. И.* Межпоколенные трансферты и их роль в решении социальных проблем пожилых людей в сельской местности. The Fifth International Conference on «Public Sector Transition». Association for Studies in Public Economics. 24–25 May 2002, St. Petersburg. [online]/ Е. И. Иванова// URL: <http://www.aspe.spb.ru/Papers/24_6.pdf>
- Краснова, О. Е.* Роль пожилых людей в семье и обществе/ О. Е. Краснова// Демографические и социально-экономические аспекты старения населения: Вторые Валентеевские чтения: В 2 кн., кн.1: Москва, МГУ, 18–19 нояб. 1999: Тез. докл./ Науч. ред. В. М. Моисеенко. — М.: Диалог-МГУ, 1999. С.189–202.
- Лылова, О. В.* Неформальная взаимопомощь в сельском сообществе// Социологические исследования/ О. В. Лылова// 2002. № 2. С. 83–86.
- Синявская, О. В.* Взрослые дети и их родители: интенсивность контактов/ О. В. Синявская, Е. В. Гладникова// Демоскоп Weekly. 30 апреля — 20 мая 2007. № 287–288 [online]// URL: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0287/s_map.php#1>
- Фадеева, О.* Межсемейная сеть: механизмы взаимоподдержки в российском селе/ О. П. Фадеева // Неформальная экономика: Россия и мир. Под ред. Т. Шанина. — М.: Логос, 1999. С. 183–218.

²² Об этом свидетельствует, например, тот факт, что возрастные границы понятий «ребенок», «молодой человек» в России лежат в гораздо старшем возрасте, по сравнению со странами Западной Европы и США.

- Attias-Donfut, C.* European Patterns of Intergenerational Financial and Time Transfers/ C. Attias-Donfut, J. Ogg, F. Wolff// 2005. [online] URL: <http://www.sc-eco.univ-nantes.fr/~fcwolff/wolff/eja_H_20.pdf>
- Cheal, D.* Intergenerational Family Transfers/ D. Cheal// Journal of Marriage and the Family. 1983. Vol. 45. N. 4. P. 805–813. [online] URL: <www.jstor.org>
- Couch, K.* Time? Money? Both? The Allocation of Recourses to Older Parents/ K. Couch, M. Daly, D. Wolf// Demography. 1999. Vol. 36. N. 2. P. 219–232. [online] URL: <www.jstor.org>
- Cox, D.* Inter-Vivos Transfers and Intergenerational Exchange/ D. Cox, M. Rank// The Review of Economics and Statistics. 1992. Vol. 74. N. 2. P. 305–314. [online] URL: <www.jstor.org>
- Hao, L.* Family Structure, Private Transfers, and the Economic Well-Being of Families with Children/ L. Hao// Social Forces. 1996. Vol. 75. N. 1. P. 269–292. [online] URL: <www.jstor.org>
- Kuhn, R.* Understanding Interhousehold Transfers in a Transition Economy: Evidence from Russia/ R. Kuhn, S. Stillman// Institute of Behavioral Science. Population Aging Center. Working Paper PAC 2002–0003. August 2002.
- LaFerrere, A.* Microeconomic Models of Family Transfers/ A. LaFerrere, F. Wolff// Version 2.3 for chapter 11, Handbook on the Economic on Giving, Reciprocity and Altruism, S. C. Kolm and J. Mecier-Ytier (ed), NorthHolland 2006. [online] URL: <<http://www.sc-eco.univ-nantes.fr/~fcwolff/wolff/chapt11.pdf>>
- Lee, Y.* Sons, Daughters, and Intergenerational Support in Taiwan/ Y. Lee, W. Parish, R. Willis// The American Journal of Sociology. 1994. Vol. 99. N. 4. P. 1010–1041. [online] URL: <www.jstor.org>
- Lillydahl, J.* The Scope of the Grants Economy and the Income Distribution: An Examination of Intergenerational Transfers of Income/ J. Lillydahl, L. Signell// American Journal of Economics and Sociology. 1982. Vol. 41. N. 2. P. 125–139. [online] URL: <www.jstor.org>
- McGarry, K.* Transfer Behavior in the Health and Retirement Study: Measurement and the Redistribution of Recourses within the Family/ K. McGarry, R. Schoeni// the Journal of Human Resources. 1995. Vol. 30. N. 0. P. S184-S226 [online] URL: <www.jstor.org>
- Rgnier-Loilier, A.* How Often Do Adult Children See Their Parents?/ A. Régnier-Loilier// Population & Societies. 2006. N. 427, October. [online] URL: <http://www.ined.fr/en/resources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1211/>
- Rosenzweig M.,* Intergenerational Support and the Life-Cycle Incomes of Young Men and Their Parents: Human Capital Investments, Coresidence, and Intergenerational Financial Transfers/ M. Rosenzweig, K. Wolpin// Journal of Labor Economics. 1993. Vol. 11. N. 1. Part 1: Essays in Honor of Jacob Mincer. P. 84–112. [online] URL: <www.jstor.org>
- Rosenzweig, M.* Parental and Public Transfers to Young Women and Their Children/ M. Rosenzweig, K. Wolpin// The American Economic Review. 1994. Vol. 84. N. 5. P. 1195–1212. [online] URL: <www.jstor.org>
- Streib, G.* Family Patterns in Retirement/ G. Streib// Journal of Social Issues. 1958. Spring. N. 14. P. 46–60. [online] URL: <www.jstor.org>
- Wolff, F.* Do parents Help More Their Less Well-off Children? Evidence from a Sample of Migrants to France/ F. Wolff, S. Spilerman, C. Attias-Donfut// 2005. [online] URL: <<http://www.sc-eco.univ-nantes.fr/~fcwolff/wolff/unequal-0305.pdf>>

КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ИНДИИ: СМЕНА ЦЕННОСТЕЙ И ОРИЕНТИРОВ¹

Рама В. Бару², Центр медицинского обслуживания и общественного здоровья,
Университет Джавахарлала Неру, Нью-Дели
Перевод **В. Танина** под науч. ред. **С.В. Шишкина**

В данной работе рассматриваются последствия коммерциализации медицинских услуг в отношении ценностей и устремлений врачей, работающих в государственных больницах Индии. На основе подробных интервью с вышедшими в отставку врачами государственных медицинских учреждений описывается сложная взаимосвязь между распространением коммерческих медицинских услуг, изменениями в государственном секторе и в экономике и обществе Индии в целом за последние четыре десятилетия. В фокусе внимания взаимозависимость элементов социально-экономического развития и ее воздействие на организационную культуру, а также влияние на ценности, стандарты и устремления врачей. Вначале на основе имеющихся исследований читателю предлагается характеристика структуры и основных черт смешанной экономики в здравоохранении Индии. В этом контексте далее проводится анализ степени и природы перемен в ценностях и устремлениях врачей государственных больниц.

1. СТРУКТУРА И ХАРАКТЕРИСТИКИ ПЛАТНЫХ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ИНДИИ

После приобретения страной независимости руководство Индийского национального движения приступило к строительству государства социального благосостояния с предоставлением услуг здравоохранения всем гражданам вне зависимости от их платежеспособности. Доклад комитета Бхора, который положил начало развитию системы здравоохранения в Индии, предусматривал полные и универсальные медицинские услуги, финансируемые в основном государством. В частном секторе преобладали частнопрактикующие врачи, составлявшие около 78% от числа врачей, получивших профессиональное медицинское образование. Комитет признавал наличие большого числа частных врачей, а также существование частной практики государственных врачей. Призывая к полному искоренению частной практики в рамках государственной структуры здравоохранения, в отношении частных врачей комитет предлагал более мягкий подход. Таким образом, в период после получения независимости в рамках государственной системы здравоохранения были сохранены и частные медицинские услуги, которые в последующий период стали развиваться неконтролируемым образом. В результате здравоохранение приобрело харак-

¹ Печатается по изданию: «Commercialization and the Public Sector in India: Implications for Values and Aspirations», by Rama V. Baru. In Maureen Mackintosh and Meri Koivusalo (eds.), «Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses». UNRISD and Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2005, pp. 101-116. Перевод и публикация осуществлены с разрешения United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). UNRISD не несет ответственности за возможные ошибки, допущенные в переводе.

² Rama V. Baru

теристики смешанной экономики, и, вследствие скудости финансовых средств и неразвитости государственного сектора, частный сектор в начале 1980-х гг. получил законные права в государственной политике здравоохранения.³

В частном секторе здравоохранения Индии на первичном уровне по-прежнему преобладают частные врачи — как прошедшие ординаторскую практику, так и не прошедшие. Вторичный и третичный уровни включают в себя дома сестринского ухода и больницы, предоставляющие госпитальное обслуживание с количеством от пяти до тысячи койко-мест. В такой обширной и разнообразной стране, как Индия, рост частного сектора на вторичном и третичном уровнях здравоохранения за последние пять десятилетий характеризовался региональными различиями, причем в более процветающих штатах общее количество койко-мест в частном секторе было выше, чем в более бедных штатах [Baru, 1996].

В сельских и городских районах частные медицинские услуги на вторичном и третичном уровнях предоставляются в основном единоличными собственниками или товариществами, состоящими из врачей-предпринимателей, в то время как на третичном уровне преобладают крупные бизнес-группы и врачи — нерезиденты Индии, принадлежащие к среднему и высшему среднему классу. В условиях Индии, как и повсюду, рост частного сектора не происходит независимо от государственного сектора, а во взаимосвязи с ним по ряду направлений. Сюда входят правительственные субсидии в форме государственного страхования, концессий на инфраструктуру и технологии, а также разрешение на «платные» койки в государственных больницах и частную практику государственных врачей, так же как и субсидируемое государством высшее и среднее медицинское образование, поставляющее кадры для частного сектора. Эта довольно сложная система взаимоотношений может быть названа смешанной экономикой в здравоохранении, которая имеет серьезные политические последствия для характера роста, качества и системы отчетности в обоих секторах [Baru, 1998].

2. КОММЕРЦИАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО СЕКТОРА

Характер и степень взаимозависимости между государственным и частным сектором не были пока исследованы в должной степени. Такая взаимозависимость проявляется в форме частной практики государственных врачей, поставки медицинских препаратов и техники в государственные больницы частными фармацевтическими компаниями и компаниями по производству медтехники, появления частных медицинских высших и средних учебных заведений, финансирования исследований и определения приоритетов под влиянием частных интересов, таких как интересы фармацевтических корпораций, компаний по производству медицинской техники и международных финансовых агентств. Хотя в литературе широко обсуждалась частная практика государственных врачей как форма «стяжательского поведения», снижающего эффективность государственных систем в развивающихся странах, такая практика не исследовалась с позиции степени и природы вовлеченности государственных врачей в частный сектор, и наоборот, интересов государственного сектора в частном.

В некоторых работах говорится о том, как развитие частных интересов девальвирует государственный сектор [Gish, 1975], однако эта тема не была еще в должной степени исследована. В условиях Индии в течение последних

³ GOI 1983

трех десятилетий наблюдаются укрепление и рост предложения частных медицинских услуг. Вовлеченность государственных врачей в частный сектор приобрела гораздо более сложный характер и более не ограничивается индивидуальной частной практикой, глубоко проникая в сектор частных услуг на вторичном и третичном уровнях. Государственные врачи выступают в качестве консультантов частных больниц, а иногда даже являются владельцами частных домов сестринского ухода. В Хайдарабаде было проведено два исследования [Devi (1985) и Baru (1998)], рассмотревших произошедшие перемены в частной практике. В 1960-е и 1970-е гг. частная практика больничных врачей в основном ограничивалась консультациями во вне рабочее время в районах проживания врачей. С развитием домов сестринского ухода и больниц возникли и взаимонаправленные отношения. Государственные врачи стали поощрять пациентов обращаться за лечением в частные больницы, в которых они работали консультантами, в то время как частные клиники становились зависимыми от притока пациентов, направляемых государственными врачами.

Анализ включенности частных интересов в государственный сектор важен для понимания воздействия такого процесса на эффективность и качество государственных услуг. Работающие в государственном секторе врачи признают, что частная практика влияет на качество медицинской помощи пациентам, уровень образования и исследований. Такие врачи единодушно считают, что частная практика должна разрешаться в виде консультаций во вне рабочие часы, в то же время они считают нежелательным, чтобы государственные врачи действовали в качестве консультантов в частных больницах, поскольку они не смогут уделять должное время пациентам, преподаванию, проведению исследований, как и тому, чтобы быть в курсе новейших достижений в своей области. Работа государственных врачей в частных домах сестринского ухода способствует направлению пациентов в частные клиники, в результате чего малообеспеченные пациенты оказываются вынуждены платить за медицинское обслуживание [Baru, 1998: 145–6].

В условиях Индии развитие частного сектора проходило в зависимости от государственного сектора. Частный сектор использовал недостатки государственного сектора для дальнейшего укрепления своих позиций в оказании медицинских услуг. Недостатки государственного здравоохранения широко обсуждались, в их числе: недофинансирование, нехватка медикаментов, отсутствие персонала, скудное диагностическое оборудование, большое количество больных и черствое поведение врачей и среднего медицинского персонала. С конца 1970-х гг. наблюдалась стагнация расходов на государственное здравоохранение, а в 80-е гг. в некоторых штатах Индии эти расходы даже были сокращены, в то время как стоимость медицинского обслуживания резко возросла. Недостаточность финансирования отрицательно отразилась на базовых элементах инфраструктуры государственного сектора, необходимых для эффективной работы, таких как здания, обеспеченность лекарствами и оборудованием. Низкое качество инфраструктуры является основной причиной недовольства врачей, работающих в государственном секторе, которые часто вынуждены лечить пациентов без необходимых лекарств, диагностических обследований и других вспомогательных мер. Это вызывает неудовлетворенность пациентов и является одной из главных причин, вынуждающих их «выбирать» услуги частного сектора.

Большие частные клиники могут платить сотрудникам более высокую зарплату, чем государственные клиники. Это приводит к огромным и постоянно увеличивающимся различиям в уровне доходов в частном и в государственном секторах. Более квалифицированный персонал государственного сектора

и врачи из более обеспеченных семей легче переходят в частную медицину, таким образом оставляя в государственном секторе лиц, менее успешных по обоим вышеназванным параметрам. Все это вызывает растущее разочарование у врачей, работающих в государственном секторе. Государство также активно способствовало развитию частного сектора, особенно на вторичном и третичном уровнях здравоохранения, предоставляя различные субсидии и концессии в форме земли и сниженных таможенных пошлин на импорт высокотехнологичного оборудования. Больш инство исследований государственного и частного секторов фокусировали внимание на структурных вопросах, преимуществах и ограничениях каждого из секторов. Однако должного освещения не получали вопросы о том, как частные интересы, будь то внутри либо вне системы государственного здравоохранения, влияли на ценности и устремления врачей, работающих в государственном секторе. Ценности и устремления формируются не только под воздействием институциональных факторов, но также и под влиянием перемен в обществе в целом.

Настоящее исследование было проведено среди врачей, вышедших в отставку и работавших ранее или работающих в настоящее время в учебном и клиничко-диагностическом центре — Всеиндийском институте медицинских наук (AIIMS) в Нью-Дели. Мы включили в наше исследование врачей из AIIMS, поскольку этот центр отвечает всем параметрам «идеального государственного госпиталя». Это и щедрое финансирование, и подбор академически компетентного персонала и студентов, запрет на частную практику врачей, а также репутация образцового учреждения для обучения, медицинских исследований и оказания клинической помощи. В определенном смысле институт является символом отлично функционирующего государственного учреждения, которое обладает наилучшим клиническим, педагогическим и исследовательским потенциалом в стране. Он также является символом лучшего государственного учреждения, с точки зрения условий труда персонала и преданности таким ценностям, как высочайшее качество медицинских услуг, этический кодекс и равноправие, которые и поныне рассматриваются как положительные атрибуты государственных систем. Поэтому изучение мнения докторов, связанных в прошлом или настоящим с этим центром, может служить «маркером» изменения ценностей и осветить причины такой трансформации. Эти данные могут служить критерием для сопоставления с другими государственными клиниками, где финансирование было неадекватным, врачам разрешалась частная практика и наблюдалась коммерциализация медицинских услуг за последние четыре десятилетия.

Были проведены интервью с пятнадцатью ведущими врачами, вышедшими в отставку после работы в институте в течение не менее трех десятилетий. Мы просили врачей поделиться воспоминаниями об эволюции института, его рабочей культуре, организационных плюсах и минусах, распространении коммерческих медицинских услуг и переменах в ценностях и устремлениях врачей, имевших место со временем. Эти подробные интервью не были просто воспоминаниями о прошлом, но затрагивали также и причины тех перемен, которые произошли в ценностях и устремлениях. Это дало нам возможность определить пути, по которым рост частных интересов (как внутри, так и вне государственных учреждений) сказывался на трансформации ценностей и устремлений предоставляющих медицинские услуги лиц в течение последних четырех десятилетий.

Мы также раздали опросные листы пятидесяти семи докторам, профессорам и доцентам пяти отделений: онкологии, акушерства и гинекологии, терапии, педиатрии и офтальмологии. Мы выбрали эти пять отделений,

поскольку именно на этих специализациях сфокусирован частный сектор. После многочисленных письменных и личных напоминаний мы смогли собрать ответы тридцати семи врачей.

3. ТРАНСФОРМАЦИЯ ЦЕННОСТЕЙ И УСТРЕМЛЕНИЙ: СЛОЖНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Данные интервью и ответов на опросных листах раскрывают сложные взаимовлияния организационных и социальных факторов. Полученная информация характеризует картину исторического развития института и позволяет выявить факторы, способствовавшие переменам в культуре труда и ценностях врачей.

Доктора отмечали особый статус и репутацию, которыми обладал и продолжает обладать институт как в рамках страны, так и на международной арене. Его историю информанты разделили на три фазы: ранний период, примерно с 1950-х до середины 1960-х гг.; средний период до конца 1970-х; и поздний период с 1980-х по настоящее время. Все респонденты подробно рассказывали о переменах в ценностях, нормах и устремлениях врачей и о причинах этих перемен. Пожилой профессор, проработавший около тридцати лет в институте, изложил историю этого центра:

«АИМС был создан с целью подготовки медицинских врачей самой высокой квалификации. Хотя основное внимание уделялось исследованиям и обучению, также осуществлялось и лечение пациентов. Когда я пришел в институт, он был совсем еще недавно создан. Институт постоянно развивался и в раннем периоде, и в среднем периоде, и в начальные годы позднего периода. Однако в последние годы обстановка в АИМС постепенно стала ухудшаться. Преданность делу, стремление достичь наилучшего результата уходят в прошлое. В итоге размывается ощущение гордости за свой институт... Беззаветно преданными делу остались лишь те, кто пришел в него с самого начала.»⁴

Ранний период деятельности института врачи описывали с большой гордостью, рассказывая также о культуре работы в нем.

«Институт обладал инфраструктурой, превосходившей все другие учреждения страны того времени. Он предоставлял высокую степень академической свободы, хотя руководство эффективно использовало административные решения. Кандидатов на аспирантский курс отбирали исключительно на основе способностей. Не практиковалось продвижение в должности по выслуге лет, и кандидаты на более высокие посты всех уровней должны были действительно конкурировать друг с другом. Практика в АИМС давала возможность приобрести большой опыт и многому научиться. В то время в АИМС поступали больные из самых разных слоев общества с самыми различными заболеваниями — от самых простых до самых сложных.»⁵

«Когда я пришел в институт, я сразу же получил возможность работать в замечательной группе единомышленников, что было для меня чрезвычайно важно. До того я всегда говорил себе, что когда-нибудь буду работать в институте. Я всегда стремился попасть в этот лучший институт страны. Первое, что поразило меня в нем, было обилие высокообразованных ученых, разделявших общие идеалы и открытых для новых научных исследований. Там было столько маститых коллег, чьи имена были хорошо известны в области медицины. В то время я был молод, и для меня было счастьем иметь возможность общаться и обмениваться идеями с ними. Одно это уже было важным фактором

⁴ 30 июля 2003 г.

⁵ 19 июля 2003 г.

академического и личного роста, и такая возможность в AIIMS была... Уже выйдя на пенсию, я осознал, что еще одним бесценным подарком института своим сотрудникам была возможность быть самим собой... принадлежать себе. Институт предоставлял особую свободу, когда даже самые младшие сотрудники могли обращаться за грантами на исследования.»⁶

Действительным стимулом для многих ведущих врачей была репутация института как образцового центра обучения, исследований и клинической практики. Институт также был известен своей академической и клинической свободой, поэтому деньги не были главным стимулом для сотрудников. Один из старейших врачей вспоминает:

«Деньги не были для меня самым важным. Полагаю, что это можно сказать про большинство врачей моего поколения. Возможно, это было особой чертой личности, характерной для врачей института. Мною двигало стремление приобрести имя и известность. В лучший институт страны поступали самые сложные, самые разнообразные пациенты, мы имели дело со случаями, с которыми никогда бы не встретились в каком-либо ином госпитале. Поэтому у нас была возможность продолжать учиться, расти профессионально, овладевать медициной в ее полном объеме. Это было отличительной чертой AIIMS. Если кто-то мог привлекать исследовательские гранты в пределах Индии или за рубежом, это тоже встречало одобрение. Многое из того, что я достиг в моей профессии, я достиг благодаря тому, что был в институте.

В ранние годы институт привлекал лучшие умы как среди студентов, так и среди преподавателей. Благодаря хорошему финансированию в институте также имелось самое современное оборудование и проводились самые современные исследования. По мнению большинства врачей, в средний период начались «трудности и сложности», проистекающие из ряда факторов — как организационных, так и социально-экономических. Среди них были такие факторы, как растущее политическое вмешательство в автономию института; вмешательство в подбор и продвижение персонала; увеличение количества больных и нагрузки на врачей; проникновение частного капитала в здравоохранение; рост потребительских настроений. Все опрошенные врачи уверенно называли в качестве основной причины постепенного упадка института потерю автономии вследствие растущего политического и бюрократического вмешательства.

В первые годы развития института политического вмешательства в дела AIIMS не было вообще. В то время Президентом института была министр здравоохранения Раджкумари Амрит Каур (*Rajkumari Amrit Kaur*). Именно она приезжала в институт для встреч с директором, иное не практиковалось. Но постепенно личные интересы ведущих врачей в отношении продвижений по службе и подбора кадров создали ситуацию, когда внешние органы власти стали диктовать свои решения AIIMS.»⁷

«Это время было также периодом расширения института. Большинство врачей считают, что в ходе этого расширения было утеряно чувство единения, которое существовало в институте в его ранние годы.

В более поздние годы произошло значительное расширение AIIMS, и в него пришли новые люди, обучавшиеся в иных институтах, с иными ценностями. Именно тогда начались проблемы, поскольку уровень квалификации врачей и вспомогательного персонала постепенно стал падать. При таком расширении «чувство коллектива» и «единения» постепенно стало уходить. Началось медленное размывание ценностей, которыми руководствовались

⁶ 5 ноября 2003 г.

⁷ 26 июля 2003 г.

врачи. Причем винить в этом только пришлых врачей не приходится, поскольку данное явление связано и с девальвацией социальных и моральных ценностей общества в целом. Изменились цели, которыми руководствовались врачи, их интересы фокусировались уже не на процветании института в целом, а на собственном благополучии. На раннем этапе «собственные интересы» подчинялись общим. Позднее собственные интересы взяли верх. Врачи хотели получить больше для себя лично — командировки за границу, более высокие доходы и т. д. Все более важными становились политические связи. Стало распространяться нездоровое отношение к делу.»⁸

«Думаю, что по мере неразумного расширения института люди становились все более разобщенными. Каждый был сам за себя. Полагаю, что это отражало процессы, проходившие по всей стране. Данное явление не ограничивалось стенами института, мы видим, как изменился мир — наш мир лишен добра и участия. В нем нет заботы о людях. Мы наблюдаем это вокруг нас постоянно. Люди просто стали другими. Я думаю, что процессы, происходившие в институте, отражали общие социальные перемены.»⁹

«Две важные причины изменений в культуре труда в Институте были связаны с организационными факторами — отсутствием вертикальной мобильности и ростом числа больных на одного врача. Это породило конфликт среди врачей, находившихся на среднем карьерном уровне, и явилось значимым источником фрустрации и отсутствия мотивации. Об этих явлениях прямо говорили как ушедшие в отставку, так и работающие в Институте в настоящее время врачи.

В конце 70-х институт достиг точки насыщения. Перспективы продвижения по службе становились туманными, поскольку практически не оставалось вакантных должностей. Каналы карьерного роста сузились. Стало формироваться чувство разочарования. Денег было мало, и мало было возможностей для мобильности. Был разрешен наем со стороны на должности доцентов и профессоров, что усугубило атмосферу фрустрации.»¹⁰

Работавшие в то время в институте врачи наблюдали постепенный сдвиг в сторону частного сектора. Почти половина респондентов отметили, что за последнее десятилетие около 10–15% врачей переместились в частный сектор. Некоторые отделения, включая кардиологию, онкологию и офтальмологию, потеряли большую часть врачей высшего и среднего уровня. В качестве основных причин перехода в частные больницы назывались более высокая заработная плата, минимальное административное вмешательство, наличие новейшей техники и меньшее количество пациентов на одного врача.

Согласно имеющейся статистике, с течением времени наблюдалось резкое увеличение количества больных на одного врача. Когда AIIMS был впервые создан, он получил статус лечебно-диагностического центра, но с течением времени потребность в услугах врачей общей практики и узких специалистов возросла. По последним данным, AIIMS обслуживал 2 200 000 пациентов в год. Это крайне негативно сказалось на количестве времени и усилий, которые врачи были в состоянии уделять пациентам.

«Число пациентов росло настораживающими темпами. В AIIMS обращается огромное количество пациентов, и, очевидно, многим из них требуется обследование. Наплыв пациентов очень велик, и им вынуждены назначать все более поздние даты визитов, что приводит к формированию неудовлетворенности пациентов.»¹¹

⁸ 30 июля 2003 г.

⁹ 5 ноября 2003 г.

¹⁰ 26 июля 2003 г.

¹¹ 13 сентября 2003 г.

«Во время моей работы в АИМС огромными факторами стресса были отсутствие необходимого оборудования и большая нагрузка по количеству пациентов. Это создавало препятствия в лечении пациентов. Естественно чувствовать себя усталым, приняв 20—25 пациентов в день. Можно ли винить доктора, если он примет ошибочное клиническое решение в таком состоянии?»¹²

Причиной огромного наплыва пациентов было то, что система лечебно-диагностических центров в Дели и его окрестностях практически развалилась. Это создало огромную дополнительную нагрузку на институт, негативно сказавшись на качестве оказания медицинской помощи населению.

Институт перестал быть диагностическим центром, постепенно превращаясь в обычный госпиталь. Эта ситуация была вне возможностей контроля со стороны сотрудников института, поскольку они не могли отказывать пациентам и не делали этого. Таким образом, ситуация усугублялась, и врачи пытались с ней справиться. Но наступает такой момент, когда вы больше не в силах выдерживать подобную нагрузку. Мы читали в газетах обвинения в адрес врачей, которые грубо обращались с пациентами. Я не говорю, что ситуация оправдывает такое поведение врачей, но когда события развиваются таким образом, я думаю, что они серьезно влияют на положение врачей.»¹³

«Качество лечения пациентов, являющееся нашей основной задачей, значительно ухудшилось, и не из-за низкой квалификации персонала (врачей), но, скорее всего, из-за огромного наплыва пациентов. Я считаю, что было бы неправильно полагать, что врачи менее компетентны сейчас, чем это было ранее. Они все еще преданы своему делу, многие из них и сейчас делают все возможное для поддержания репутации института.»¹⁴

4. РАСПРОСТРАНЕНИЕ КОММЕРЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ЦЕННОСТИ И УСТРЕМЛЕНИЯ ВРАЧЕЙ

Рост частного сектора на третичном уровне медицины также поставил под сомнение «гегемонию» института с точки зрения технологической оснащенности и качества лечения пациентов. В 1980-е и 1990-е гг. — период начала быстрого распространения частного медицинского обслуживания на вторичном и третичном уровнях — государство предлагало субсидии частному сектору на технологические и инфраструктурные цели, что вызвало значительное увеличение импорта медицинского оборудования в частные клиники. Все это создало прямую «конкуренцию» между государственным и частным секторами.

«Возьмем, например, ситуацию в Дели, где уровень развития частного сектора в медицине был нулевым в 1974 г. В том же 1974 г. институт имел самое новейшее, сложное и современное оборудование. В частном же секторе оборудование было лишь самое примитивное, позволявшее проводить лишь простейшие обследования. Поэтому врачи стремились работать в институте. Персонал института испытывал глубокое удовлетворение, поскольку это было лучшим местом работы, как с точки зрения оснащенности оборудованием, так и с точки зрения атмосферы и профессиональной удовлетворенности.»¹⁵

«Первоначально частный сектор не был развит, и основные исследования и применение достижений науки в медицине проводились в АИМС. Работать в АИМС было огромным удовольствием... хотя зарплата составляла всего лишь

¹² 28 августа 2003 г.

¹³ 5 ноября 2003 г.

¹⁴ 1 февраля 2004 г.

¹⁵ 4 ноября 2003 г.

30000 рупий. Гораздо больше значили такие дополнительные факторы, как участие в конференциях, поездки в командировки, общение с другими учеными.»¹⁶

«Ухудшение положения в других государственных клиниках произошло раньше, чем в АПМС. Еще в начале 1970-х гг. клиники стали испытывать кризис. До этого врачи государственных больниц, где была разрешена частная практика, четко разграничивали во времени и пространстве свою государственную и частную практику так, чтобы не страдала их работа в качестве преподавателей и государственных врачей. Однако с ростом частного сектора в 1970-е гг. все изменилось. Стала процветать коррупция. Но в АПМС частная практика никогда не разрешалась.»¹⁷

Рост частного сектора на третичном уровне породил огромные различия в условиях труда, количестве обслуживаемых пациентов и заработной плате врачей в государственном и частном секторах. Для части врачей определяющим фактором для перехода в частный сектор были деньги, для других поводом для сомнений и даже недооценки работы в государственном секторе явилось разочарование, вытекающее из отсутствия перспектив продвижения и признания.

«В 1970-х гг. некоторые врачи переехали на Ближний Восток. <...> Эта тенденция началась почти за двадцать лет до кризиса. Я знал людей, не получавших продвижения по службе и говоривших, что можно поехать на какое-то время на заработки, пока не подвернется подходящая перспектива. Поэтому я бы не сказал, что для врачей института деньги никогда не были значимым вопросом, это было бы неверно. Однако причины разочарования могли быть различными. Не вся молодежь уезжала, а лишь некоторые врачи, которые явно отличались от остальных. Это было личное решение, связанное с жизненной мотивацией людей, тем, чего они хотели получить от жизни, чего хотели добиться для своих семей, а также с иными обстоятельствами их жизни. Таким образом, на эти решения влияло большое число внешних факторов.»¹⁸

«В начале 1970-х гг. институт посетила группа медиков, которые обсуждали с нами доходы частных врачей в сравнении с доходами государственных врачей. Доходы у частных врачей были в 5–10 раз выше. В 1974г. я получал 1200–1300 рупий как доцент в АПМС, позднее эта ставка была пересмотрена. Но даже тогда я был счастливейшим человеком. На мои потребности денег хватало. Жилье мне было предоставлено в институтском кампусе, расходов на транспорт не было. Нас вполне устраивала получаемая сумма. Деньги не были решающим фактором. Мы прекрасно знали, что кто-то за пределами института зарабатывал значительно больше. Частный врач общей практики зарабатывал в десять раз больше меня. Хотя в других государственных больницах перемены произошли гораздо быстрее, в институте они чувствовались гораздо меньше. В других государственных медицинских институтах на уровне штата разрешалась частная практика. Работавшие там врачи зарабатывали достаточно денег и получали профессиональное удовлетворение от лечения пациентов в таких медицинских учреждениях.»¹⁹

5. ЧАСТНЫЙ РЫНОК, СРЕДНИЕ КЛАССЫ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКАЯ КУЛЬТУРА

В 1960-е и 1970-е гг. государственный сектор являлся основной сферой занятости врачей и среднего медицинского персонала. Частный сектор был, в основном, ограничен первичным уровнем здравоохранения, и существовало

¹⁶ 18 ноября 2003 г.

¹⁷ 19 июля 2003 г.

¹⁸ 5 ноября 2003 г.

¹⁹ 4 ноября 2003 г.

лишь несколько частных учреждений вторичного уровня. Третичный уровень был полностью в государственном секторе, потому стимулов к переходу в частные клиники не имелось. Однако все это изменилось с ростом частного рынка в здравоохранении на вторичном и третичном уровнях в 1980-е и 1990-е гг.

«Когда я работал в АИМС, все мы были счастливы, живя в скромных коттеджах на кампусе, получая нашу зарплату, но имея возможность обсуждать между собой наши исследования, нашу работу, публикации. Мы были группой счастливых людей. Причастность к институту была сродни страсти. Мысль о том, что кто-то зарабатывает в другом месте в десять раз больше, не отравляла жизнь нашего поколения. Мы счастливо занимались своей работой и приходили в восторг от приглашения на международные или национальные конференции, от участия в рабочих группах исследовательских проектов. Все эти научно-академические возможности мы ценили очень высоко.»²⁰

Появление современных частных госпиталей предоставило альтернативную возможность молодым людям. Ранее никаких возможностей для них вне стен государственных институтов не было, и им приходилось оставаться работать там вне зависимости от степени удовлетворенности. Но с развитием частного сектора появились очень хорошие клиники, предоставлявшие удобную возможность медицинской практики на основе новейших медицинских достижений. Однако представители старшего поколения уходили из института только в отставку. Очень немногие уходили в досрочную отставку. Врачи говорили, что до пенсии осталось немного лет, они достойно работают, и нет смысла уходить. А в частных клиниках можно работать после ухода на пенсию.

Со временем ценности, ожидания и нормы врачей изменились, но это по большей части произошло в соответствии с изменениями ожиданий и устремлений всего среднего класса.

Приход глобализации и консьюмеризма... Консьюмеризм, растущие желания и доступность благ также способствовали материальным настроениям. Сегодня в нашем обществе все хотят получать гораздо больше, чем раньше. И врачи не являются исключением, а структура их заработной платы не выросла со временем. Другая причина перемен заключается в том, что произошло с медицинским образованием. Сегодня около 30% студентов обучаются в частных медицинских колледжах, где они платят 1 млн, 1,5 млн, 2 млн рупий за человека, а за дальнейшую специализацию — еще 2,5–3 млн рупий. Родители хотели бы вернуть эти затраты, и сам молодой человек также считает, что надо заработать эти деньги. И заработать их быстро. Люди во всех секторах общества хотят зарабатывать быстрые деньги, и врачи, являющиеся частью общества, не исключение. И все же я бы сказал, что из всех профессионалов врачи лучше адвокатов, дипломированных бухгалтеров и пр., с точки зрения коммерциализации их профессии и сострадания пациентам. Большая часть врачей все еще предана своему делу.»²¹

В ходе интервью были обсуждены перемены в экономике и обществе начиная с конца 1970-х гг., характеризующиеся ростом рынков и консьюмеризма, которые повлияли на изменение представлений о статусе среднего класса.

«Образ жизни людей, занятых в частном секторе, стал явно более привлекательным. Сформировались огромные различия в жизненном уровне. Смена ценностей врачей отражала сдвиги социальных ценностей в обществе в целом. С развитием рынков и появлением консьюмеризма менялись и

²⁰ 5 ноября 2003 г.

²¹ 4 ноября 2003 г.

устремления, и ожидания людей. Коммерческие интересы стали влиять на человеческие ценности.»²²

«Мир вокруг расширился, Индия развивалась, стали приходить большие деньги. Молодые люди особенно замечали, что их друзья в мире бизнеса, например имеющие степень МВА, зарабатывают огромные деньги. И они приходили к мысли, что более не могут жить по-старому... Каким бы хорошим, преданным делу, востребованным доктором вы ни были, если у вас есть семья, вы захотите послать детей в хорошую школу или учиться за границу, при этом вы видите, что люди, работающие где-то, а не врачами в институте, зарабатывают большие деньги и могут все это себе позволить. Когда доходит до интересов семьи, и хорошие доктора начинают понимать, что им тоже нужны деньги. Им кажется, что они не дают семье всего, что должны. И это порождает неудовлетворенность. У старшего поколения основной причиной неудовлетворенности было отсутствие служебных перспектив, а у молодежи, как я полагаю — нехватка денег. Доктора отдают столько сил и времени работе, а их вознаграждение ничтожно по сравнению с тем, что получают другие.»²³

Образ жизни людей, занятых в частном секторе, становился все более привлекательным. В это время появились корпоративные больницы, такие как Apollo и Escorts. Такие больницы привлекали врачей тем, что они получали там ключевые посты и полную ставку в отличие от других мест, где работали приходящими консультантами. В это время уже не только врачи, но и технический персонал стали уходить из APIMS в Escorts. Людям также хотелось повысить свой уровень жизни. 1980-е гг. были также периодом, когда многие наиболее именитые врачи APIMS достигли пенсионного возраста. Их с радостью приняли корпоративные больницы, поскольку одно их имя уже привлекало пациентов.

6. КОНТРАСТЫ В КУЛЬТУРЕ ТРУДА: ГОСУДАРСТВЕННЫЕ И ЧАСТНЫЕ БОЛЬНИЦЫ

Растущая коммерциализация затронула ценности и устремления врачей и таким образом повлияла на культуру труда в государственных больницах. В ходе подробных интервью мы пытались выявить различия в культуре труда в государственных и частных медицинских учреждениях. Сюда входят и процедура найма, и гарантия занятости, критерии вознаграждения, процедуры принятия консультативно-клинических решений, уровень и степень использования медицинского оборудования, виды проводимых научных исследований и применимость принципов равенства и справедливости.

«Частный сектор более индивидуально ориентирован как с позиции врачей, так и пациентов. В частных больницах каждый сам за себя. Наблюдается тенденция монополизировать пациента. В случае, если пациента направляют ко мне и просят провести обследование, я не ставлю под вопрос его необходимость, а просто делаю то, что меня просят, независимо от того, правильно это или нет. Потому что, если я этого не сделаю, врач, направивший ко мне пациента, решит, что я пытаюсь его дискредитировать, и в глазах пациента его авторитет упадет. И он не пошлет ко мне очередного пациента. Так построена вся система. Приходится подстраиваться и делать то, чего требует от вас система. Проводится много ненужных анализов просто из опасения последующих судебных исков.»²⁴

«В частных клиниках пациент приходит к конкретному врачу, заявляя, что желает попасть на прием именно к доктору X. Пациент платит и хочет попасть

²² 19 июля 2003 г.

²³ 5 ноября 2003 г.

²⁴ 18 ноября 2003 г.

к лучшему врачу. Поэтому молодым врачам трудно успешно начинать карьеру в частном секторе. Пациент, обратившийся за операцией в клинику Гангарам, заявляет, что хочет оперироваться только у доктора У и ни у кого другого. Это одна из причин, почему пациент обращается в частную клинику, там он может получить помощь именно от того врача, которого выбрал, что невозможно в государственной клинике. В государственной клинике вы не можете потребовать, чтобы вас оперировал профессор, потому что там вас принимают в отделение № 1 и лечить вас будут врачи отделения № 1, но никто не сможет вам гарантировать, что вас будет оперировать светило медицинской науки.

В других видах бизнеса организация значит больше, чем отдельный сотрудник, но в медицине организация в большой степени зависит от репутации отдельных врачей. Поэтому врачи с большим клиническим опытом рассматриваются как «брендовые продукты». Ведь пациента привлекает в большей степени имя врача, чем сама клиника. Это дает отдельным врачам большую значимость и престиж.»²⁵

«С другой стороны, в государственных клиниках в гораздо большей степени практикуется коллективный подход к лечению пациентов. В государственных клиниках гораздо шире используются консультации и обсуждения консилиумом врачей при принятии клинических решений, в то время как в частных клиниках жестче конкуренция среди врачей. Она вытекает из принципа вознаграждения врачей за каждого пролеченного пациента, поэтому совместное ведение пациентов усложняет, а иногда подрывает практику врачей.

В государственных клиниках шире возможность совместной работы и поддержки со стороны коллег. В частном же секторе каждый сам за себя, и большинство врачей принимают решения единолично.»²⁶

Доктора, работающие в институте в настоящее время, говорят об аналогичных ценностях. Консультативное принятие клинических решений, равенство в вопросах лечения и командный дух отмечаются как три основные ценности культуры труда в институте. Главными плюсами работы в институте являются его статус и престиж как ведущего медицинского учреждения, обширный диапазон клинической практики и гарантия занятости. С другой стороны, слабыми сторонами являются институционально-административные барьеры, большое число пациентов на одного врача, отсутствие справедливости в подборе и продвижении персонала, низкая заработная плата (в сравнении с частным сектором) и плохая отчетность. Растущие перспективы индивидуализированной медицинской практики в частном секторе и огромная разница в заработной плате, так же как и меньшая загруженность врачей, представляют все больший соблазн для ухода в частные клиники, особенно в условиях социально-экономической либерализации. Постепенная девальвация государственного сектора усугублялась ростом приватизации и консьюмеризма, характерных для этого периода.

7. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Формирование ценностей и устремлений является сложным социальным процессом. Из ответов врачей выявляется сложное взаимодействие между факторами социального происхождения, организационными и социально-культурными факторами, повлиявшими на изменение ценностей и устремлений работающих в государственном секторе врачей за сорокалетний

²⁵ 22 августа 2003 г.

²⁶ 19 июля 2003 г.

период. Эти перемены явились отражением изменений в организационных и социально-политических условиях в стране.

Фазы институционального роста отражают три эпохи социально-политического развития Индии: социалистическую эпоху Неру, период после правления Неру и эпоху либерализации. Ценностями, направлявшими политику государства во времена Неру, были опора на собственные силы, создание собственного технического потенциала при государственной поддержке и ориентация на создание «государства всеобщего благосостояния». Это был период роста государственных институтов для оказания услуг здравоохранения, подготовки высшего и среднего медицинского персонала, период финансирования научных исследований и инвестиций в производство лекарственных препаратов и медицинского оборудования. Роль частного сектора предусматривалась только на первичном уровне здравоохранения в рамках услуг частнопрактикующих врачей.

Сокращение государственных инвестиций в период после правления Неру ограничило рост государственного сектора, негативно сказавшись на доступности и качестве медицинского обслуживания. Несмотря на имеющиеся недостатки, государственный сектор продолжал быть основным поставщиком медицинских услуг в большинстве штатов. Появление частных клиник явилось результатом роста среднего класса как в сельских, так и в городских районах; именно этот класс явился «поставщиком и потребителем» таких медицинских услуг. Это не был класс «крупных владельцев собственности, средний класс зависел от образовательного и культурного капитала и вытекающей из него возможности профессиональной карьеры» [Misra, 1961]. Исследование социального происхождения врачей, работающих в частном и государственном секторах, показало, что и те и другие в основном являются выходцами из среднего класса.

Политика либерализации 1980-х гг. имела прямые последствия для смены ценностных ориентиров у представителей средних слоев общества, настроения которых широко отражали переход от коллективизма «государства всеобщего благосостояния» к большему индивидуализму эпохи после правления Неру. Рост и дифференциация частных больниц явились «вызовом» монополии государственного сектора с точки зрения оборудования, инфраструктуры и условий труда специалистов. Растущая привлекательность частного сектора, оттеняемая недостатками государственных клиник, о которых подробно говорилось выше, способствовала экономическим и институциональным процессам, оказавшим глубокое воздействие на уровень нематериального, затрагивая ценности и устремления врачей.

Врачи старшего поколения характеризовали эти нематериальные факторы как разочарование в государственном секторе, исчезновение чувства гордости, которое испытывали врачи ведущего государственного медицинского учреждения, появление ощущения ущемленности по сравнению с врачами частного сектора, работающими в лучших условиях и имеющими более высокий уровень жизни. Также произошла переоценка в понимании профессионального успеха и мобильности в свете более привлекательных возможностей, предоставляемых частным сектором. Для нынешнего поколения государственных врачей мотивацией работы в государственном секторе на первых этапах карьеры является последующее продвижение на более высокие должности в частном секторе. Такие устремления появляются от переосмысления категорий успеха, статуса и должного уровня жизни врача, что характерно для среднего класса в настоящее время.

Даже в условиях идеологического наступления на государственный сектор, интервью с работающими в настоящее время в институте врачами показали, что они видят в такой работе свои плюсы. Государственные врачи единодушно отмечали, что государственные больницы просто необходимы, особенно в развивающейся стране и особенно для бедной части населения. Сильной стороной государственного сектора является комплексный подход к обучению, исследованиям и лечению пациентов. В частных клиниках основной акцент делается на лечебные процедуры и лишь в небольшой степени на исследования. В последние годы наблюдался активный рост частных медицинских колледжей, которые привлекают преподавателей и используют инфраструктуру государственных учебных заведений. Все это будет и дальше способствовать подрыву статуса государственных учреждений.

Было бы неправильным сделать вывод о том, что врачи, в настоящее время работающие в государственных медицинских учреждениях, недостаточно квалифицированы или преданы делу. Врачи признают, что постоянное стремление к прибылям в частном секторе порождает неэтичные практики. Поэтому по-прежнему предпочтительными являются клиники «некоммерческого» типа, инвестирующие в исследования и поддерживающие культуру, способствующую этической медицинской практике. Институт все еще представляет собой идеальное государственное медицинское учреждение, особенно для профессионалов, получивших в нем подготовку и работающих в нем. Растущая коммерциализация значительно подрывает культуру труда государственных клиник. Однако преданность базовым ценностям, таким как равноправие, консультативный характер работы и заинтересованность в исследованиях, не утрачена и по-прежнему является мотивацией действий врачей, проработавших долгие годы в институте, даже если они и уходят в частный сектор.

БЛАГОДАРНОСТИ

Хочу поблагодарить врачей и администрацию госпиталя Ситарам Бхартия, госпиталя Гангарам и Всеиндийского института медицинских наук в Нью-Дели за то, что они потратили свое драгоценное время на беседы с нами и заполнение опросных листов. Хочу также поблагодарить г-жу Уджала Дхака за исследовательскую помощь и доктора Ракеша Тхакура за помощь в передаче опросных листов врачам AIIMS. Благодарю Морин Макинтош, Мери Койвусало и Имрана Квадир за комментарии и предложения по первому варианту настоящей работы.

ЛИТЕРАТУРА

- Baru, R. V.* Private and Voluntary Health Services: an Analysis of Inter-regional Variations, / R. V. Baru // monograph submitted to the UNDP. New Delhi. 1996.
- Baru, R. V.* Private Health Care in India: Social Characteristics and Trends / R. V. Baru // Sage Publications. New Delhi. 1998.
- Devi, P. Rama* «Practices of doctors at some government hospitals in Hyderabad» / Devi, P. Rama // Unpublished M.Phil dissertation. University of Hyderabad. 1985.
- Gish, O.* Planning the Health Sector / O. Gish — London: Croom Helm. 1975.
- Madan, T. N.* Doctors and Society / T. N. Madan — Ghaziabad: Vikas Publishing House. 1980.
- Misra, B. B.* The Indian Middle Classes: Their Growth in Modern Times / B. B. Misra — London: Oxford University Press and Royal Institute of International Affairs. 1961.

БЕДНОСТЬ И СОЦИАЛЬНАЯ ИСКЛЮЧЕННОСТЬ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ¹

Дэвид Гордон, Рут Левитас, Кристина Пантазис, Деми Патсиос, Сара Пейн, Питер Таунсенд,
Таунсенд-Центр международных исследований бедности, Бристольский университет

Лаура Аделман, Карл Эшурт, Сью Миддлтон,
Центр социально-политических исследований, Университет Лафборо

Джонатан Брэдшоу, Джули Уильямс,
Отделение социально-политических исследований, Йоркский университет
Фонд Раунтри

Перевод **В. Танина** под науч. ред. **Л. Н. Овчаровой**

В течение 20-го века в промышленно развитых странах была практически устранена угроза инфекционных заболеваний. Гораздо более амбициозная цель 21-го века — искоренение бедности во всем мире — может быть достигнута, только при наличии политической воли и научных знаний, необходимых для разработки и претворения в жизнь эффективной и действенной политики борьбы с бедностью.

В 1998 году правительство Великобритании взяло на себя обязательство публиковать ежегодный отчет по оценке мер, направленных на снижение бедности и социальной изоляции. Первый такой отчет был опубликован в конце 1999 года [DSS, 1999b]. Для контроля за успешностью проводимой стратегии по борьбе с бедностью правительством использовались три группы индикаторов, охватывающие детей и молодежь, лиц работоспособного возраста и старшую возрастную группу населения. Однако не проводилось систематического измерения бедности по критериям, имевшим место в настоящем исследовании. Подобные данные не включались ни в одно из плановых национальных исследований, спонсируемых правительством.

За последние годы ученые разработали новейшие методики, которые были включены в регулярные исследования Управления Национальной статистики. Остается надеется, что правительство возьмет на вооружение и будет активно использовать научный потенциал работающих в государственном аппарате статистиков, если оно хочет иметь возможность контролировать свои достижения в борьбе против бедности и социальной изоляции.

Научные исследования, такие как «Исследования бедности и социальной изоляции в Великобритании» (БСИ) необходимы для детальной разработки проблемы бедности, определения ее характера и масштабов. В статье представлены основные результаты этого исследования, позволяющие оценить уровень, профиль и формы проявления бедности в современной Великобритании.

1. КАК ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ И ИЗМЕРЯЕТСЯ БЕДНОСТЬ

1.1. Международные определения бедности

В 20-м веке было проведено много международных исследований бедности, отражающих непрекращающиеся попытки отделить концепцию бедности от по-

¹ Печатается по изданию: «Poverty and social exclusion in Britain» by David Gordon, Laura Adelman, Karl Ashworth, Jonathan Bradshaw, Ruth Levitas, Sue Middleton, Christina Pantazis, Demi Patsios, Sarah Payne, Peter Townsend and Julie Williams, published in 2000 by the Joseph Rowntree Foundation. Перевод и публикация осуществлены с разрешения Joseph Rowntree Foundation.

литической идеологии и расширить научный охват этого понятия от узких рамок физических и пищевых потребностей индивидуумов до полного комплекса их социальных потребностей. Часть этих попыток была направлена на установление параметров, позволяющих сопоставить условия в различных странах, особенно в бедных и богатых, с тем чтобы можно было более однозначно определить приоритеты. На политическом уровне наблюдается движение к принятию единых определений бедности рядом стран. В Великобритании нет такого официально принятого определения, и министры часто определяют бедность по принципу «признания при установлении наличия». Однако правительство подписало ряд договоров и соглашений на европейском уровне, где бедность определяется как наличие недостаточных ресурсов для обеспечения «минимально приемлемого образа жизни» [ЕЕС, 1981, 1985], а в ЕС используют стандарт относительного дохода — установление линии бедности на уровне 50% от медианного дохода. В 1995 г. на Всемирном саммите по социальному развитию в Копенгагене было достигнуто международное соглашение, ознаменовавшее прорыв в этой области. Была выдвинута рекомендация применения двухуровневого определения бедности: «абсолютная» бедность, по методике, индивидуальной для каждой страны, которая позволяет идентифицировать крайние формы проявления бедности, и более широкое, многокритериальное понятие «общая»² бедность, учитывающее различные формы ее проявления (включая и крайние формы) в разных странах, что дало возможность объединить правительства разных стран для достижения общей цели. После саммита 1995 года в Копенгагене 117 стран, включая Великобританию, взяли на себя обязательства искоренить «абсолютную» и снизить «общую» бедность и составить национальные планы по борьбе с бедностью. Абсолютная бедность определяется как невозможность удовлетворить базовые человеческие потребности. Общая бедность является более широким критерием, включающим не только отсутствие доступа к осуществлению базовых потребностей, но также и недостаточность участия в процессах принятия решения в гражданской, социальной и культурной жизни.

Абсолютная бедность:

«состояние, характеризующееся тяжелой депривацией в удовлетворении базовых человеческих потребностей, включая обеспечение питанием, безопасной питьевой водой, санитарными условиями, жильем, услугами здравоохранения, образования и информационными услугами. Это состояние зависит не только от доходов, но и от доступа к услугам» [UN, 1995].

Общая бедность отличается более широким перечнем форм ее проявления, включая:

«недостаточность доходов и производственных ресурсов для стабильного жизнеобеспечения; голод и плохое питание; плохое состояние здоровья; ог-

² В западной экономической литературе по проблемам бедности ранее использовалась следующая классификация концепций бедности: абсолютная бедность, относительная (relative) и субъективная. В группе относительных подходов были представлены все, которые соотносят бедность с некоторым стандартом уровня и качества жизни. На практике в европейских странах линия относительной бедности стала измеряться как 50% от медианного дохода, и со временем именно такое измерение трансформировалось в главную ассоциацию с относительным определением бедности. В результате такие относительные подходы к определению бедности, как «относительные лишения», «социальная исключенность» выделились в самостоятельную группу. Стало очевидно, что они предполагают очень широкую трактовку бедности, как во времени, так и в пространстве, и могут использоваться для межстранового сравнения. Чтобы подчеркнуть универсальность подхода, применяемого для межстранового сравнения, в английском языке такие линии бедности стали называть «overall poverty line». При переводе важно учесть два качества, присущие «overall poverty line»: многокритериальность и общность методологии при сравнении. При этом общность методологии более важна, поэтому предлагается перевод «общая» бедность, который наиболее близок к авторскому пониманию данной экономической категории.

раниченный и отсутствующий доступ к образовательным и иным базовым услугам; повышенная заболеваемость и смертность от болезней; неблагоустроенное жилье или отсутствие жилья; небезопасные условия окружающей среды и социальная дискриминация и изоляция. Общая бедность также характеризуется отсутствием участия в процессе принятия решений, в гражданской, социальной и культурной жизни. Она имеет место во всех странах в виде: массовой бедности во многих развивающихся странах, очагов бедности среди общего благосостояния в развитых странах, потери источников жизнеобеспечения в результате экономического спада, внезапного наступления бедности в результате катастрофы или военного конфликта, бедности низкооплачиваемых рабочих и полной нищеты людей, оказавшихся вне поддержки семьи, социальных институтов и систем социальной защиты» [UN, 1995].

1.2. Функциональное использование определений: измерение бедности

Простые методы измерения бедности при оценке благосостояния опираются только на денежные доходы. Новые общепринятые международные определения учитывают не только уровень денежных доходов тех или иных лиц, но и то, насколько эти доходы достаточны, чтобы обеспечить минимально приемлемый образ жизни. В этих новых определениях бедности денежные доходы являются ключевым, но не единственным индикатором доступа тех или иных лиц к товарам и услугам. Например, обладание некоторыми активами эквивалентно дополнительному доходу; при прибавлении этой суммы к ресурсам того или иного лица она увеличивает показатель уровня жизни и доступа к товарам и услугам для данного лица.

Нормы, определяющие уровень дохода, необходимый для приобретения базовой потребительской корзины, имеют более тесное отношение к способности населения приобретать базовые продукты питания и потребительские товары. Однако эти нормы не включают все элементы, входящие в обеспечение жизненного уровня. Имеется два подхода к измерению низкого уровня жизни — рассмотрение потребительских расходов либо использование показателей депривации (лишений), отражающих неудовлетворенные потребности по причине того, что нет ресурсов для их удовлетворения. Второй подход является более точным, поскольку оценивает потребление, а не потребительские расходы на некий момент времени, и именно этот подход применяется в Великобритании в Исследовании Бедности и социальной исключенности (БСИ). Это исследование использует в основном данные о доходах, полученные из обследования бюджетов домохозяйств (ОБДХ), но измеряет бедность в терминах как депривации, так и уровня доходов: учитывается, лишены ли некие люди тех товаров, которые большинство населения считает необходимыми, и являются ли их доходы недостаточными для приобретения таких товаров. Кроме измерения бедности по этим двум направлениям в исследовании также собирались данные в соответствии с принятыми в Великобритании международными определениями бедности и данные, позволяющие оценить степень социальной изоляции тех или иных лиц. Таким образом, данное исследование позволяет сводить воедино информацию, полученную с применением разных критериев измерения бедности.

1.3. Исследование бедности и социальной исключенности (БСИ) в Великобритании, 1999 г.

Первоначально данное исследование планировалось как повторение двух предыдущих национальных исследований, известных как Британские исследования крайней бедности и проведенных в 1983 и 1990 гг. [Mack and Lansley, 1985; Gordon and Pantazis, 1997].

Исследование БСИ 1999 г. использует сопоставимые методы для идентификации тех потребительских товаров, которые считаются необходимыми большинством населения, что позволяет описать и проанализировать тенденции, развивавшиеся в течение последних двадцати лет.

1.4. Подход к измерению бедности в исследовании БСИ

Основной задачей исследования было измерение бедности на основе учета отсутствия материальных благ, социально воспринимаемых как предметы первой необходимости, и научного определения депривации. Исследование проводилось в три этапа, отражавших социальный консенсус в определении того, что должно считаться предметами первой необходимости, одновременно с применением научных методов использования данной информации для определения бедности. Во-первых, респондентам из представительной выборки населения было предложено указать, какие позиции из большого списка обычных домашних предметов и видов деятельности они считают необходимыми для любого домохозяйства или семьи в Великобритании. Во-вторых, им предложили указать, какие позиции из списка у них уже были, а какие они хотели бы иметь, но не могли себе позволить. Позиции, определенные более чем 50% респондентов как предметы первой необходимости, далее использованы для определения депривации в том случае, если они отсутствуют из-за нехватки денег. В-третьих, была рассчитана монетарная линия бедности, для чего был введен индекс уровня жизни, обратный индексу лишений: чем большее число позиций из базового списка было в наличии у домохозяйства, тем выше индекс уровня жизни. Монетарная линия бедности устанавливается там, где статистически максимизируются различия между категориями «бедный» и «не бедный» и минимизируются различия внутри данных групп. Для этого необходимо учитывать как доходы респондентов, так и их уровни депривации. Таким образом, при помощи данного подхода можно идентифицировать бедность научно обоснованными методами. Использование метода представительной выборки для выведения консенсуального решения о предметах первой необходимости также формирует научную базу для определения бедности.

Кроме вышесказанного, в данном исследовании были достигнуты еще две цели. В нем применялся критерий субъективно оцененной бедности для оценки того, сколько денег потребовалось бы для преодоления абсолютной и общей бедности по определению саммита в Копенгагене (см. выше). Для этого респондентам задавался вопрос о том, что они считают минимальным доходом, позволяющим им подняться над двумя означенными уровнями бедности, и превышают ли их собственные доходы означенные уровни.

В исследовании также делалась попытка измерить показатель социальной изоляции. Социальная изоляция рассматривалась в 4 измерениях — ограничения в доступе к: (1) ресурсам, (2) рынку труда, (3) услугам, (4) социальным отношениям. Поскольку в исследовании делается особый акцент на социальные отношения и социальное участие, оно отличается от большинства других исследований, где акцент делался на низкие доходы, отсутствие работы и барьеры в доступе к услугам. В большой степени это было вызвано нехваткой данных о социальных отношениях. Исследование БСИ предоставляет беспрецедентную возможность рассмотреть проблемы социальной изоляции и недостаточности социального участия, которые могут соотноситься с низкими доходами, незанятостью на рынке труда и изоляцией от услуг, проистекать из этих причин, но не полностью определяться ими.

2. РОСТ БЕДНОСТИ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Исследование бедности и социальной изоляции было третьим исследованием, проведенным за последние два десятилетия с целью измерения того, сколько людей в Великобритании не могут себе позволить товары и услуги, социально воспринимаемые как предметы первой необходимости. Проведя аналогичные исследования в 1983, 1990 и 1999 гг., мы имеем возможность получить картину динамики бедности, измеренной таким образом. Хотя эти исследования не были идентичными, они имеют достаточно совпадающих данных, чтобы можно было сделать выводы о нескольких основных типах перемен:

- перемены в перечне товаров, которые большинство населения относит к предметам первой необходимости;
- перемены в количестве лиц, испытывающих депривацию по каждому из наименований предметов первой необходимости вследствие отсутствия средств на его приобретение;
- перемены в категории бедных, определяемых как лица, не имеющие и не могущие себе позволить некоторых товаров первой необходимости;
- перемены в числе лиц, пребывающих в состоянии длительной бедности.

2.1. Перемены в восприятии предметов первой необходимости

В 1983 и 1990 гг. населению задавались вопросы о том, считают ли они определенные товары и услуги предметами первой необходимости. Со временем, если общество становится богаче, в соответствии с относительной теорией бедности число товаров и видов деятельности, которые люди считают необходимыми, возрастает. Именно это и произошло в период между исследованиями 1983 и 1990 гг. в Великобритании: число таких товаров и видов деятельности за период между двумя обследованиями увеличилось с 30 до 33 позиций, наблюдение за которыми велось в обоих исследованиях.

В среднем население Великобритании в 1980–90-е гг. становилось богаче: в период 1983–1998/9 гг. средние доходы возросли на 51% (после вычета расходов на содержание домовладения) — с £932 в год (£191 в неделю) до £15028 в год (£289 в неделю) по данным на февраль 2000 года. Такое повышение доходов распределялось неравномерно. Доходы и благосостояние «более богатых» людей за 1980–90-е годы увеличились значительно, в то время как доходы и благосостояние «беднейшей» части населения снизились в реальном исчислении после коррекции на инфляцию и рост стоимости жилья [DSS, 2000; Gordon, 2000]. По данным распределения доходов в 1998/9 финансовом году, разрыв между бедными и богатыми продолжает расширяться [Drever et al., 2000].

Тем не менее, общее повышение благосостояния позволяет ожидать, что в среднем в 1999 году большая часть населения, чем в 1990 г. или 1983 г., будет считать необходимыми повседневные товары и услуги из повторяющегося в исследованиях списка.

Однако результаты, представленные в *таблице 1*, отражают более сложную картину, согласно которой мнение населения изменилось как в соответствии со вкусовыми и технологическими переменами, так и с ростом благосостояния.³ В таблице отражены позиции, включенные в более чем одно исследование, большинство из них — это предметы первой необходимости для взрослых, однако пять позиций относятся к детским предметам, используемым и в 1990 году.

³ Наиболее значимые перемены в оценках показаны жирным шрифтом.

Таблица 1. Доля населения, считающего те или иные позиции из списка предметами первой необходимости в 1999, 1990 и 1983 гг.

| Предмет | 1999 | 1990 | 1983 |
|--|------|------|------|
| Дом без сырости | 94 | 98 | 96 |
| Туалет внутри дома | | 97 | 96 |
| Отопление для обогрева жилых помещений дома | 95 | 97 | 97 |
| Кровати и постельные принадлежности для каждого | 95 | 97 | 97 |
| Ванная индивидуального пользования (для семьи) | | 95 | 94 |
| Деньги для достойной внутренней отделки дома | 83 | 92 | |
| Холодильник | 89 | 92 | 77 |
| Теплое пальто с водоотталкивающей пропиткой | 87 | 91 | 87 |
| Трехразовое питание для детей | 91 | 90 | 82 |
| Двухразовое питание для взрослых | 91 | 90 | 64 |
| Страхование имущества в жилище | 80 | 88 | |
| Ежедневно свежие овощи и фрукты | 87 | 88 | |
| Игрушки (например, куклы, плюшевые игрушки) | 84 | 84 | 71 |
| Отдельные спальни для детей старше 10 лет | 80 | 82 | 77 |
| Ковры в гостиных и спальнях | 68 | 78 | 70 |
| Мясо, рыба или эквивалентные вегетарианские продукты один раз в два дня | 81 | 77 | 63 |
| Домашние праздники по особым случаям (день рождения, Рождество и пр.) | 83 | 74 | 69 |
| Две пары всепогодной обуви | 67 | 74 | 78 |
| Стиральная машина | 77 | 73 | 67 |
| Подарки друзьям/членам семьи ежегодно | 58 | 69 | 63 |
| Участие во внешкольных видах деятельности (спортивные секции, кружки, др.) | | 69 | |
| Регулярное откладывание сбережений (£10 в месяц) на черный день или старость | 67 | 68 | |
| Хобби или активное проведение досуга | 79 | 67 | 64 |
| Новая одежда — не секонд-хенд | 50 | 65 | 64 |
| Жаркое/эквивалент в вегетарианских продуктах раз в неделю | 58 | 64 | 67 |
| Оснащение для досуга (спортивный инвентарь, музыкальный инструмент, др.) | 62 | 61 | 57 |
| Телевизор | 58 | 58 | 51 |
| Телефон | 72 | 56 | 43 |
| Отпуск вне дома раз в год без родственников | 56 | 54 | 63 |
| Выходная одежда | 53 | 54 | 48 |
| Прогулка для детей еженедельно | | 53 | 40 |
| Приглашение детей на чай/угощение раз в две недели | 59 | 52 | 37 |
| Домашний халат | 37 | 42 | 38 |
| Вечернее развлечение вне дома раз в две недели | 41 | 42 | 36 |
| Поездки на автобусе/поезде к друзьям/членам семьи один раз в квартал | 41 | 39 | |
| Посещение каких-либо специальных занятий | | 39 | |
| Приглашение друзей или членов семьи к обеду/ужину | 65 | 37 | 32 |
| Автомобиль | 36 | 26 | 22 |
| Сигареты | | 18 | 14 |
| Еда в ресторане/пабе ежемесячно | 27 | 17 | |
| Отпуск вне дома раз в год | 20 | 17 | |
| Видеомагнитофон | 19 | 13 | |
| Домашний компьютер | 11 | 5 | |
| Посудомоечная машина | 7 | 4 | |
| Словарь | 55 | | |
| Возможность замены или починки сломанных электроприборов | 86 | | |
| Возможность посещения друзей или членов семьи | 85 | | |
| Возможность посещения друзей или членов семьи в больнице | 92 | | |

Окончание табл. 1

| Предмет | 1999 | 1990 | 1983 |
|---|------|------|------|
| Морозильник | 55 | | |
| Микроволновая печь | 24 | | |
| Мобильный телефон | 8 | | |
| Сушильная машина | 20 | | |
| Спутниковое ТВ | 5 | | |
| CD-проигрыватель | 12 | | |
| Соответствующая одежда для собеседований при приеме на работу | 70 | | |
| Возможность приобрести назначенные врачом лекарства | 91 | | |
| Доступ в Интернет | 6 | | |
| Небольшая сумма на карманные расходы еженедельно | 61 | | |
| Возможность ежедневно иметь газету | 32 | | |
| Посещение паба раз в две недели | 22 | | |
| Посещение свадеб, похорон | 81 | | |
| Посещение мест богослужения | 44 | | |
| Доставка детей из школы | 76 | | |
| Посещения школы, например, в день спортивного праздника | 81 | | |

По некоторым позициям, которые почти все респонденты отнесли к необходимым, наблюдались незначительные расхождения в доле респондентов, сделавших такой выбор в разных исследованиях. По трем позициям — «ковры в гостиных и спальнях», «подарки членам семьи/друзьям» и «новая одежда — не секонд-хенд» — данные значимо противоречили ожиданию того, что по мере повышения благосостояния общества большая часть предметов будет обозначаться как необходимая большим числом людей. Однако при вопросах о, предположительно, менее значимых и более дорогих предметах, таких как видеомэгафоны, посудомоечные машины и автомобили, большее число респондентов сочло их предметами первой необходимости в 1999 году, чем 1990 или 1983 году. Подобным же образом многие связанные с досугом или развлечениями виды деятельности, такие как «празднования по особым случаям» или же возможность позволить себе «хобби или активное проведение досуга» были сочтены необходимыми большим числом респондентов в 1999 году, чем в двух предыдущих исследованиях. То же самое относится к некоторым потребительским товарам длительного пользования, таким как телефоны и стиральные машины. В частности, наблюдался чрезвычайно резкий рост числа респондентов, считающих телефон предметом первой необходимости, — от 43% в 1983 г. до 56% в 1990 г., и до 72% в 1999 г. Аналогично, по позиции «приглашение друзей или членов семьи к обеду/ужину» это число возросло с 37% в 1990 г. до 64% в 1999 г. Однако такой рост показателя может частично быть следствием переформулирования вопроса (например, 1999 г. — «приглашение друзей или членов семьи к обеду/ужину, перекусить или выпить»; 1990 г. — «приглашение друзей/членов семьи к обеду/ужину один раз в месяц»).

За 16 лет между 1983 г. и 1999 г. население Великобритании в целом стало более широко подходить к пониманию необходимых для жизни предметов, которые каждый хотел бы иметь возможность приобрести. По мере повышения среднего благосостояния населения и развития технологического прогресса товары и услуги, которые некогда считались роскошью, стали более доступными и начали восприниматься как необходимые все большим числом людей. Однако в 1990-е г. наблюдалась явная поляризация между оценками молодых (в возрасте 16–24 года) и остальной части населения. По сравнению со старшими поколе-

ниями, молодые всегда более жестко судили о том, что является необходимым, и это различие стало еще более выраженным в 1990–1999 гг. Именно этот аргумент объясняет тот факт, что не по всем предметам, отнесенным к числу необходимых в 1990 году, наблюдается рост доли тех, кто считает их таковыми в 1999 г.

В *таблице 2* представлены только те позиции из тестируемого списка предметов и видов деятельности первой необходимости, по которым для группы респондентов 1999 г. в возрасте 16–24 обнаружилось значимые различия в оценках, как по сравнению со всеми взрослыми, опрошенными в этом же году, так и представителями данной возрастной группы, но опрошенными в 1990 г. Очевидно, что группа 16–24-летних в 1999 г. считает все предметы одежды менее значимыми, чем группа всех взрослых в 1999 г. или группа 16–24-летних в 1990 г. Аналогично, очень немногие респонденты в группе 16–24-летних в 1999 г. считали «страхование имущества в жилище», «свежие овощи и фрукты ежедневно», «подарки для друзей/членов семьи» и «жаркое/эквивалент в вегетарианских продуктах раз в неделю» позициями первой необходимости. Консенсус между возрастными группами по набору (предметов и действий) первой необходимости значительно ослабевает особенно в отношении базовых потребностей в одежде. Однако, это не нарушает общих требований к формированию списка базовых потребностей, включающего товары и виды деятельности, определенные более чем 50% всех респондентов как предметы первой необходимости.

Таблица 2. Пропорциональное число группы 16–24-летних и группы всех взрослых, считающих те или иные позиции списка предметами первой необходимости в 1990–99 гг.

| Предмет | Респонденты в возрасте 16–24 | | Все взрослые | |
|---|------------------------------|---------|--------------|---------|
| | 1999 г. | 1990 г. | 1999 г. | 1990 г. |
| Теплое пальто с водоотталкивающей пропиткой | 79 | 85 | 87 | 91 |
| Страхование имущества в жилище | 71 | 87 | 80 | 88 |
| Ежедневно свежие овощи и фрукты | 80 | 87 | 87 | 88 |
| Две пары всепогодной обуви | 47 | 63 | 67 | 74 |
| Подарки друзьям/членам семьи ежегодно | 49 | 72 | 58 | 69 |
| Новая одежда – не секонд-хэнд | 35 | 59 | 50 | 65 |
| Телевизор | 42 | 53 | 58 | 58 |
| Выходная одежда | 45 | 54 | 53 | 54 |
| Домашний халат | 16 | 24 | 37 | 42 |

Некоторые эксперты отмечали, что дети, выросшие только при консервативных правительствах, будут во взрослом возрасте иметь более «консервативные» взгляды, чем их родители, выросшие в 1960-х и 1970-х. Следует, однако, отметить, что в поддержку данной точки зрения практически нет каких-либо серьезных доказательств. Альтернативной интерпретацией этих данных может служить мнение, что молодые люди стали обращать меньше внимания на материальные факторы.

Многие молодые юноши и девушки пострадали от глубоких социально-экономических перемен в 1990-е г., в результате которых меньшее число молодых людей имели работу на полной ставке в 1999 г., чем в 1990 г. В сравнении со старшей возрастной группой, уровень заработной платы и пособий у молодых людей снизился. В 1999 г. также большее число юношей и девушек по окончании школы продолжают образование в системе высшего или среднего специального профессионального образования. Хотя образование и профессиональная подготовка повышают вероятность хороших заработков в будущем, в кратко-

срочной перспективе они связаны со снижением доходов. Такое относительное обеднение молодежи может быть столь же значимым фактором в объяснении изменения оценок среди когорты молодых, как и любые культурные влияния 18-летнего правления консерваторов. Молодые люди в 1999 г. с большей (в 2 раза) вероятностью могли быть студентами вузов или профессиональных училищ, чем в 1990 году, а студенты всегда более аскетичны в восприятии предметов первой необходимости, чем их работающие сверстники.

2.2. Изменения в восприятии базовых потребностей для детей

Определение базовых потребностей в исследованиях «Крайней бедности в Британии» (1983 и 1990 гг.) включали только пять позиций, имеющих отношение к детям, поэтому использовать эту базу данных для анализа изменений в восприятии предметов первой необходимости для детей не совсем корректно. Однако можно сопоставить оценки родителей по поводу того, что является базовыми потребностями для детей в 1995 г., полученные на основе специального «Обследования семей с малым достатком» [Middleton et al., 1997], и в 1999 г., используя данные омнибуса «ONS». Подчеркнем, что в ONS 1999 г. все взрослые (не только родители) оценивали структуру базовых потребностей для детей. Из списка, представленного в *таблице 3*, в 1995 г. восемь⁴ позиций не были отнесены к предметам или формам активности первой необходимости, а в 1999 году их число сократилось до трех.

За редкими исключениями, различия между суждениями родителей и всех взрослых в исследовании 1999 г. были крайне малы. Расхождения заметны по позиции «каникулы вне дома раз в году», которую сочли необходимой на 8% меньше родителей, чем всех взрослых, а также по позициям «ковер в спальне» и «посещение бассейна, по крайней мере, 1 раз в месяц», которые сочли необходимыми на 8% и 7% больше родителей, чем всех взрослых соответственно. В целом, наименее заметный рост доли респондентов, оценивших детские вещи и виды активности как необходимые, наблюдался по тем позициям, которые уже были отмечены как необходимые значительным числом респондентов в более раннем исследовании. К ним относятся две из трех позиций по продуктам питания, «новые ботинки нужного размера» и «отдельная кровать и постельные принадлежности». Максимальный рост значимости отдельных потребностей как базовых наблюдался по позициям, относящимся к детской социальной активности, в частности «хобби и активный досуг», «оснащение для досуга», «школьные поездки, по крайней мере, 1 раз в семестр» и «плавание, по крайней мере, 1 раз в месяц» (по всем позициям рост составил более 20%). Очевидно увеличение доли респондентов, относящихся к базовым потребностям, связанные с социальным и образовательным развитием детей, в частности: «игрушки (например, куклы, плюшевые игрушки)», «конструкторы», «новый/подержанный велосипед» и «компьютер, пригодный для выполнения школьных заданий» (хотя последняя позиция все еще не была оценена как необходимая большинством родителей в 1999 году). По-видимому, родители начинают все больше понимать значимость средств, способствующих социальному и образовательному развитию их детей.

Несмотря на эту общую тенденцию расширения списка базовых потребностей, приоритеты родителей в отношении предметов первой необходимости для детей остаются прежними — удовлетворение потребностей в пище, одежде, поддержание хорошего здоровья считается более важным, чем общение и развитие. Из пяти позиций, наиболее часто указываемых как необходимые

⁴ В таблице данные позиции выделены жирным шрифтом

Таблица 3. Изменения в восприятии базовых потребностей для детей, %

| Потребность | 1999 Все взрослые | 1999 Родители | 1995 |
|--|----------------------|------------------|-----------|
| <i>Продукты питания</i> | | | |
| Трехразовое питание | 91 | 91 | 93 |
| Свежие овощи и фрукты ежедневно* | 94 | 93 | 89 |
| Мясо, рыба или эквивалент в вегетарианских продуктах, по крайней мере, 2 раза в день | 77 | 76 | 68 |
| <i>Одежда</i> | | | |
| Теплое непромокаемое пальто | 95 | 95 | 94 |
| Новые ботинки нужного размера | 94 | 96 | 94 |
| Вся требуемая школьная форма | 88 | 88 | 79 |
| 4 джемпера/кардигана/свитера | 73 | 71 | 62 |
| Некоторые предметы новой одежды – не секонд-хэнд | 70 | 67 | 61 |
| По крайней мере, 7 новых трусов | 83 | 84 | 59 |
| По крайней мере, 4 брюк | 69 | 74 | 59 |
| <i>Участие в мероприятиях и видах деятельности</i> | | | |
| Празднования по особым случаям | 93 | 92 | 74 |
| Хобби и активный досуг | 90 | 88 | 66 |
| Школьные поездки, по крайней мере, 1 раз в семестр | 74 | 73 | 50 |
| Каникулы вне дома, по крайней мере, на 1 неделю в году | 71 | 63 | 47 |
| Плавание, по крайней мере, 1 раз в месяц | 78 | 71 | 40 |
| Приглашение друзей на чай/угощение раз в две недели | 59 | 53 | ** |
| Оснащение для досуга | 60 | 57 | 33 |
| <i>Развитие</i> | | | |
| Собственные книги | 89 | 90 | 82 |
| Детская игровая группа, по крайней мере, 1 раз в неделю (для дошкольников) | 88 | 89 | 74 |
| Образовательные игры | 83 | 84 | 73 |
| Игрушки (например, куклы, плюшевые игрушки) | 84 | 85 | 66 |
| Конструкторы | 62 | 66 | 46 |
| Велосипед: новый/подержанный | 55 | 60 | 32 |
| По крайней мере, 50 пенсов в неделю на сладости | 49 | 45 | 26 |
| Компьютер, пригодный для выполнения школьных заданий | 42 | 38 | 20 |
| Компьютерные игры | 18 | 13 | 5 |
| <i>Окружающая среда</i> | | | |
| Отдельная кровать и постельные принадлежности | 93 | 96 | 94 |
| Лужайка для игр | 69 | 68 | 70 |
| Отдельная спальня для каждого разнополого ребенка старше 10 лет | 78 | 77 | 69 |
| Ковер на полу в спальне | 67 | 75 | 62 |

Примечания.

* В Обследовании семей с малым достатком этот вопрос для родителей был сформулирован как «свежие фрукты один раз в день».

** Данная позиция была по недосмотру опущена в Обследовании семей с малым достатком.

в 1995 году, четыре остались таковыми и в 1999 году: «новые ботинки нужного размера», «отдельная кровать и постельные принадлежности», «теплое непромокаемое пальто» и «свежие овощи и фрукты ежедневно». Из пяти позиций, которые реже всего назывались как необходимые в 1995 году, че-

Таблица 4. Доля домохозяйств, которые не в состоянии позволить себе отдельные предметы или виды деятельности, %, сравнительные данные за 1999, 1990 и 1983 гг.

| Предметы и виды деятельности | Не имеет, не в состоянии себе позволить | | |
|---|---|-----------|-----------|
| | 1999 г. | 1990 г. | 1983 г. |
| Кровати и постельные принадлежности для каждого | 1 | 1 | 1 |
| Отопление для обогрева жилых помещений дома | 3 | 3 | 5 |
| Дом без сырости | 6 | 2 | 7 |
| Двухразовое питание | 1 | 1 | 3 |
| Холодильник | * | 1 | 2 |
| Ежедневно свежие овощи и фрукты | 5 | 6 | – |
| Теплое непромокаемое пальто | 4 | 4 | 7 |
| Празднования по особым случаям | 2 | 4 | 4 |
| Деньги для достойной внутренней отделки дома | 15 | 15 | – |
| Мясо, рыба или эквивалентные вегетарианские продукты один раз в два дня | 2 | 3 | 8 |
| Страхование имущества в жилище | 10 | 10 | – |
| Хобби и активный досуг | 7 | 6 | 7 |
| Стиральная машина | 2 | 4 | 6 |
| Телефон | 2 | 7 | 11 |
| Ковры в гостиных и спальнях | 2 | 2 | 2 |
| Регулярные накопления (£10 в месяц) на черный день или старость | 27 | 30 | – |
| Две пары всепогодной обуви | 7 | 5 | 9 |
| Приглашение друзей или членов семьи к обеду/ужину | 6 | 10 | 11 |
| Телевизор | * | 1 | * |
| Жаркое/эквивалент в вегетарианских продуктах раз в неделю | 4 | 6 | 7 |
| Подарки друзьям/членам семьи ежегодно | 4 | 5 | 5 |
| Отпуск вне дома раз в год без родственников | 18 | 20 | 21 |
| Выходная одежда | 5 | 8 | 10 |
| Новая одежда – не секонд-хэнд | 6 | 4 | 6 |
| Автомобиль** | 11 | 18 | 22 |
| Поездка на автобусе/поезде для визитов к друзьям/членам семьи один раз в квартал | 19 | 19 | – |
| Вечернее развлечение вне дома раз в две недели | 17 | 14 | 17 |
| Домашний халат | 1 | 2 | 3 |
| Еда в ресторане/пабе один раз в месяц | 21 | 22 | – |
| Видеомагнитофон | 2 | 11 | – |
| Отпуск за границей раз в год | 29 | 32 | – |
| Домашний компьютер | 17 | 16 | – |
| Посудомоечная машина | 11 | 18 | – |

Примечание: * Менее чем 0,5%. ** Курсивом показаны позиции, не отмеченные как предметы первой необходимости большинством респондентов в каком-либо из годов.

тыре и в 1999 году остались в конце списка. Это: «оснащение для досуга», «по крайней мере, 50 пенсов в неделю на сладости», «компьютер, пригодный для выполнения школьных заданий» и «компьютерные игры».

2.3. Изменения в структуре деприваций

По мере технологического прогресса отдельные предметы становятся дешевле в производстве и доступнее все большим слоям населения. На гипотетическом уровне можно предположить, что это должно повлиять на структуру

деприваций. Однако результаты, приведенные в *таблице 4*, показывают, что в Великобритании этот процесс происходил чрезвычайно медленно для бедного населения в 1980-е г. и практически приостановился в 1990-е. Изменения в основном касались «предметов роскоши» (видео, посудомоечная машина, автомобиль и пр.), которые не входят в состав базовых потребностей, поэтому депривации к ним не чувствительны. Из списка предметов первой необходимости резкое снижение доли тех, кто не может их себе позволить, наблюдается только по отношению к телефону: с 11% в 1983 г. до 2% респондентов в 1999 г. В случае ряда предметов первой необходимости, приведенных в *таблице 4*, депривация усилилась в период между 1990 г. и 1999 г. В частности, доля домохозяйств, не имеющих возможности жить в «доме без сырости», иметь «две пары всепогодной обуви» и «новую одежду — не секонд-хэнд», увеличилась. В каждом случае такое повышение показателя следовало за его падением в 1980-е. Долгосрочные последствия для здоровья от проживания в сыром доме в настоящее время уже хорошо изучены и подтверждены документально. Дети, страдавшие от множественной депривации жилищных условий, имеют на 25% более высокую вероятность серьезно заболеть к 33 годам, чем остальное население (процент рассчитан после поправки на все прочие причины плохого здоровья) [Marsh et al., 1999].

Несколько меньшее число домохозяйств могло позволить себе домашний компьютер в 1999 г., чем в 1990 г., несмотря на резкое падение цен на компьютеры в реальном исчислении в 1990-е г. Это тревожный факт с учетом того, что значение Интернета, очевидно, будет расти в 21-м веке. Правительство в настоящее время пытается обеспечить всеобщий доступ в Интернету для всех, с тем, чтобы английское общество не оказалось разделенным на «информационно бедных» и «информационно богатых».

2.4. Изменения в уровне бедности

По данным исследования БСИ, к концу 1999 г. примерно 14,5 млн человек (26% населения) проживали в бедности в Великобритании. Критерии измерения бедности, применяемые в исследовании, учитывали как низкие доходы, так и множественную депривацию в отношении предметов, социально определяемых как необходимые. Полученные в исследовании данные подтверждают, что уровень бедности резко возрос за период с начала 1980-х гг. Между 1983 и 1990 гг. число проживающих в бедности домохозяйств возросло практически наполовину — от 14 до 21% населения. В 1990-е гг. бедность продолжала расти, и к 1999 г. число проживающих в бедности *домохозяйств* вновь возросло до 24%.

Как соотносится данный показатель с историческими уровнями бедности? В некоторые периоды времени в прошлом большая доля населения Великобритании относилась к категории бедных, и их бедность в те времена была более тяжелой и даже угрожающей жизни. Однако вследствие роста численности населения в 20-м веке большее абсолютное число населения Великобритании в настоящее время является бедным, в соответствии с современными критериями определения и измерения бедности.

Настоящее исследование позволяет описать бедность и не только оценить уровень бедности, но и формы ее проявления. Например, из 58 млн населения Великобритании сегодня:

- примерно 9,5 млн человек не могут позволить себе адекватные (в восприятии большинства населения) жилищные условия. То есть, они не могут себе позволить содержать дом достаточно теплым, сухим и с достойной внутренней отделкой;

- около 8 млн человек не могут позволить себе 1 или более из основных предметов бытовой техники, таких как холодильник, телефон или ковры в жилых комнатах, либо починить электроприборы или мебель при их поломке или износе;
- почти 7,5 млн человек слишком бедны, чтобы быть вовлеченными в обычную социальную активность, рассматриваемую как необходимая: посещение друзей и членов семьи, посещение свадеб и похорон либо проведение семейных праздников по особым случаям;
- одна треть детей Великобритании обходятся по крайней мере без одного из предметов или видов деятельности первой необходимости, таких как трехразовое питание, игрушки, внешкольная активность либо соответствующая одежда. 18% детей обходятся без двух или более предметов или видов активности, определяемых как необходимые большинством населения;
- около 6,5 млн взрослых обходятся без самой необходимой одежды, такой как теплое непромокаемое пальто, поскольку не имеют на это денег;
- около 4 млн человек не получают полноценного питания, по современным стандартам. У них нет денег на приобретение свежих фруктов и овощей или, например, обеспечение двухразового питания;
- свыше 10,5 млн человек лишены доступа к финансовым инструментам, обеспечивающим стабильный уровень благосостояния. Они не могут позволить себе делать накопления, страховать дом и имущество, либо потратить незначительные деньги на себя;
- бедность, по-видимому, стала более широко распространенной, но не более «глубокой» в 1990-е годы. В период между 1990 г. и 1999 г. число домохозяйств, живущих в хронической долгосрочной бедности, снизилось с 4 до 2,5%;
- уровень бедности выше среди: женщин, детей, взрослых, живущих в домохозяйствах, состоящих из одного человека, включая пенсионеров; больших семей; семей с детьми до 11 лет; молодежи; лиц, покинувших школу в возрасте 16 лет или ранее; домохозяйств без членов семьи, имеющих оплачиваемую работу; домохозяйств с разошедшимися/разведенными родителями; домохозяйств с родителями-одиночками; жильцов муниципальных домов и домов строительных обществ; домохозяйств, зависящих от социальной помощи;
- уровень бедности составил 66% и 62% соответственно для родителей-одиночек с одним или двумя детьми, и еще более высокий для родителей-одиночек с тремя или более детьми. Он также высок среди безработных (77%) и инвалидов или людей с долговременным заболеванием в домохозяйствах, не имеющих членов семьи с оплачиваемой работой (66%).

Таким образом, бедность, измеряемая через возросшую депривацию в потреблении предметов первой необходимости, росла: при среднем приросте в 1% домохозяйств в год в течение 1980-х гг. и 0,3% домохозяйств в год в течение 1990-х гг. Это резкое увеличение уровня бедности, трактуемой как вынужденное лишение предметов первой необходимости, происходило на фоне того, как большинство населения Великобритании становилось богаче.

2.5. Долговременная бедность

Хотя бедность затрагивает четверть домохозяйств Великобритании, в большинстве случаев социальное государство предоставляет эффективную систему социальной поддержки, которая не дает гражданам слишком глубоко

погрузиться в пучину бедности. Для многих домохозяйств период бедности является крайне неприятным, но относительно кратким. По данным исследования БСИ, можно оценить число домохозяйств, испытывающих долговременную хроническую бедность. Британское исследование крайней бедности 1990 г. показало, что такие домохозяйства неизбежно страдали от крайней формы множественной депривации, нищеты и нужды.

Итак, в 1990 г. группа «долговременной бедности» была определена как домохозяйства: (1) имеющие значения индекса депривации три и выше (объективная бедность); (2) считающие себя по-настоящему бедными (субъективная бедность); (3) за последнее время постоянно пребывающие в состоянии бедности. В 1990 г. чуть более 4% домохозяйств относились к этой группе, однако к 1999 г. их доля снизилась до 2,5% (табл. 5). Таким образом, хотя более полумиллиона домохозяйств испытывали долговременную хроническую бедность в 1999 г., этот показатель падал в течение 1990-х гг.

Таблица 5. Долговременная хроническая бедность в 1990 г. и 1999 г.

| | Домохозяйства в 1990 г. (%) | Домохозяйства в 1999 г. (%) |
|---------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Не бедные | 79.0 | 76.0 |
| Бедные (не долговременно) | 17.0 | 21.5 |
| Долговременно бедные | 4.0 | 2.5 |

Политические выводы, которые можно сделать из данных свидетельств роста бедности, весьма значимы. Для того чтобы остановить и повернуть вспять эту тенденцию, правительство, взявшее на себя такое обязательство, должно будет произвести серьезные структурные изменения, затрагивающие систему пособий и льгот, налогов, общественных услуг, рыночных условий и заработков.

3. СОЦИАЛЬНАЯ ИСКЛЮЧЕННОСТЬ В ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Для анализа социальной исключенности будут использоваться данные исследования бедности и социальной исключенности (БСИ), о котором уже упоминалось. Само понятие «социальная исключенность» определяется как отсутствие доступа к: (1) доходам и другим материальным ресурсам; (2) рынку труда; (3) услугам; и (4) социальным отношениям. В данном случае рассмотренное ранее традиционное определение бедности как отсутствие адекватного уровня доходов или материальные депривации является лишь одной из четырех форм ее проявления, поэтому в этом разделе будут представлены основные результаты исследования по трем другим формам бедности, при этом особое внимание уделяется изоляции от социальных отношений.

3.1. Социальная исключенность как ограничения в доступе к рынку труда

Поскольку в регулярном «Общем обследовании домохозяйств» имеются данные по всем респондентам БСИ, предоставляется возможность рассматривать изоляцию от рынка труда как на уровне отдельных личностей, так и на уровне домохозяйств.

Рассмотрение социальной исключенности на уровне индивидов и на уровне домохозяйств важно по разным причинам. Индивидуальная вовлеченность в рынок труда все большим числом исследователей рассматривается как важный фактор не только потому, что это означает источник достойного дохода, но и потому, что оплачиваемая работа рассматривается сегодня как

важная арена социальных контактов и социального взаимодействия. Поэтому отдельные личности, не занятые на оплачиваемой работе, могут считаться социально исключенными, независимо от того, живут ли они вместе с другими взрослыми людьми, имеющими оплачиваемую работу, и является ли домохозяйство бедным. Однако отсутствие оплачиваемой работы может быть также причиной монетарной бедности, и такая ситуация с большей вероятностью может случиться с индивидами, проживающими в домохозяйствах, где нет занятых на оплачиваемой работе взрослых.

Таблица 6. Участие в рынке труда по возрастному, гендерному статусу и состоянию здоровья, % от численности группы

| Экономический статус респондента | | | | | | | |
|--|-------------|--------------|-----------------------------|-------------|--------------------------------------|-----------|---------------------------------|
| | Работаю-щие | Безработ-ные | Постоянно нетрудоспособ-ные | Пенсио-неры | До-машняя работа и уход за близ-кими | Студен-ты | Прочие эконо-мически неактивные |
| <i>Возраст респондентов</i> | | | | | | | |
| 16–34 | 76 | 6 | 1 | 0 | 8 | 8 | 0 |
| 35–54 | 80 | 4 | 6 | 1 | 7 | 1 | 2 |
| 55–64 | 38 | 2 | 15 | 33 | 8 | 0 | 4 |
| 65+ | 7 | | 1 | 85 | 5 | 0 | 2 |
| <i>Пол</i> | | | | | | | |
| Мужской | 63 | 4 | 6 | 21 | 2 | 3 | 1 |
| Женский | 50 | 3 | 4 | 26 | 12 | 3 | 2 |
| <i>Наличие длительного заболевания</i> | | | | | | | |
| Имеют | 69 | 4 | 0 | 16 | 7 | 3 | 1 |
| Не имеют | 35 | 3 | 13 | 37 | 7 | 2 | 3 |
| Все респон-денты | 57 | 3 | 5 | 24 | 7 | 3 | 2 |

В таблице 6 отражена степень трудовой активности в разрезе возрастных групп, гендерной принадлежности и состояния здоровья. Данные свидетельствуют, что 43% взрослых (50% женщин и 37% мужчин) не имеют оплачиваемой работы. При этом только 3% опрошенных (4% мужчин и 3% женщин) являются безработными, а большинство из тех, кто не имеет оплачиваемой работы, это лица, «неактивные на рынке труда». Многие из них пенсионного возраста, и более половины из них называют себя пенсионерами. Однако группа лиц, не имеющих оплачиваемой работы, отнюдь не сводится к людям пенсионного возраста. В возрастной группе 55–64 лет 62% не имеют оплачиваемой работы. Хотя около половины из них говорят про себя, что они на пенсии, значительное число (15%) больны или инвалиды, либо заняты домашней работой или уходом за другими членами семьи (8%). Последние две причины чаще всего определяют неактивность на рынке труда и в более молодых возрастных группах, причем необходимость ухода за близкими в шесть раз чаще отчуждает от оплачиваемой работы женщин, чем мужчин. Нетрудоспособность является основным детерминантом неактивности на рынке труда. Лица, имеющие длительные заболевания, имеют вдвое меньшую вероятность быть занятыми на оплачиваемой работе и более чем вдвое большую вероятность оказаться неактивными на рынке труда, чем лица без таких заболеваний. В целом из приведенных выше данных следует, что необходимо проявлять осторожность в трактовке неактивности на рынке труда как социальной исключенности, поскольку это явление охватывает очень

большую часть населения. Однако поскольку это явление может представлять фактор риска, необходимо отслеживать его детерминанты и корреляцию с другими индикаторами исключенности.

Проживание в домохозяйстве без работников часто рассматривается как индикатор социальной исключенности. Результаты, представленные в *таблице 7*, свидетельствуют о том, что треть населения проживает либо в домохозяйствах пенсионеров (21%), либо в других домохозяйствах без работников (13%). В их кругу почти две пятых (38%) находятся в возрасте 55–64 лет, а одна треть из всех лиц данной возрастной группы (33%) живут в домохозяйствах без работников и без пенсионеров. Представители более молодых возрастных групп также достаточно часто живут в домохозяйствах без какой-либо оплачиваемой работы: примерно один из восьми среди 16–34-летних и один из десяти среди 35–54-летних. Женщины с большей вероятностью, чем мужчины оказываются проживающими в пенсионных или безработных непенсионных домохозяйствах. Лица с долговременными заболеваниями имеют в полтора раза большую вероятность проживать в домохозяйствах без оплачиваемой работы, чем лица без таких заболеваний.

Таблица 7. Работавшие члены домохозяйств (процентное число респондентов)

| | Работавшие члены домохозяйств | | |
|--|-------------------------------|----------------------|----------------|
| | Нет работающих членов (%) | Работавшие члены (%) | Пенсионеры (%) |
| <i>Возраст респондентов</i> | | | |
| 16–34 | 13 | 87 | |
| 35–54 | 10 | 90 | |
| 55–64 | 33 | 56 | 11 |
| 65+ | 5 | 6 | 89 |
| <i>Пол</i> | | | |
| Мужской | 13 | 70 | 17 |
| Женский | 14 | 62 | 24 |
| <i>Наличие длительного заболевания</i> | | | |
| Нет | 9 | 77 | 14 |
| Да | 20 | 47 | 32 |
| Все респонденты | 13 | 66 | 21 |

3.2. Социальная исключенность как ограничения в доступе к услугам

Одним из аспектов социальной исключенности является отсутствие доступа к базовым услугам, будь-то в доме (например, электро- и водоснабжение) или вне дома (например, транспорт, услуги торговых центров и финансовые услуги). Отсутствие коммунальных услуг представляет собой изоляцию от базовых условий жизни, которые большинство населения считает само собой разумеющимися. Респондентам задавались вопросы об отключении воды, газа, электричества и телефона, а также вопросы о том, вынуждены ли они ограничить использование этих услуг из-за их стоимости. Согласно результатам исследования, 6% опрошенных пережили отключение от одного или более видов коммунальных услуг, а 11% использовали эти услуги в меньшем объеме, чем им было необходимо, поскольку не могли себе это позволить (*табл. 8*). Как показатель отключений, так и показатель ограниченного потребления снижается с возрастом. Женщины характеризовались несколько большей, чем мужчины, вероятностью пережить отключение и вдвое большей вероятностью ограниченного потребления. Домохозяйства с детьми имели более высокий риск по обеим позициям. Лица с долговременными заболе-

ваниями имели меньшую вероятность испытать отключения, чем лица без таких заболеваний, но гораздо большую вероятность ограниченного потребления. Респонденты из непенсионных безработных домохозяйств имели в 4 раза более высокую вероятность ограниченного потребления и почти в 3 раза более высокую вероятность испытать отключения, чем респонденты из домохозяйств с оплачиваемой работой (31% и 14% в сравнении с 8% и 5%).

Таблица 8. Отключения коммунальных услуг или их ограниченное использование в домохозяйствах респондентов, % от численности группы

| | Были случаи отключения | Ограничивали потребление |
|---|------------------------|--------------------------|
| <i>Возраст респондентов</i> | | |
| 16–34 | 10 | 13 |
| 35–54 | 7 | 12 |
| 55–64 | 1 | 10 |
| 65+ | 1 | 6 |
| <i>Пол</i> | | |
| Мужской | 5 | 8 |
| Женский | 6 | 13 |
| <i>Наличие длительного заболевания</i> | | |
| Нет | 6 | 7 |
| Да | 5 | 17 |
| <i>Демографический тип домохозяйства</i> | | |
| Один человек | 3 | 13 |
| Семейная пара | 3 | 8 |
| Домохозяйства с детьми | 7 | 15 |
| Прочее | 9 | 8 |
| <i>Наличие в домохозяйстве работников</i> | | |
| Нет работающих | 14 | 31 |
| Все трудоспособные работают | 5 | 8 |
| Пенсионеры | 1 | 7 |
| <i>Экономический статус респондентов</i> | | |
| Работающие | 5 | 7 |
| Безработные | 20 | 33 |
| Неактивные на рынке труда | 5 | 13 |
| Все респонденты | 6 | 11 |

Респондентам также задавались вопросы о доступе к общественным (например, библиотеки, больницы и почты) и частным услугам (например, магазин рядом с домом, банки, пабы) вне пределов их дома (табл. 9). По каждой услуге респондентам задавались следующие вопросы:

- пользовались ли они данной услугой;
- если пользовались, считают ли эту услугу качественной (некачественной);
- Если не пользовались, то почему: (1) не хотели; (2) она была недоступна; (3) не могли себе это позволить.

Такой подход к сбору данных о доступности услуг позволил провести разграничение между «коллективной изоляцией», когда услуги были недоступны либо неадекватны, и «индивидуальной» изоляцией, когда цена услуги была выше возможностей индивида. Детальные и агрегированные данные о доступности услуг представлены соответственно в таблицах 9 и 10. В целом, 24% оказались изолированы от двух или более услуг, поскольку эти услуги

Таблица 9. Коллективная и индивидуальная изоляция от общественных и частных услуг, % от общего числа респондентов

| | Пользу- юсь – услуги качественные | Коллективная изоляция | | Индивидуальная изоляция | |
|--|---|--|--|--|---|
| | | Пользу- юсь – услуги некачествен- ные | Не пользуюсь, т. к. услуги недоступные либо неподхо- дящие | Не пользуюсь, т. к. не могу себе позволить | Не пользуюсь – не желаю или не считаю их значимыми |
| <i>Общественные услуги</i> | | | | | |
| Библиотеки | 55 | 6 | 3 | 0 | 36 |
| Общественные спортивные сооружения | 39 | 7 | 5 | 1 | 48 |
| Музеи и выставки | 29 | 4 | 13 | 1 | 52 |
| Вечерние занятия | 17 | 2 | 5 | 3 | 73 |
| Общественный или сельский клуб | 31 | 3 | 9 | 0 | 56 |
| Больница с отделением травматологии/ скорой помощи | 75 | 13 | 2 | 0 | 10 |
| Врач | 92 | 6 | 0 | 0 | 2 |
| Дантист | 83 | 5 | 1 | 0 | 11 |
| Оптик | 78 | 3 | 1 | 1 | 17 |
| Почта | 93 | 4 | 0 | 0 | 2 |
| <i>Частные услуги</i> | | | | | |
| Места богослужений | 30 | 1 | 2 | 0 | 66 |
| Автобусное сообщение | 38 | 15 | 6 | 0 | 41 |
| Железная дорога или метро | 37 | 10 | 10 | 1 | 41 |
| Бензозаправка | 75 | 2 | 2 | 1 | 21 |
| Аптека | 93 | 3 | 1 | 0 | 3 |
| Ближайший небольшой магазин | 73 | 7 | 8 | 0 | 12 |
| Средний или крупный супермаркет | 92 | 4 | 2 | 0 | 2 |
| Банки и сберегательные строительные кассы | 87 | 7 | 1 | 0 | 4 |
| Пабы | 53 | 4 | 2 | 2 | 37 |
| Кинотеатры и театры | 45 | 6 | 10 | 5 | 33 |

были недоступны либо вне возможностей домохозяйств (табл. 10). Только 54% выборки имели доступ к полному спектру общественных и частных услуг.

Как по категории общественных, так и частных услуг препятствием в доступе к ним в большей мере оказалось их отсутствие, чем материальные ограничения.

Отсутствие услуг, или «коллективная изоляция», затрагивает почти одну треть респондентов как в отношении общественных, так и частных услуг. При

этом уровень коллективной изоляции от полноценных услуг выше, поскольку значительное число лиц, использующих те или иные услуги, считают эти услуги некачественными. Невозможность позволить себе услуги, или «индивидуальная изоляция», затрагивает только 1 респондента из 10.

Таблица 10. Характеристики недоступности общественных и частных услуг вследствие их дороговизны и/или отсутствия, % от общего числа респондентов

| | Число недоступных услуг | | |
|---|-------------------------|-------------|-------------|
| | 1 и более | в том числе | |
| | | 1 | 2 или более |
| <i>Общественные услуги</i> | | | |
| Не могут себе позволить | 4 | 3 | 1 |
| Отсутствуют | 28 | 20 | 8 |
| Не могут себе позволить или отсутствуют | 31 | 21 | 10 |
| <i>Частные услуги</i> | | | |
| Не могут себе позволить | 6 | 4 | 2 |
| Отсутствуют | 26 | 15 | 11 |
| Не могут себе позволить или отсутствуют | 30 | 16 | 14 |
| <i>Как общественные, так и частные услуги</i> | | | |
| Не могут себе позволить | 9 | 5 | 4 |
| Отсутствуют | 41 | 23 | 18 |
| Не могут себе позволить или отсутствуют | 46 | 22 | 24 |

Среди основных позиций, по которым высокие цены отмечались как сдерживающий фактор (табл. 9), были посещения вечерних занятий, пабов, кино/театра. Очень малое число респондентов отметили недоступность из-за дороговизны базовых медицинских услуг оптики. Относительно барьеров доступа к транспорту были получены следующие результаты: 6% респондентов указали, что автобусное сообщение отсутствует либо неудобно; 11% не могли пользоваться железнодорожными услугами и метро, поскольку они отсутствовали либо были слишком дороги. Еще 15% респондентов оценили услуги автобусного сообщения и 10% — услуги железнодорожного сообщения и метро, как не имеющиеся в наличии. Эти цифры, скорее всего, являются больше недооценкой, чем переоценкой как коллективной, так и индивидуальной изоляции, поскольку некоторые люди предпочитают сказать, что не желают пользоваться услугами, вместо того чтобы признать, что они не могут себе их позволить.

В таблице 10 приводятся данные по респондентам, лишенным доступа к двум и более услугам, поскольку эти услуги слишком дороги и/или отсутствуют. Анализ социально-демографического профиля домохозяйств данной группы (табл. 11) свидетельствует о том, что непensionные безработные домохозяйства чаще (33%) не имеют доступа к двум или более услугам, в сравнении с домохозяйствами, имеющими в своем составе работников (21%). Если обратиться к индивидуальным характеристикам респондентов, то также очевиден факт большей недоступности услуг для работающих: среди безработных и экономически неактивных 30% не имеют доступа к 2 и более услугам, а в кругу работающих таковых только 20%. Подобное различие в доступе к услугам наблюдается и при сравнении группы лиц с долговременными заболеваниями и тех, у кого таких заболеваний нет (30% и 21%). Риск данной формы социальной исключенности несколько повышается для женщин (27% в сравнении с 20% для мужчин). Группы, характеризующиеся повышенной вероятностью лишения услуг, аналогичны как применительно к частным, так и к общественным услугам. В целом в группе старше 65 лет риск социальной исключенности из-за недоступности услуг выше

Таблица 11. Социально-демографический профиль респондентов, испытывающих социальную исключенность при доступе к услугам, % от численности социально-демографической группы

| | Число общественных/частных услуг, недоступных по средствам/не имеющих в наличии | | |
|---|---|-----------------|-----------------|
| | 1 (%) | 2 или более (%) | общее число (%) |
| <i>Возраст респондентов</i> | | | |
| 16–34 | 16 | 26 | 42 |
| 35–54 | 27 | 21 | 49 |
| 55–64 | 21 | 19 | 40 |
| 65+ | 23 | 29 | 52 |
| <i>Пол</i> | | | |
| Мужской | 22 | 20 | 42 |
| Женский | 22 | 27 | 49 |
| <i>Наличие длительного заболевания</i> | | | |
| Нет | 22 | 21 | 43 |
| Да | 22 | 30 | 52 |
| <i>Демографический тип домохозяйства</i> | | | |
| Один человек | 20 | 29 | 49 |
| Семейная пара | 21 | 25 | 46 |
| Домохозяйства с детьми | 24 | 21 | 45 |
| Прочие | 22 | 22 | 44 |
| <i>Наличие в домохозяйстве работников</i> | | | |
| Нет работающих членов | 19 | 33 | 52 |
| Работающие | 22 | 21 | 43 |
| Пенсионеры | 23 | 27 | 51 |
| <i>Экономический статус респондентов</i> | | | |
| Работающие | 22 | 20 | 42 |
| Безработные | 15 | 30 | 45 |
| Неактивные на рынке труда | 22 | 30 | 52 |
| Все респонденты | 22 | 24 | 46 |

Примечание. Общая сумма может быть неточной вследствие округления.

(29% в сравнении 21% для группы 35–64 лет). Однако более детальный анализ показал, что данный результат в первую очередь обусловлен доступностью частных услуг, поскольку изоляция от двух или более общественных услуг снижается с возрастом, и у этой возрастной группы она ниже, чем у остальной части населения. Возможным объяснением этому может служить то, что общественные услуги обычно предоставляются бесплатно или по низкой цене для лиц старше 65 лет.

Среди услуг, относительно которых задавались вопросы, были услуги банков и сберегательных строительных касс: 5% взрослых респондентов сообщили, что не пользовались такими услугами. В большинстве случаев в качестве причины респонденты указывали, что не имели потребности в таких услугах, 1% респондентов отметил, что эти услуги были недоступны, и никто не указал, что не может себе их позволить. Отсутствие доступа к банковскому счету является все более значимым маркером финансовой изоляции, поскольку все меньшее число сделок может осуществляться исключительно наличностью, а число почтовых отделений и их филиалов уменьшается. Вопрос о доступе к услугам дополнялся прямым вопросом о наличии банковского счета или счета в сберегательной строительной кассе. 7% взрослых не имеют доступа к банковскому счету от своего собственного имени. Примерно 1 из 4 таких респондентов живет с партнером или супругом/ой, имеющим счет,

но 1 из 20 респондентов, по-видимому, в настоящее время не имеет доступа к какому-либо счету, будь то лично или по доверенности.

Важно отметить, что и другие факторы, кроме цены, могут приводить к значимой изоляции от услуг и видов деятельности. Респондентов с инвалидизирующими долговременными заболеваниями или инвалидностью спрашивали о сложностях, с которыми они сталкивались при оценке различных услуг. Почти каждый третий сообщил о значительных сложностях в использовании таких услуг, как посещение кинотеатров, музеев, магазинов и ресторанов, а у каждого шестого респондента были сложности с устройством в гостинице, страхованием, использованием услуг банков, строительных обществ и общественных телефонов (табл. 9).

3.3. Социальная исключенность как изоляция от социальных отношений

Программа обследования бедности и социальной исключенности предусматривает сбор информации о социальных отношениях и социальном участии. Изоляцию от социальных отношений можно рассматривать с разных позиций: как неучастие в общей социальной активности; изолированность; отсутствие поддержки; невовлеченность и уединенность.

3.3.1. Неучастие в различных формах социальной активности

Представление результатов по данному направлению начнем с описания степени вовлеченности населения в принятые в обществе формы социальной активности (табл. 12), выделяя долю тех, кто изолирован от участия в них из-за недостатка денежных средств. Подчеркнем, что не все из рассматриваемых видов социальной активности относятся к категории потребностей первой необходимости, однако они присутствуют в анализе, поскольку речь идет не о бедности, а о социальной исключенности.

Таблица 12. Вовлеченность респондентов в различные формы социальной активности

| | Вовлечен | Не вовлечен, т. к. не желает | Не вовлечен, т. к. не может себе позволить |
|--|----------|------------------------------|--|
| Посещение друзей или членов семьи в больнице | 88 | 9 | 3 |
| Визиты к друзьям или членам семьи | 95 | 3 | 2 |
| Празднования по особым случаям | 96 | 2 | 2 |
| Посещения школы, например, в день спортивного праздника | 52 | 46 | 3 |
| Посещение свадеб, похорон | 94 | 3 | 3 |
| Хобби или активный досуг | 81 | 12 | 7 |
| Доставка детей из школы | 45 | 52 | 3 |
| Приглашение друзей или членов семьи на обед/ужин | 84 | 10 | 6 |
| Отпуск вне дома раз в год | 68 | 14 | 18 |
| Посещение мест богослужения | 31 | 68 | 1 |
| Вечерние развлечения вне дома раз в две недели | 61 | 23 | 16 |
| Билеты на автобус/поезд для посещения друзей/членов семьи один раз в квартал | 30 | 55 | 18 |
| Обед/ужин в ресторане/пабе один раз в месяц | 60 | 21 | 19 |
| Посещение паба раз в две недели | 47 | 43 | 10 |
| Отпуск за границей раз в год | 48 | 25 | 28 |

Примечание. Позиции, выделенные курсивом, не были отнесены к видам деятельности первой необходимости более чем 50% респондентов.

Таблица 13. Социально-демографический профиль респондентов в разрезе уровней исключенности из рассматриваемых видов социальной активности из-за нехватки средств, % от численности социально-демографической группы

| | Отсутствие видов социальной активности из-за нехватки средств | | | | |
|---|---|----------|-----------|-----------|---------------|
| | 1 (%) | 2 (%) | 3/4 (%) | 5+ (%) | 1 и более (%) |
| <i>Возраст респондентов</i> | | | | | |
| 16–34 | 13 | 9 | 11 | 16 | 49 |
| 35–54 | 10 | 4 | 11 | 10 | 36 |
| 55–64 | 9 | 4 | 9 | 7 | 29 |
| 65+ | 9 | 9 | 8 | 5 | 31 |
| <i>Пол</i> | | | | | |
| Мужской | 11 | 7 | 8 | 9 | 36 |
| Женский | 10 | 6 | 11 | 12 | 39 |
| <i>Наличие длительного заболевания</i> | | | | | |
| Нет | 12 | 7 | 9 | 9 | 37 |
| Да | 8 | 7 | 11 | 13 | 38 |
| <i>Демографический тип домохозяйства</i> | | | | | |
| Один человек | 10 | 6 | 10 | 10 | 35 |
| Семейная пара | 9 | 5 | 6 | 5 | 25 |
| Домохозяйства с детьми | 13 | 9 | 15 | 16 | 53 |
| Прочие | 11 | 6 | 9 | 12 | 38 |
| <i>Наличие в домохозяйстве работников</i> | | | | | |
| Нет работающих членов | 10 | 9 | 14 | 28 | 60 |
| Работающие | 11 | 6 | 9 | 8 | 35 |
| Пенсионеры | 8 | 8 | 9 | 6 | 32 |
| <i>Экономический статус респондентов</i> | | | | | |
| Работающие | 12 | 6 | 8 | 8 | 34 |
| Безработные | 6 | 6 | 21 | 32 | 65 |
| Неактивные на рынке труда | 9 | 8 | 12 | 12 | 40 |
| Все респонденты | 11 | 7 | 10 | 10 | 37 |

Только 62% населения могут позволить себе полный спектр социальной активности. Каждый десятый член выборки вследствие нехватки денег изолирован от участия в пяти или более видах социальной активности, 20% — от трех или более видов, и 27% — от двух или более. Больше всего сокращаются из-за недостатка денег такие виды активности, как отпуск, вечерние развлечения или ужин вне дома, однако 6% респондентов отметили, что не могли себе позволить пригласить друзей или членов семьи на обед/ужин, легкое угощение или вечеринку с напитками. 7% не могли себе позволить хобби или активный досуг. Пропорционально меньшее число было изолировано от таких видов социальной активности, как посещение членов семьи и друзей, даже если те находились в больнице, а также посещение свадеб и похорон.

Характеристики социально-демографического профиля респондентов, сталкивающихся с различной степенью исключенности из социальной активности из-за нехватки средств (табл. 13) указывают на то, что традиционно бедные группы отличаются более высоким уровнем исключенности из социальной активности. Так, среди безработных доля тех, кто не может себе позволить 5 и более видов социальной активности по причине отсутствия средств в 3 раза выше, чем среди работающих. Аналогичное соотношение рисков высокой исключенности из социальной активности наблюдается при

сравнении лиц, проживающих в безработных непенсионных домохозяйствах, и респондентов из домохозяйств с работающими членами или пенсионерами. Домохозяйства с детьми являются лидерами по невовлеченности в социальную активность. Среди наиболее молодой возрастной группы (16–34 лет) выше число тех, кто не участвует в двух или более видах активности.

Отсутствие денег не является единственным фактором, препятствующим респондентам участвовать в различных видах социальной активности, хотя эту причину приводят чаще, чем прочие (47%⁵); второй наиболее частой причиной указывается отсутствие интереса (44%). Рейтинг более 10% наблюдается еще у трех факторов, препятствующих участию в социальной активности: отсутствие времени из-за необходимости ухода за детьми и иными членами семьи (18%); болезни и инвалидность (14%); отсутствие свободного времени из-за занятости на оплачиваемой работе (14%). С учетом последнего фактора следует проявлять осторожность в трактовке активности на рынке труда как простейшей причины социальной изоляции даже для лиц работоспособного возраста; очевидно, что этот вопрос требует дальнейшего исследования.

3.3.2. Изолированность от социальных контактов

Для исследования данной формы социальной исключенности респондентам задавался вопрос о том, как часто они виделись или разговаривали с членами семьи или друзьями вне собственного дома, включая личные контакты и общение по телефону. Из *таблицы 14* следует, что более половины респондентов (59%) ежедневно видятся или общаются по крайней мере с одним членом семьи, не проживающим в данном домохозяйстве. Показатель ежедневных контактов выше для возрастной группы 55–64-летних, для женщин, для лиц, проживающих в непенсионных безработных домохозяйствах, и для лиц, не занятых на оплачиваемой работе. Следует отметить, что лица из непенсионных безработных домохозяйств имеют более частые контакты с членами семьи, чем лица из домохозяйств, имеющих оплачиваемую работу. Большинство респондентов (91%), по крайней мере еженедельно контактируют с некоторыми членами семьи, не проживающими в данном домохозяйстве, и лишь 1% респондентов не имеют никаких контактов с членами семьи хотя бы несколько раз в год.

Более чем 1 из 4 респондентов (28%) не имеет друзей, с которыми поддерживает контакт ежедневно. Только 8% не имеют друзей, с которыми они поддерживают контакт по крайней мере еженедельно. Незначительное меньшинство (3%) не имеют контактов с друзьями даже несколько раз в год. Что касается ежедневных контактов с друзьями, 37% лиц старше 65 лет таких контактов не имеют, так же как 30% лиц в возрасте 35–64 лет и менее 20% самой молодой группы (в возрасте от 16 до 34 лет). 40% домохозяйств, состоящих из семейных пар, не поддерживают ежедневных контактов с друзьями, что можно соотнести с менее чем 25% для прочих типов домохозяйств. Как пенсионные, так и непенсионные безработные домохозяйства (64% и 69% соответственно) имеют меньшую вероятность ежедневно общаться с друзьями, чем работающие домохозяйства (76%), но безработные лица с большей вероятностью ежедневно встречаются с друзьями (81%), чем работающие лица (75%). Однако экономически неактивная группа имеет еще более низкий показатель (68%). Профиль респондентов, которые не поддерживают контактов с какими-либо друзьями хотя бы раз в неделю, аналогичен представленному выше для случая ежедневных контактов. Что касается контактов либо с членами семьи, либо

⁵ Респонденты могли указывать несколько факторов, препятствующих участию в социальной активности.

Таблица 14. Уровень социальных контактов респондентов с членами семьи и друзьями, % от численности социально-демографических групп

| | Контакты с членами семьи и друзьями | | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|--------------------|-----------------|
| | Члены семьи | | Друзья | | Члены семьи/друзья | |
| | ежедневно (%) | еженедельно (%) | ежедневно (%) | еженедельно (%) | ежедневно (%) | еженедельно (%) |
| <i>Возраст респондентов</i> | | | | | | |
| 16–34 | 63 | 94 | 81 | 97 | 91 | 98 |
| 35–54 | 53 | 88 | 72 | 93 | 87 | 96 |
| 55–64 | 68 | 93 | 70 | 88 | 90 | 95 |
| 65+ | 58 | 90 | 63 | 90 | 82 | 97 |
| <i>Пол</i> | | | | | | |
| Мужской | 51 | 89 | 68 | 91 | 85 | 96 |
| Женский | 67 | 93 | 76 | 94 | 90 | 98 |
| <i>Наличие длительного заболевания</i> | | | | | | |
| Нет | 58 | 91 | 74 | 94 | 88 | 97 |
| Да | 61 | 92 | 69 | 90 | 87 | 97 |
| <i>Демографический тип домохозяйства</i> | | | | | | |
| Один человек | 58 | 91 | 76 | 93 | 90 | 96 |
| Семейная пара | 59 | 93 | 60 | 88 | 81 | 97 |
| Домохозяйство с детьми | 59 | 90 | 79 | 96 | 92 | 97 |
| Прочие | 61 | 89 | 78 | 93 | 89 | 96 |
| <i>Наличие в домохозяйстве работников</i> | | | | | | |
| Нет работающих членов | 71 | 94 | 69 | 90 | 89 | 97 |
| Работающие члены | 57 | 90 | 76 | 94 | 88 | 97 |
| Пенсионеры | 58 | 91 | 64 | 90 | 83 | 97 |
| <i>Экономический статус респондентов</i> | | | | | | |
| Работающие | 56 | 90 | 75 | 94 | 88 | 96 |
| Безработные | 67 | 88 | 81 | 95 | 94 | 98 |
| Неактивные на рынке труда | 64 | 93 | 68 | 90 | 87 | 97 |
| Все респонденты | 59 | 91 | 72 | 92 | 87 | 97 |

с друзьями, то каждый восьмой респондент (13%) не имеет ни члена семьи, ни друга, проживающих вне данного домохозяйства, с кем данный респондент поддерживал бы контакт ежедневно. Только 3% не имели еженедельных контактов с членом семьи или другом, и 2% не имели подобных контактов хотя бы несколько раз в год. Группы, с наибольшей вероятностью не имеющие ежедневных контактов, — это лица старше 65 лет (18% в сравнении с 9% лиц из возрастной группы 16–34 года) и семейные пары (19% в сравнении с 10% по другим типам домохозяйств). Данные по уровню изолированности от контактов с друзьями или членами семьи не вскрывают различий между работающими лицами и экономически неактивными, хотя безработные имеют несколько большую вероятность осуществлять ежедневные контакты с членами семьи и друзьями. Лица, проживающие в безработных домохозяйствах, имеют меньшую вероятность отсутствия социальных контактов, чем лица из домохозяйств с оплачиваемой работой. Поэтому можно предположить, что безработица применительно к отдельным лицам и домохозяйствам не обязательно означает повышение социальной изоляции, трактуемой в этих терминах.

Таблица 15. Доля респондентов, имеющих потенциальную поддержку в каждой из семи ситуаций

| Тип поддержки | «Никакой»/«Некоторая» | «Не очень большая»/«Серьезная поддержка» |
|--|-----------------------|--|
| Уход за членами семьи | 29 | 71 |
| Помощь с проблемами, связанными с межличностными взаимоотношениями | 23 | 77 |
| Помощь с тяжелой работой по дому, в саду | 13 | 87 |
| Совет | 13 | 87 |
| Присмотр за личным имуществом в период отъезда | 11 | 89 |
| Общение в случае депрессии | 11 | 89 |
| Помощь по дому в случае заболевания респондента | 9 | 91 |

Приводимые респондентами причины того, что они не встречаются с семьей и друзьями более часто, также позволяют предположить, что одной из причин может быть наличие оплачиваемой работы. Среди наиболее часто называемых причин были также следующие: большие расстояния и нехватка времени из-за оплачиваемой работы.

3.3.3. Отсутствие включенности в сети межсемейной поддержки

Одним из индикаторов сложившихся социальных взаимоотношений и сетей является объем практической и эмоциональной поддержки, потенциально доступной индивидуумам в случае необходимости. Для понимания процессов, протекающих в данной сфере, респондентам задавался вопрос, какую степень поддержки они ожидали бы в семи разных ситуациях, включая поддержку от членов домохозяйства, других членов семьи и друзей, а также любые иные виды поддержки. Четыре ситуации были связаны с практической поддержкой: помощь по дому, когда вы слегли в постель с гриппом; помощь в тяжелой работе по дому или в саду; помощь в уходе за детьми, стариками либо больными взрослыми; присмотр за домом или имуществом во время отъезда. Три ситуации были связаны с эмоциональной поддержкой: совет в отношении жизненно важного вопроса; возможность с кем-то поговорить в случае депрессии; возможность с кем-то поговорить о проблемах с супругом или партнером. Только чуть более половины (54%) респондентов получали (или ожидают получить) «некоторую» или «серьезную» поддержку во всех семи обозначенных ситуациях. 23% респондентов не имеют адекватной поддержки как минимум в 4 из 7 ситуаций. Около 10% не получают «некоторой» или «серьезной» поддержки ни в каких ситуациях, либо получают только в одной ситуации. Из *таблицы 15* следует, что в каждой ситуации большинство респондентов полагает, что может иметь поддержку. Доля тех, кто не может получить поддержку, максимальна, когда речь идет о помощи при уходе за членами семьи, и минимальна в случае необходимости помощи респонденту в той ситуации, когда он лично заболел. К лидерам также следует отнести такую форму социальной исключенности, как изоляция от сетей межсемейного общения в случае проблем с межличностными взаимоотношениями.

В целом, мужчины обладают более слабыми сетями поддержки, чем женщины. Лица, имеющие работу, могут ожидать хорошую поддержку с большей вероятностью, чем безработные или лица, находящиеся вне рынка труда. Лица, проживающие в пенсионных и непенсионных безработных домохозяйствах, отмечают меньший уровень вовлеченности в сети поддержки. Однако лица из непенсионных безработных домохозяйств с меньшей вероятностью сообщают о низком уровне поддержки, в сравнении с лицами из пенсионных или работающих домохозяйств. Необходимо подчеркнуть, что задаваемые вопросы от-

носились к потенциально доступной помощи. Соответственно, они отражают впечатления получающих поддержку лиц и не являются простым критерием того, насколько эти лица реально имеют поддержку, хотя респонденты, конечно же, также опираются на свой опыт получения или неполучения поддержки в конкретных ситуациях. Более высокие ожидания имеющих оплачиваемую работу лиц могут на практике подтверждаться не полностью.

3.3.4. Невовлеченность в формы гражданской активности как проявление социальной исключенности

Отсутствие гражданской вовлеченности многими экспертами рассматривается в качестве важного аспекта социальной изоляции. Какие результаты, характеризующие данную сферу жизнедеятельности британского общества, были получены в рамках Обследования Бедности и Социальной Исключенности? Респондентов спрашивали о том, в каких из приведенного списка видах деятельности они участвовали за последние три года, а также были ли они в настоящее время активно вовлечены в деятельность какой-либо неправительственной организации из достаточно представительного списка (табл. 16).

Таблица 16. Виды гражданской активности, в которых участвовали респонденты за последние три года, % от численности респондентов

| Активность | (%) |
|--|-----|
| Голосовали на прошлых всеобщих выборах | 73 |
| Голосовали на прошлых местных выборах | 65 |
| Помогали в кампаниях по сбору средств | 29 |
| Убедили кого-либо (не члена семьи) голосовать | 20 |
| Излагали взгляды члену местного совета | 16 |
| Убедили кого-либо связаться с членом местного совета | 16 |
| Являлись сотрудником организации или клуба | 14 |
| Выступали с речью перед организованной группой лиц | 11 |
| Написали письмо в газету | 5 |
| Активно участвовали в политической кампании | 3 |
| Были кандидатами на должность государственного служащего | 1 |
| Ничего из перечисленного | 17 |

Примечание. Допускались множественные ответы.

В целом 17% вообще не занимались обозначенными видами гражданской активности в предыдущие три года. Единственными двумя видами деятельности, вовлекавшими более чем каждого третьего респондента, были участия в голосовании на местных и всеобщих выборах.

Рассмотрение текущего участия в различных видах гражданских организаций показало, что чуть менее 60% респондентов вовлечены в такую деятельность, при этом спортивные клубы охватывают самое высокое число респондентов — около 18% (табл. 17).

Объединяя участие в видах деятельности и организациях, представленных в таблицах 16 и 17, можно видеть, что в целом 88% респондентов оказались тем или иным образом вовлеченными, и лишь 12% — изолированными от гражданской активности. Необходимо подчеркнуть, что в этой общей цифре большое значение имеют результаты участия в голосовании; если их исключить, то невовлеченными окажутся 30% респондентов. Результаты анализа показали, что различия в уровне и формах гражданской активности между разными социально-демографическими группами в целом весьма незначительны. Фактор отсутствия работы или проживания в безработном

Таблица 17. Текущая активная вовлеченность в гражданские организации, % от численности респондентов

| Тип группы | (%) |
|--|-----|
| Спортивный клуб | 18 |
| Религиозное объединение или церковная организация | 12 |
| Любая иная группа или организация | 11 |
| Профсоюз | 10 |
| Социальный клуб либо клуб работающих мужчин | 10 |
| Ассоциации арендаторов, жильцов; Народная добровольная дружина | 9 |
| Добровольное оказание услуг | 8 |
| Объединение родителей или школьное объединение | 6 |
| Группа по охране окружающей среды | 3 |
| Другая гражданская группа или группа общины | 3 |
| Женская группа или организация | 3 |
| Политическая партия | 2 |
| Иная лоббистская группа | 2 |
| Женский институт или «Союз горожанок» | 1 |
| Ничего из вышеперечисленного | 41 |
| Не знаю | 3 |

Примечание. Допускались множественные ответы.

домохозяйстве несколько увеличивает исключенность из форм гражданской активности, хотя пенсионные домохозяйства более активно участвуют в голосовании.

Завершая обзор форм социальной исключенности на основе данных обследования БСИ, еще раз обратимся к основным результатам и расставим акценты в их понимании.

Ограничения в доступе к рынку труда. Необходимо проявлять осторожность в трактовке категорий неучастия в оплачиваемой работе или проживания в безработном домохозяйстве как составляющих социальной изоляции, поскольку 43% взрослых не имеют оплачиваемой работы; более чем один из трех человек проживает в домохозяйстве без оплачиваемой работы, где все взрослые являются либо пенсионерами, либо безработными непенсионерами. Однако изоляция от рынка труда остается важным фактором риска как в отношении изоляции от сферы услуг, так и в отношении некоторых аспектов изоляции от социальных отношений.

Ограничения в доступе к услугам. Только половина населения имеет доступ к полному спектру услуг. При этом отсутствие услуг (коллективная изоляция) является более серьезным барьером, чем их недоступность по цене (индивидуальная изоляция).

Исключенность из социальных отношений. Масштабы данного явления достаточно велики. Каждый десятый респондент оказался изолированным от 5 или более видов общепринятой социальной активности из-за отсутствия ресурсов, а каждый пятый — от 3 или более. Отсутствие времени из-за обязанностей по уходу за прочими членами семьи, оплачиваемая работа и нетрудоспособность также являются факторами изоляции населения от социально необходимой активности. Каждый 8-й респондент не имел ни члена семьи, ни друга вне семьи, с которым контактировал бы ежедневно. Экономическая неактивность и проживание в безработном домохозяйстве не обязательно повышают уровень социальной изоляции. В некоторых случаях они даже снижают его. Мужчины, проживающие в одиночку, имеют более высокий риск социальной изоляции.

Более 10% респондентов имеют очень слабую личностную поддержку, которой могли бы воспользоваться в случае необходимости. Каждый десятый респондент вообще не имеет гражданской вовлеченности.

Великобритания за последние годы стала более поляризованной страной, и рост бедности является коренной причиной многих социальных проблем, вызывающих озабоченность общественности. Английское общество обеспокоено последствиями депривации и связанным с ней отсутствием социальной справедливости. Сегодня страна находится на перепутье социального развития и перед необходимостью принятия эффективных мер, для того чтобы сначала остановить, а затем обратить вспять разрушительную структурную тенденцию, приводящую к повышению уровня бедности. Именно из этой проблемы проистекают все остальные — дезориентация, нестабильность, множественная депривация, конфликты, разграниченная лояльность и разграниченная активность. Возникают кардинальные вопросы в отношении перспектив социальной сплоченности и солидарности. Высокий уровень бедности и социальной изоляции оказывает негативное воздействие на состояние здоровья, образовательный статус, имеющиеся трудовые навыки участников изменяющегося рынка труда, на взаимоотношения внутри семьи, между этническими группами и в обществе в целом. Такую структурную проблему необходимо разрешать путем целенаправленной национальной стратегии. Достижение консенсуса между научными кругами для усовершенствования критериев измерения, разъяснение тяжести и причин этого явления с целью подбора адекватной политики и для того, чтобы показать, как может быть усилена роль общественных и частных услуг в поддержании жизни страны — вот ключевой шаг в достижении целей, поставленных правительством.

ЛИТЕРАТУРА

Drever, F. Social inequalities: 2000 edition / F. Drever, K. Fisher, J. Brown et al — London: The Stationery Office. 2000.

DSS (Department of Social Security). Opportunities for all: Tackling poverty and social exclusion. Cmd 4445 — London: The Stationery Office. 1999.

DSS (Department of Social Security). Households below average income 1998/9 — London: Corporate Document Services. 2000.

EEC. Final report from the Commission to the Council on the first programme of pilot schemes and studies to combat poverty — Brussels: Commission of the European Communities. 1981.

EEC. On specific community action to combat poverty (Council Decision of 19, December 1984). 1985.

Gordon, D. 'Inequalities in income, wealth and standard of living', in C. Pantazis and D. Gordon (eds) Tackling inequalities: Where are we now and what can be done? — Bristol: The Policy Press. 2000.

Gordon, D. Breadline Britain in the 1990s / D. Gordon, C. Pantazis — Ashgate: Aldershot. 1997.

Mack, J. Poor Britain / J. Mack, S. Lansley — London: Allen and Unwin. 1985.

Marsh, A. Home, sweet home? The impact of poor housing on health / A. Marsh, D. Gordon, C. Pantazis et al. — Bristol: The Policy Press. 1999.

Middleton, S. Small fortunes: Spending on children, childhood poverty and parental sacrifice / S. Middleton, K. Ashworth, I. Braithwaite — York: Joseph Rowntree Foundation. 1997.

UN. *The Copenhagen declaration and programme of action: World summit for social development 6–12 March 1995* — New York: United Nations Department of Publications. 1995.

КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (НА ПРИМЕРЕ Г. ЕКАТЕРИНБУРГА)¹

Н. Л. Антонова, к.с.н., доцент кафедры теории и истории социологии факультета политологии и социологии Уральского государственного университета им. А. М. Горького

Ключевой задачей эффективного функционирования системы здравоохранения в России выступает повышение качества медицинского обслуживания населения. В 2006 г. здравоохранение стало национальным приоритетом, началась реализация национального проекта «Здоровье», согласно которому из федерального бюджета были выделены значительные финансовые ресурсы для укрепления первичного звена медицинской помощи — увеличение заработной платы медицинским работникам, строительство медицинских центров, наращивание (развитие) новых методик и технологий и др. Думается, что данный проект также станет важным шагом в решении проблемы качества медицинской помощи и повысит доступность медицинского обслуживания населения.

Основной целью исследования был анализ качества медицинского обслуживания населения в системе обязательного медицинского страхования и построение социологической модели его оценки. Опрос пациентов проводился в поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга, включенных в систему ОМС.² Мы сознательно не стали обращаться к другим типам медицинских учреждений (стационары, женские консультации, скорая медицинская помощь и др.), поскольку медицинское обслуживание в каждом из них имеет свою специфику. Для комплексного системного представления о качестве медицинского обслуживания населения нами были проинтервьюированы руководители, специалисты медицинских учреждений и страховых медицинских организаций.³

Разработанная нами комплексная социологическая оценка качества медицинского обслуживания представляет собой матрицу показателей, совокупность которых дает целостную статичную картину возможных блоков исследования и позволяет высветить особенно важный момент: систему субъективного восприятия данных показателей пациентами, застрахованными в ОМС (рис. 1).

Следует особо подчеркнуть, что данная модель не является универсальной и «беспроблемной». Это авторская трактовка возможной оценки качества, которая продемонстрировала свои работающие способности в условиях полевого исследования.

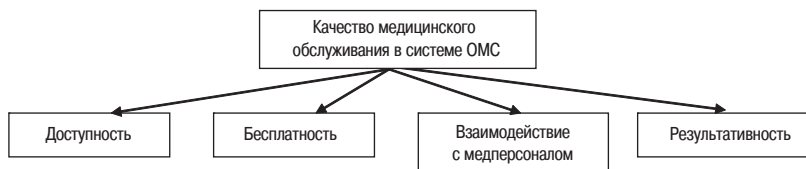
Остановимся подробнее на базовых показателях качества медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования.

¹ Настоящая статья написана на основе материалов исследования, проведенного в 2006 г. при поддержке Независимого института социальной политики. Участники проекта: Н. Л. Антонова (руководитель), П. Д. Карачев, Т. А. Лугинина.

² Общий объем выборочной совокупности составил 800 человек: 400 пациентов поликлиник, обслуживающих взрослое население, и 400 родителей, чьи дети получают медицинскую помощь в детских поликлиниках. Доля опрошенных воспроизводит половозрастную структуру населения г. Екатеринбурга.

³ Общее число интервью — 21: руководители медицинских учреждений — 12 интервью, руководители и специалисты страховых медицинских организаций — 9 интервью.

Рисунок 1. Социологическая модель субъективной оценки качества медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования



Бесплатность медицинского обслуживания. В соответствии с Программой государственных гарантий медицинское обслуживание в поликлиниках должно осуществляться на бесплатной для пациента основе. Вместе с тем более половины опрошенных признались, что оплачивали ряд медицинских услуг, причем большая часть оплативших — это пациенты от 18 лет и старше. Вот как оценивает данный факт один из экспертов страховой медицинской организации: «Это вытекает из государственной политики в отношении оказания медицинской помощи детям. Взять, например, такое заболевание, как ОРВИ. У детей стоимость тарифа медико-экономического стандарта выше, нежели у взрослого человека. Следовательно, обеспеченность лекарственными средствами в медицинских учреждениях, где лечатся дети, будет выше».

Обратимся к тем видам медицинских услуг, которые оплачивались пациентами. В структуре оплаченных медицинских услуг лидируют лабораторные обследования (анализы) — 31% опрошенных. Следует отметить, что нормативными документами для поликлинических отделений, имеющих тот или иной уровень лицензирования, определен обязательный перечень и объем проводимых исследований, которые финансируются за счет средств обязательного медицинского страхования. «На сложные дорогостоящие исследования, — отмечает один из экспертов страховой медицинской организации, — часто бывает очередь пациентов. В результате некоторые из них, не желая ожидать в очереди проведения бесплатного исследования, оплачивают их из собственных средств. Также на часть исследований, финансирование которых предусмотрено за счет средств бюджета, поликлиническим учреждениям выделяются квоты, которые быстро заканчиваются, а потребность в этих видах дорогостоящих исследований сохраняется».

Следующую позицию среди пациентов детских поликлиник занимают ультразвуковые обследования (13,8%), а для каждого третьего взрослого опрошенного — консультация врача-специалиста. В данном случае можно утверждать, что отсутствие узкого специалиста в поликлинике снижает доступность медицинского обслуживания и вынуждает пациента обращаться за платными медицинскими услугами.

В системе обязательного медицинского страхования объем медицинских услуг для каждого медицинского учреждения строго и жестко регламентирован. Медицинский персонал должен известить пациента о возможностях прохождения той или иной процедуры, обследования бесплатно для пациента, однако каждый третий пациент «взрослой» поликлиники и каждый четвертый родитель утверждают, что им не была предоставлена возможность получения медицинской услуги на бесплатной основе, то есть никто из медицинского персонала не объяснил, когда и при каких условиях возможно получение услуги.

Наиболее распространенным способом оплаты медицинской помощи является оплата медицинских услуг через кассу медицинского учреждения (53,7%). Это «отработанный» механизм, который «прописался» и существует в лечебных учреждениях. Практика добровольного медицинского страхования

слабо развита в амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Екатеринбурга, совсем незначительная часть пациентов обратилась к ней, причем, как отмечает один из специалистов страховой медицинской организации, «страховым медицинским организациям не выгодно иметь своих представителей в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Это связано с тем, что большинство пациентов, как правило, лица пожилого возраста, необходимый объем бесплатной помощи при соблюдении ряда условий им будет предоставлен бесплатно. Страховой организации гораздо выгоднее заключить договор с одним пациентом на несколько тысяч рублей на проведение высокотратного или высокотехнологичного способа диагностики или лечения или же с предприятием, организацией на группу лиц...».

Одной из неформальных норм, существующих в системе здравоохранения, выступает «благодарность» медицинскому персоналу за оказанное медицинское обслуживание. По данным исследования, проведенного под руководством С. В. Шишкина, неформальные платежи в поликлиниках встречаются реже, чем в стационарах. «Пациенты, располагающие деньгами, предпочитают получать необходимую помощь в частных или платных поликлиниках, пользоваться консультациями знакомых врачей, оценивая уровень лечебных услуг, предоставляемых в муниципальных поликлиниках, достаточно низко» [Неформальные платежи... 2003: 56]. Результаты нашего исследования подтверждают данный тезис: только 23% пациентов благодарили не только на словах, причем доля родителей превышает численность пациентов — клиентов поликлиник, обслуживающих взрослое население (27,8% и 18,3% соответственно). По мнению экспертов — руководителей поликлинических учреждений и специалистов страховых медицинских организаций, неформальные платежи осуществляются пациентами с целью получения медицинской помощи лучшего качества, иного, более дружественного, отношения с врачом и медицинским работником. Инициатором подарка в большинстве случаев выступает сам пациент, на этот факт указали 64,7% опрошенных. Каждый пятый пациент старше 18 лет отметил, что благодарность с его стороны была вынужденной, на ней настаивали сами медицинские работники.

Интервью со специалистами страховых медицинских организаций и администрацией поликлинических учреждений показало противоречивость позиций по данному вопросу. Так, страховщики утверждают, что проблема «взимания денег с пациента» за медицинскую помощь одна из ключевых, именно она является доминирующей в структуре жалоб в страховые медицинские организации: «Уважаемые врачи за время безденежья привыкли уже к этой форме дохода, я не скажу, что это было поголовно, но большая часть осталась в уверенности, что, если пациент предлагает деньги, их надо брать, а если не предлагает, то надо дать понять: или встанешь в очередь, или будем лечить, как всех, а если хочешь позаботиться о здоровье, заплати...». Руководители медицинских учреждений считают, что платные медицинские услуги оказываются населению в соответствии с нормативной базой: «В амбулаторно-поликлинической службе все приемы идут бесплатно. У нас есть платные услуги, но они оказываются в рамках постановления правительства нашей Свердловской области, у нас имеется разрешение, калькуляция, нас все время проверяют». Однако есть еще один взгляд на проблему бесплатного медицинского обслуживания: «Бесплатный уровень — это всегда какие-то рамки. Больному всегда хочется получить больше. Материальных ресурсов лечебного учреждения не всегда хватает на то, чтобы полностью удовлетворить пациентов». Данное утверждение затрагивает проблему полноты и объема

назначенного лечения и диагностики. С одной стороны, как утверждает информант, пациенты требуют большего, поскольку не могут оценить должным образом действия врача, однако, с другой стороны, как отмечает один из специалистов страховой медицинской организации: «Платная медицина плоха тем, что она, делая медицинскую услугу бизнесом, ведет к гипердиагностике и гиперназначениям. Врач, заинтересованный в увеличении посещений и диагностировании, назначает, часто в створе с определенными своими партнерами, большое количество процедур, которые на самом деле не оправданы».

В целом ситуация по оплате медицинских услуг более благоприятна в детских поликлиниках, причем родители готовы оплачивать медицинские услуги для своих детей, для них характерны неформальные нормы благодарности медицинскому персоналу за оказанную помощь. Степень удовлетворенности бесплатным медицинским обслуживанием населения старше 18 лет ниже среднего, поликлинические учреждения активно используют практику предоставления медицинских услуг на платной основе.

Доступность медицинского обслуживания. Современные трактовки доступности медицинского обслуживания касаются не только и не столько финансово-материальной стороны, сколько наличия/отсутствия необходимых специалистов и удаленности места проживания от центральных больниц.

Как показали результаты нашего исследования, среди основных лидирующих проблем при получении медицинского обслуживания были названы трудности с получением талона на прием и очереди на прием к врачу, при получении процедуры, обследования. Каждый десятый опрошенный признал, что причиной отказа в медицинском обслуживании стало отсутствие в поликлинике необходимого специалиста, причем эта проблема затрагивает большей частью детские поликлинические учреждения.

Исследовательские данные показывают, что 65% опрошенных, смирившись с отказом, не предпринимали никаких действий для получения медицинского обслуживания, 29% пациентов обратились в другое государственное (муниципальное) медицинское учреждение, причем доля получивших бесплатное медицинское обслуживание и обслуживание на платной основе примерно равна.

Страховщики выделили две ключевые проблемы доступности: «неукомплектованность медучреждений кадрами и трудности с получением высокотехнологичных видов лечения». Руководители поликлинических учреждений также отмечают кадровую проблему: «Не всегда можно попасть на прием, потому что либо какого-то доктора нет, или он так занят, что принять всех не может. Укомплектованность участковыми врачами составляет 50%. Обязать работать их на две и более ставки мы просто не в состоянии». Особый интерес представляет мнение заведующего поликлиникой одной из ЦГБ г. Екатеринбурга: «... Очень часто пациенты необоснованно считают, что им необходим только узкий специалист... слово «хочу» здесь не правомочно, все-таки надо наблюдаться в большей степени у терапевта».

В целом в системе медицинского обслуживания проблема доступности представлена в следующих аспектах: организация приема врачей, кадры, высокотехнологичные формы диагностики.

Взаимодействие с медицинским персоналом. Взаимодействие врача и пациента — это стержень, определяющий успешность диагностики и лечения: от характера отношений, которые складываются с врачом, во многом зависят конечный результат и дальнейшая профилактика.

Большая часть пациентов (62,9%) характеризуют свои отношения с врачом с позиций их формализации. Западные исследователи и специалисты

считают, что для более эффективного взаимодействия и высокого качества результата отношения должны иметь, скорее, нейтральный, формальный характер. Каждый третий опрошенный оценивает отношения как дружеские, поскольку «дружба способствует повышению доступности к медицинским услугам различной направленности».

В процессе практически любого взаимодействия, так или иначе, могут возникнуть столкновение интересов взаимодействующих сторон, конфликтные ситуации. 83% опрошенных отметили, что в течение года отсутствовал повод для возникновения конфликта с медицинским персоналом. Отсутствие конфликтов свидетельствует о своего рода благополучности системы взаимодействия по вектору «медперсонал—пациент»/ «медперсонал — родители ребенка-пациента», что, несомненно, повышает качество медицинского обслуживания в целом. Вместе с тем 13% опрошенных определили круг причин, которые послужили основанием для возникновения конфликта. Среди них:

- невнимательность, грубость со стороны медперсонала — 54,4%;
- отказ врача принять пациента (невозможность попасть на прием) — 14,6%;
- неверная постановка диагноза (врач не может поставить точный диагноз) — 8,7%.

Интересным представляется мнение заместителя руководителя одной из ЦГБ г. Екатеринбурга: «Известные психологи и психотерапевты указывают на то, что в некоторых специальностях, в том числе и у врачей, есть синдром эмоционального выгорания. Когда врач постоянно находится в состоянии стресса, то многие профессиональные действия делаются на автоматизме, а больные — недовольны».

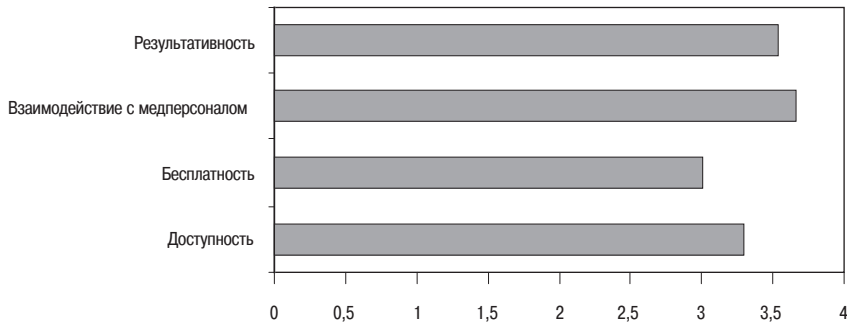
Руководители медицинских учреждений, характеризуя взаимодействие пациентов с медперсоналом, отмечают необоснованность обид и претензий со стороны пациентов: «Пациент не всегда себя объективно оценивает. Он считает, что все ему должны. Именно сторона отношения самого пациента к персоналу — это тоже проблема. Не всегда пациент оценивает должным образом тот титанический труд, который вложен врачом и медперсоналом в его спасение. Человеку жизнь спасли, а он потом начинает по каким-то мелочам придирается, забывая, что в принципе он мог просто не выжить».

В целом степень удовлетворенности взаимодействием с медперсоналом выше среди родителей детей-пациентов, чем среди пациентов, получающих медицинское обслуживание во взрослых поликлиниках.

Результативность медицинского обслуживания. Оценка пациентами результативности медицинского обслуживания опирается на субъективные ощущения, причем объективно комплекс медицинских мероприятий, назначенных лечащим врачом, пациент, в силу отсутствия медицинского образования и глубоких медицинских знаний, оценить не может. Поэтому в исследовании пациенты охарактеризовали общую оценку удовлетворенности результатом, под которым понималось общее улучшение/ухудшение самочувствия, исчезновение симптомов заболевания. Родители оценили результаты медицинской помощи выше, чем пациенты «взрослых» поликлиник; что касается страховщиков и руководителей медицинских учреждений, то мнения экспертов разделились. Так, специалисты страховых медицинских организаций ставят результативности медицинского обслуживания «троечку с минусом», поскольку, как отмечает один из специалистов, «за конечный результат как-то сегодня никто не болеет». Руководители амбулаторно-поликлинического звена оценивают результативность как очень высокую, обосновывая свою позицию «активным применением новых технологий».

В целом система оценки пациентами качества медицинского обслуживания, которая складывается из показателей удовлетворенности бесплатностью, доступностью, результативностью и взаимодействием с медперсоналом, выглядит следующим образом (рис. 2).

Рисунок 2. Оценки пациентами показателей качества медицинского обслуживания



Оценки пациентами показателей качества медицинского обслуживания позволяют прийти к следующим выводам. Во-первых, выше всего среди показателей качества пациенты оценивают отношение со стороны медицинского персонала и результативность медицинской помощи. Во-вторых, родители детей — пациентов детских поликлиник оценивают все показатели качества медицинской помощи выше, нежели пациенты, получающие медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях, обслуживающих взрослое население. Наибольшие различия в оценках таких показателей, как доступность и бесплатность медицинского обслуживания. В-третьих, более высокую оценку качеству медицинского обслуживания в целом дают родители несовершеннолетних пациентов, чем пациенты поликлиник, обслуживающих взрослое население: средний балл для детских поликлиник составляет 3,78, для «взрослых» поликлиник — 3,19.

Руководители медицинских учреждений оценивают качество медицинского обслуживания как хорошее, страховщики же ставят качеству удовлетворительную оценку, отмечая некоторые различия в качестве медицинского обслуживания детского и взрослого населения: «Детское население гораздо качественнее получает медицинскую помощь, традиционно педиатры — более дисциплинированная категория медицинских работников. В детской медицине очень развита гипердиагностика, она сложнее. Не очень квалифицированное медицинское вмешательство в детском возрасте создает серьезные проблемы для здоровья уже взрослого населения».

Каковы возможные пути решения проблемы качества медицинского обслуживания? В ходе интервью специалисты страховых медицинских организаций и руководители лечебно-профилактических учреждений выделили следующие направления:

- наращивание (развитие) новых методик и технологий;
- повышение квалификации, профессионального мастерства медицинских работников, включая среднее звено;
- материальное стимулирование медицинского персонала;
- повышение престижности профессии в обществе;
- улучшение материально-технической базы медицинских учреждений.

Несомненно, эти идеи заложены в национальном проекте «Здоровье», который можно считать важным условием, способным повысить качество медицинского обслуживания при получении первичной медико-социаль-

ной помощи в амбулаторно-поликлиническом звене. Респондентам было предложено оценить современный уровень оказания медицинской помощи в сравнении с предшествующим годом. Большая часть респондентов (68%) считает, что изменений в качестве медицинского обслуживания не произошло, каждый четвертый опрошенный утверждает, что качество улучшилось. Такие позитивные изменения отмечают в основном родители, то есть речь идет о том, что повышение качества медицинской помощи характерно в большей мере для детских поликлинических учреждений.

Оценивая идею реализации национального проекта «Здоровье», страховщики с осторожностью комментируют ее эффективность: «Национальную программу «Здоровье» расцениваю как массированное вливание денег без соответствующего планирования, без соответствующего определения целей. Точнее, качество изменится, оно изменится в лучшую сторону, но по соотношению объема вкладываемых денег и полученного результата... это крайне плохое соотношение». Руководители медицинских учреждений более эмоционально и оптимистично смотрят на реализацию национального проекта: «Безусловно, качество улучшится! Мы уже это на себе почувствовали. Это даже не подлежит сомнению... Национальная программа «Здоровье» по этому проекту выделила нам очень много аппаратуры: рентгеновский аппарат, эндоскопическая аппаратура, лабораторные анализаторы. Естественно, качество улучшится. Это все пойдет в поликлиники, все пойдет на обслуживание населения».

Основные выводы и рекомендации. Качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования — вопрос, который на сегодняшний день не решен в полной мере. Функционирование обязательного медицинского страхования имеет ряд болевых зон, которые требуют оперативного вмешательства.

1. Для повышения доступности медицинского обслуживания необходимо, чтобы в каждом медицинском учреждении был график работы медицинских работников с указанием фамилии, имени, отчества, специальности, квалификационной категории, времени приема или выполнения исследования.

2. В медицинских учреждениях следует организовать систему видеонаблюдения (либо у дежурного администратора поликлиники, либо у другого ответственного лица): увидев на экране очередь перед окном регистратуры или врачебного кабинета, возможно принятие административных и организационных мер по регулированию текущей ситуации — дирижирование потоками пациентов, перераспределение сил и средств поликлиники.

3. Оптимизация системы предварительной записи пациентов на прием, на исследования (по телефону, по журналу самозаписи к тому или иному специалисту).

4. Органами Управления здравоохранения, ТФОМС, СМО при перевыполнении объемных показателей муниципального заказа должны проводиться проверки медицинского учреждения, в частности по обоснованности применения платных медицинских услуг, вплоть до их ограничения.

5. Исходя из существующей нормативной базы, необходима разработка памятки для пациентов применительно к каждому медицинскому учреждению с указанием условий предоставления бесплатной медицинской помощи и видов бесплатных медицинских услуг, причем памятка должна вручаться в момент обращения в регистратуру.

6. Необходима разработка нормативных документов на федеральном уровне и уровне субъекта РФ об ответственности руководителей медицинских учреждений в случаях нарушения права граждан на бесплатную медицинскую помощь.

7. С целью контроля за видами медицинской помощи, которые должны предоставляться бесплатно, необходимо, чтобы медицинские работники в журналах учета и в другой медицинской документации регистрировали посещения, проведенные методы исследования и лечения, оказанные на бесплатной основе и платно (с учетом письменного подтверждения со стороны пациента о том, что он проинформирован о возможных вариантах бесплатного оказания медицинских услуг и согласен на проведение платных услуг), то есть организация раздельного учета платных и бесплатных медицинских услуг.

8. Пересмотр и утверждение администрацией медицинских учреждений функциональных обязанностей, прав и ответственности специалистов, участвующих в оказании медицинской помощи.

9. Разработка и утверждение приказом главного врача учрежденческих стандартов заполнения и ведения медицинской документации, разработка алгоритмов направления на необходимые консультации к другим специалистам, на исследования.

10. Размещение в медицинских учреждениях «на видном месте» положений основных документов, регламентирующих предоставление бесплатной медицинской помощи, и желательное местное радиовещание.

11. Организация специальных телевизионных программ на местном телевидении, раскрывающих особенности медицинского обслуживания в ОМС, права и обязанности пациента и врача с привлечением специалистов Управления здравоохранения, ТФОМС, СМО.

12. Использование в амбулаторно-поликлинических учреждениях разработанной социологической методики измерения качества медицинского обслуживания в мониторинговом режиме.

ЛИТЕРАТУРА

Головнина, Н. Реформы здравоохранения в постсоветской России: итоги и проблемы./ Н. Головнина, П. Ореховский// Общество и экономика. 2005. № 3. с. 54–87.

Овчарова, Л. Н. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность/ Л. Н. Овчарова, рук. авт. колл. — М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2005.

Заборовская, А. Трансформация гарантий получения образования и медицинской помощи в странах с переходной экономикой/ А. Заборовская, С. Шишкин// Общество и экономика. 2005. № 1. с. 168–192.

Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления/ Отв. ред. С. В. Шишкин — М.: Поматур, 2006.

Здоровье и здравоохранение в условиях рыночной экономики/ Отв. ред. Л. С. Шилова, Л. В. Ясная — М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2000.

Неформальные платежи за медицинскую помощь в России — М., 2003.

Панова, Л. В. Неравенства в доступе к первичной медицинской помощи/ Л. В. Панова, Н. Л. Русинова// Социол. иссл. — 2005. — № 6. — с. 127–135.

Вишневский, А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад VII Международ. Науч. Конф. «Модернизация экономики и государство»/ А. Г. Вишневский, Я. И. Кузьминов, В. И. Шевский и др. — М.: Изд. Дом ГУ ВШЭ, 2006.

**«ОБЗОР СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В РОССИИ.
НАЧАЛО 2000-х». — М.: НИСП, 2007г.
СУЖДЕНИЯ, МНЕНИЯ, ДИСКУССИИ**

Уважаемые читатели! В этом номере редакция приняла решение отойти в рубрике Книжное обозрение от традиционного жанра рецензии. На этот раз мы приведем отзывы нескольких экспертов об одном и том же издании и его обсуждении специалистами на «круглом столе».

Независимый институт социальной политики выпустил коллективную монографию «Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х» — труд, который привлёк внимание широкого круга ученых. Презентация издания состоялась на заседании «круглого стола», которое было подготовлено и проведено Независимым институтом социальной политики, Национальной ассамблеей специалистов в области труда и социальной политики (НАСТиС), кафедрой труда и социальной политики РАГС. В работе «круглого стола» приняли участие член-корреспондент РАН, проректор РАГС В. Чичканов, доктор экономических наук, профессор, президент НАСТиС Н. Волгин, доктор экономических наук, профессор, руководитель Центра социальной политики Института экономики РАН Е. Гонтмахер, доктора экономических наук, профессора кафедры труда и социальной политики РАГС А. Кашепов и Б. Ракитский, доктор экономических наук, профессор, член-корреспондент РАН Н. Римашевская, доктор экономических наук, профессор, главный научный сотрудник Института экономики РАН Л. Ржаницина, заместитель директора по научной работе Института социологии РАН Н. Тихонова, директор Всероссийского центра уровня жизни В. Бобков и другие ученые.

Вниманию читателей предлагаются отзывы участников заседания Е. Гонтмахера и Н. Волгина, а также рецензия на «Обзор...», опубликованная в журнале «Социальное партнерство», в которой авторы монографии нашли для себя несколько очень ценных замечаний.



М.:НИСП, 2007

Е. Ш. Гонтмахер, д.э.н., профессор, Центр социальной политики Института экономики РАН

Начало 2000-х годов для российской социальной политики было испытанием на профессионализм лиц, принимающих решения в этой сфере. Если в 1990-е годы отсутствие логики и огрехи можно было легко объяснить кризисным состоянием экономики и нехваткой бюджетных средств, то нынешнее десятилетие началось с быстрого экономического роста, появления бюджетного профицита и Стабилизационного фонда. И что же произошло в социальной сфере? Этой сложной теме посвящена книга коллектива специалистов Независимого института социальной политики [«Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х». М., 2007].

Упомянутое выше радикальное изменение внешних — по отношению к социальной политике — обстоятельств сделало невозможным просто инерционное развитие событий. На повестку дня вышла не просто постановка вопроса о необходимости реформ, но и необходимость их практической разработки и реализации. Это вылилось в такие события начала 2000-х, как пенсионная реформа, монетизация льгот, старт программы ипотечного кредитования, введение Единого государственного экзамена в образовании и попытки изменить к лучшему положение дел в здравоохранении. Все эти, а также целый ряд других вопросов детально рассматриваются в рецензируемой книге.

Важно отметить, что авторы пошли намного дальше, чем просто изложение в хронологическом порядке фактов и событий. Они дают их анализ, не скрывая собственной позиции.

При рассмотрении проблем здравоохранения весьма выпукло иллюстрируются процесс замещения бесплатной медицинской помощи платными услугами (в том числе так называемыми «неформальными платежами»), возникновение недопустимых различий в доступности медицинской помощи и ее низкая эффективность. Делается обоснованный вывод о том, что «решение этих проблем требует реформирования системы государственных гарантий оказания медицинской помощи, системы обязательного медицинского страхования, проведения реструктуризации системы медицинского обслуживания» [с. 62]. Это хороший пролог к предстоящей неизбежной дискуссии о будущем нашего здравоохранения, об оптимальной модели его функционирования в России.

Не меньший масштаб предстоящих реформ, как показывают авторы, предстоит и в сфере образования. Можно согласиться с выводом, например, в отношении учреждений начального и среднего профессионального образования, передача которых в ведение субъектов Федерации не оправдала себя. Оправдана и осторожность в отношении перехода на двухуровневую систему высшего образования (бакалавриат и магистратура). Особое внимание уделено переходу на нормативно-подушевой принцип финансирования общего образования. Однако авторы не дали четкого ответа на вопрос: должна ли школа получать средства из регионального или муниципального бюджета? И какова судьба соучредительства? Есть вопросы и к анализу первых результатов внедрения ЕГЭ. Распространять данные по Самарской области на всю страну рискованно. Например, как

показывают данные за два последних года, наивысшие оценки по этому экзамену получены в регионах, в которых для этого, судя по косвенным признакам, был использован местный административный ресурс.

В разделе, посвященном ситуации на рынке труда, значительное внимание уделяется неформальной занятости, что оправдано выявленным увеличением масштабов этого процесса — уменьшения численности в экономике «хороших» [с. 123] рабочих мест. Но в этой связи остается открытым вопрос о степени соответствия параметров российского рынка труда заявленным амбициозным целям переориентировать российскую экономику преимущественно на наукоемкие и высокотехнологические сектора. И дело здесь не только в банальном увеличении производительности труда, а в соответствии возрастной, образовательной и региональной структуры российской рабочей силы стоящим перед страной вызовам обеспечения конкурентоспособности в мировом разделении труда.

По мере нарастания остроты демографической ситуации и продолжающегося экономического роста на первый план выходят проблемы трудовой миграции в России и миграционной политики в целом. Им в книге посвящено достаточно много места. Однако авторы так четко и не разделили две проблематики: иммиграцию в Россию на постоянное место жительства и временную трудовую миграцию. Почему такое деление требуется?

В 1990-е годы в Россию въехало несколько миллионов человек из стран СНГ, которые впоследствии получили российское гражданство. Этот поток к настоящему времени практически иссяк. Даже широко разрекламированная программа по привлечению соотечественников, запущенная в 2007 году, не дает ожидаемого результата. Причин несколько. Это, например, исчерпывание миграционного потенциала в странах выхода (например, из республик Центральной Азии уже уехало практически все русскоязычное население), улучшение экономической ситуации в бывших республиках СССР (например, в Казахстане, Азербайджане). Возникает вопрос: эффективно ли для России предпринимать усилия по привлечению постоянного населения из стран дальнего зарубежья, в частности из Китая, стран Юго-Восточной Азии, или стоит ограничиться строго регламентированной временной трудовой миграцией? На него надо обязательно дать ответ уже в ближайшее время.

Безусловно, одним из самых запоминающихся разделов книги является тот, который посвящен анализу хода подготовки и реализации пенсионной реформы. Авторы весьма глубоко анализируют накопившиеся за последние годы структурные проблемы в этой сфере. Этот анализ весьма важен для дискуссии, которая в последнее время разгорелась вокруг будущего пенсионной системы. Важно отметить, что авторы не призывают к кардинальным действиям (например, к отмене обязательного накопительного элемента), считают перспективным тот вектор, который был выбран в 2001 году.

Интересен и анализ последствий монетизации льгот. Он убедительно доказывает, что эта реформа, в отличие от пенсионной, закончилась неудачей. Причем такой исход был предопределен с самого начала, когда не были оценены возможные социальные и даже финансовые последствия этого шага. Все очень быстро закончилось консервацией наиболее значимых натуральных льгот (бесплатные лекарства, льготы по оплате ЖКХ,

предоставление санаторно-курортных путевок), которая была дополнена введением денежного ежемесячного пособия. Аналогичная ситуация сложилась и в большинстве регионов, которым была передана ответственность за меры социальной поддержки в отношении ветеранов труда, тружеников тыла в период Великой Отечественной войны и жертв политических репрессий. Но, несмотря на это, у значительной части льготников уровень доходов снизился, что убедительно показывают авторы книги.

Можно и дальше перечислять достоинства рецензируемой книги, но хотел бы выделить главное: авторам удалось не только дать цельную картину социальной политики начала 2000-х годов, но и подтолкнуть читателей (думаю, многочисленных) к размышлениям и дискуссиям о судьбах России XXI века.

Н. А. Волгин, д. э. н., профессор, заведующий кафедрой труда и социальной политики РАГС при Президенте РФ

Появление на российском рынке книжной продукции подобного жанра работы — серьезное событие. Обзор обсуждался экспертами по вопросам социальной политики в июне 2007 г. в Российской академии государственной службы при Президенте РФ на заседании «круглого стола», совместно подготовленном и проведенном Независимым институтом социальной политики, Национальной ассамблеей специалистов в области труда и социальной политики (НАСТИС), кафедрой труда и социальной политики РАГС. Будучи участником и соведущим этого интересного мероприятия, имею возможность высказать не только свои личные впечатления о прочитанной книге, но и коллективное мнение коллег по отдельным ее аспектам.

Во-первых, авторы предлагают читателям глубокий и обширный аналитический материал по ключевым направлениям социальной политики, используют оригинальные инструменты и механизмы его обобщения и обоснования оценок. С другой стороны, и это очень важно, при желании любой читатель, специалист может по своей логике с учетом своих позиций анализировать представленный статистический материал и делать свои, возможно, отличные от авторских, выводы и предлагать рекомендации по разным направлениям социальной политики.

Во-вторых, творческий коллектив авторов затронул практически все основные официально принятые приоритеты социальной политики — сокращение бедности, пенсионная реформа, развитие образования, здравоохранения, жилье. Очень важно, что в структуру анализа книги входят также актуальные вопросы реализации Национальных проектов, острые демографические и миграционные проблемы.

В-третьих, в книге дается в основном реалистичная картина состояния дел в социальной политике и отраслях социальной сферы. Думаю, что в этом контексте авторам вполне удалось достигнуть главной цели, которую они поставили, — честно и правдиво сделать анализ успехов и неудач, дать оценку действий и бездействий в социальной сфере, осознать уроки прошлого и вызовы будущего.

Немало и других вполне очевидных позитивов данной книги, которые невозможно не заметить, и это легко сделают читатели самостоятельно.

Конечно, как и в любой крупной работе, здесь имеются отдельные резервы. В частности, отмечу некоторые из них.

Во-первых, было бы целесообразным в начале книги дать глоссарий, отражающий позицию авторов в понимании конкретных ключевых категорий, процессов и явлений. Дело в том, что разное теоретическое представление сущности и содержания, например, социальной политики, социальной защиты, рынка, оплаты труда и т. д. предполагает разное восприятие анализа их в практической плоскости и механизмов развития.

Во-вторых, было бы нелишне и вполне корректно по отношению к другим школам и разным коллективам, занимающимся в России профессионально проблемами социальной политики, учитывать и использовать в работе, при анализе социальных вопросов большее число позиций и под-

ходов в теории и практике развития данной сферы экономики и общества, не ограничиваясь при этом пусть и очень интересными, но лишь своими внутрикорпоративными технологиями, выводами и рекомендациями.

В-третьих, на мой взгляд, в Обзоре несколько ограничен анализ трудовых отношений и трудовых проблем (речь идет лишь о рынке и оплате труда), хотя в структуре социальной политики они имеют не менее важное и принципиальное значение, чем социальные проблемы (образование, здравоохранение, пенсионная система, жилье, социальная защита, социальное страхование и др.). Анализ состояния в области организации, нормирования, охраны, производительности труда и т. д. усилил бы работу, сделал бы ее еще более интересной и востребованной для специалистов и всех, кто интересуется вопросами формирования и реализации социальной политики в России.

Резюмируя, еще раз подчеркну, что выпуск в свет Обзора — это событие не только для авторского коллектива, но и для тех, кто в научном и практическом плане занимается решением социальных проблем, ибо книга дает возможность узнать и понять много нового в области формирования и реализации современной социальной политики.

В ПОИСКАХ КОНЦЕПТУАЛЬНОЙ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА КАК ПРЕДМЕТ НАУЧНОГО АНАЛИЗА¹

А.А. ЗОТИКОВ, к.пед.н, доцент кафедры труда и социальной политики РАГС при Президенте РФ

Недавно Независимый институт социальной политики издал серьёзный научный труд «Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х», который привлёк внимание широкого круга учёных и специалистов. Растущий интерес к вопросам социальной политики государства характерен не только для научной среды, но и для широких масс населения, ведь результаты этой политики они, как говорится, чувствуют своей кожей и активно протестуют против социальной несправедливости, что особенно проявилось после принятия федерального закона о «монетизации льгот».

С точки зрения логики, социальная политика государства должна быть направлена на создание достойных условий жизни и творческое развитие каждого человека. Это вытекает из конституционного положения о социальном государстве, каким является Российская Федерация. Мэр Москвы Юрий Лужков при вступлении в должность на пятый срок заявил, что москвич в ведомости на получение зарплаты в 2011 году в среднем будет расписываться ежемесячно за 43 тысячи рублей. Это замечательно, но будет ли такой же уровень заработков в других регионах России? Ведь по Конституции достойная жизнь должна быть у каждого гражданина нашей страны.

Современная Россия вышла на передовые позиции в мире по темпам роста в стране миллионеров и миллиардеров, что само по себе хорошо. Однако основная часть граждан остаётся на уровне «ниже среднего», а миллионы людей относятся к категории бедных. Вероятно, мудрость и прагматизм государственного правления состоят в том, чтобы создать хорошие условия для роста благосостояния не только богатых, но и бедных людей и тех, кто стремится попасть в «средний класс». А это основная часть населения страны.

Авторский коллектив монографии «Обзор социальной политики в России. Начало 2000-х» считает, что российское общество уже заплатило высокую цену за концептуальный вакуум в социальной политике последнего десятилетия. Его восполнение предполагает серьёзное научное осмысление предшествующего опыта. Сегодня как никогда необходимы анализ успехов и неудач, оценка действий и бездействия, извлечение уроков из недалёкого прошлого и осознание вызовов будущего.

Бесспорно, высокие замыслы авторского коллектива заслуживают глубокого уважения. Их попытка сфокусировать внимание читающей публики на проблемах образования, здравоохранения, пенсионной реформы, рынка труда, улучшения жилищных условий, социального страхования достаточно серьёзна и убедительна. Выводы учёных базируются на широких статистических данных, глубоком анализе тенденций социальной политики государства и носят презентативный характер.

¹ Печатается по: Зотиков А. В поисках концептуальной основы. Социальная политика как предмет научного анализа // Социальное партнёрство. 2007. №4. С. 93.

Презентация монографии и её обсуждение, проведённые кафедрой труда и социальной политики Российской академии государственной службы при Президенте РФ совместно с Независимым институтом социальной политики и Национальной ассамблеей специалистов в области труда и социальной политики (НАСТИС), показали глубокий интерес научной общественности к теме исследования.

В ходе дискуссии выявилась неоднозначность восприятия некоторых положений монографии об этапах становления и концептуальности социальной политики в пореформенной России. Высказывались мнения о перегруженности текста цифрами. Выражалось сожаление, что авторы не произвели анализа развития и проблем сферы культуры российского общества как важного фактора духовной жизни людей.

Вызвал возражения и тезис о социальной политике как самостоятельной политической сфере. Социальная политика есть производный продукт внешней и внутренней политики государства, следовательно, речь может идти только об относительной её самостоятельности. Конечно, социальная политика многосубъектна. Её субъектами выступают политические партии, профсоюзы, неправительственные организации, объединения работодателей, церковь, Общественная палата и индивиды. Однако её стержневую основу составляет государственная политика. Не случайно в Конституции Российской Федерации записано, что признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина — обязанность государства.

Вместе с тем эти замечания не умаляют значения проделанной работы, широту охвата проблем, глубину анализа важнейших сфер государственной социальной политики.

**ОБЗОР МЕЖДУНАРОДНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«СЕМЬЯ В ПОТОКЕ ПЕРЕМЕН: ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ВЫЗОВЫ
СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ», 28–29 НОЯБРЯ 2007 г., МОСКВА**

Е.Б. Головляница, научный сотрудник НИСП

28–29 ноября 2007 г. в Москве прошла международная конференция «Семья в потоке перемен: демографические вызовы социальной политике», организованная Институтом демографии ГУ-ВШЭ (ИДЕМ) и Независимым институтом социальной политики (НИСП). В основу конференции легли исследования, проведенные российскими демографами и социологами, а также их зарубежными коллегами на основе международной программы «Поколения и гендер». Эта программа предусматривает проведение сопоставимых национальных обследований по единому вопроснику; головной организацией в реализации программы в России с 2002 г. является НИСП. Первая волна российского обследования, получившего название «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (РидМиЖ), проведена в 2004 г., вторая — в 2007 г. В странах, представители которых приняли участие в конференции, была проведена первая волна обследования: во Франции в 2005 г., в Грузии и в Литве в 2006 г.

28 НОЯБРЯ

Конференцию открыли научный руководитель ГУ-ВШЭ Е. Г. Ясин, директор ИДЕМ ГУ-ВШЭ А. Г. Вишневский и директор НИСП Т. М. Малева. Они отметили то значение, которое имеет демографическое развитие для социально-экономических перспектив России, а также роль демографических исследований для формирования эффективной демографической и социальной политики. Т. М. Малева представила сборник научных статей «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе», в котором обобщены аналитические результаты первой волны обследования.

Выступление начальника экспертного управления Президента РФ А. В. Дворковича было посвящено приоритетам социально-экономического развития России в кратко- и среднесрочной перспективе. Социальное и демографическое развитие должны и будут занимать центральное место в политике российского государства. Особое внимание А. В. Дворкович уделил российскому рынку труда. Снижение численности населения, по его мнению, не должно рассматриваться как фатальный фактор для сферы занятости. Вопрос в значительной мере зависит от роста производительности. Именно здесь кроется ответ на вопрос о перспективах роста российской экономики.

Особенность конференции составила практическая, прикладная ориентированность представленных исследований: демографические процессы, такие как рождаемость и смертность, рассматривались в тесной связи с вызываемыми ими стрессами на рынке труда и в системе пенсионного обеспечения.

Без демографической статистики политика обречена на провал. Этот тезис прозвучал в выступлении заместителя руководителя Росстата А. Е. Суринова. С принятием федеральных законов в 1997 г. сокращено количество показателей, вносимых в записи ЗАГС, что вызывает существенный недостаток информации. Например, в настоящее время не фиксируются очередность рождения ребенка (1-й, 2-й и т. д.) и уровень образования родителей. Помимо ОБДХ и ОНПЗ (соответственно 49,2 и 67 тыс. респондентов), Росстат реализует ряд тематических выборочных обследований. Но, к сожалению, финансовых ресурсов для панельных обследований у статистиков нет и в ближайшее время не предвидится. Для научного сообщества это означает, что обследования РМЭЗ и РидМиЖ (российское обследование в рамках программы «Поколения и гендер») в обозримом будущем останутся уникальными источниками эмпирической информации.

А. Викат, руководитель Отдела населения Европейской экономической комиссии ООН (PAU UNECE), координирующей проект «Поколения и гендер», в своем выступлении рассказал о ходе реализации данной программы. К настоящему моменту 15 стран провели по одной волне обследования, а в России прошли уже две волны. Эта программа во многом уникальна — помимо масштаба исследований, ее отличает мультидисциплинарность, панельный характер данных и инновационные методы их анализа, а также широкие возможности для проведения сравнительных международных исследований.

Открывший научную часть выступлений акад. А. Г. Аганбегян (АНХ) отметил печальный факт: специфической для России проблемой является крайне высокая смертность в трудоспособном возрасте: «сверхсмертность» составляет до трети умерших, что втрое больше, чем в развитых, и вдвое больше, чем в развивающихся странах. С потребностями рынка труда связан и такой приоритет реформы здравоохранения, как сокращение смертности от устранимых причин, прежде всего от травматизма: по этому показателю Россия в 4–6 раз обгоняет другие развитые страны. Сокращение травматизма позволит снизить инвалидность, повысив «возврат в строй» временно утративших трудоспособность. Факторы, влияющие на вероятность смерти, также назвала И. А. Денисова (ЦЭФИР), основываясь на данных РМЭЗ за 1994–2004 гг.: это самооценка степени депривированности, курение, высокий уровень потребления алкоголя (негативное влияние), высокий уровень образования и дохода (позитивное влияние).

Рождаемость

Т. М. Малева (НИСП) представила исследование, которое было посвящено потенциалу роста рождаемости в России, проанализированному совместно с О. В. Синявской (НИСП) на основе данных двух волн РидМиЖ. Принципиально важный вывод, который делают эксперты, состоит в том, что потенциал для повышения рождаемости в современной России есть: рождаемость в ближайшие три года может возрасти с 1,2 до 1,5 ребенка на одну женщину. Между тем исследование показывает и другое: в политике нельзя уповать лишь на материальные меры стимулирования роста рождаемости. Среди факторов, реально влияющих на процессы в этой сфере, не менее важную роль играют социальные факторы, иногда никак не связанные с ростом экономического благополучия населения. Это начавшаяся трансформация семейных отношений, уровень образования, установки и ценности, религиозные традиции и пр.

С. В. Захаров (ИДЕМ) в своем выступлении говорил о совершенно новой для нашей страны тенденции к откладыванию рождения первого ребенка. Вероятность того, что женщина родит первого ребенка, по-прежнему велика, однако оформление партнерского союза, в том числе и регистрация брака, во все меньшей степени означает готовность завести первого ребенка (если исключить ситуации, когда зачатие предшествовало оформлению союза). Промежуток между вступлением в партнерский союз и рождением ребенка особенно длителен у женщин с высоким уровнем образования (для когорты 1970–1979 г. р.). Как заметил С. В. Захаров, демографическая политика совершенно не учитывает этого обстоятельства, ведь основное внимание уделяется поощрению рождения второго и последующих детей.

Доля тех, кто заявляет о стремлении завести ребенка во Франции выше, чем в России. Таков один из результатов сравнительного исследования детерминант рождаемости и репродуктивных намерений на основе данных GGS по России и Франции, проведенного С. В. Сурковым (НИСП) и Л. Шартон (Faculté des Sciences sociales, Université Marc Bloch, Strasbourg). Общими для обеих стран оказались лишь сугубо демографические детерминанты, такие как возраст женщины и брачно-партнерское состояние, что закономерно, учитывая различия социально-экономического контекста.

А. Л. Лукьянова (ЦЭТИ, ГУ-ВШЭ) рассказала о результатах эконометрического исследования роли уровня дохода в принятии решения о рождении ребенка (по данным RLMS за 1994–2003 гг.). Как оказалось, слабое положительное влияние на вероятность родить ребенка оказывают занятость женщины и уровень доходов прочих членов домохозяйства; уровень доходов самой женщины, напротив, оказался устойчиво незначимым. Почти незначимы и характеристики супруга, но пока неясно, с чем это связано — с тем, что характеристики мужа уже косвенно учтены в характеристиках домохозяйства или же с тем, что решение о рождении ребенка принимается женщиной преимущественно индивидуально.

Партнерства, браки и разводы

По данным В. Станкуниене (Институт социальных исследований, Литва), литовская ситуация достаточно типична: нерегистрируемых браков становится больше и они «омолаживаются», тогда как возраст вступления в брак растет. Общей для Литвы и России является выраженная нехватка мест в детских садах, вызванная деградацией созданных в советский период систем дошкольных учреждений.

Г. Миладзе (Центр по исследованию населения Грузии) представил результаты исследования партнерства и брачности в современной Грузии (данные GGS-Грузия, 2006 г.). Наряду с ростом распространенности нерегистрируемых партнерских отношений, особенно среди молодежи, разводимость в Грузии остается очень низкой. Однако связано это, по мнению исследователей, с нежеланием разочаровавшихся в браке тратить на дорогую процедуру развода (ее стоимость в 2000-х гг. составляла более половины средней зарплаты).

Я. М. Рощина (ГУ-ВШЭ) представила результаты моделирования факторов заключения и расторжения брака в России. Если говорить о мужчинах, то по сравнению с работающими, ниже шансы у безработных и экономически неактивных; ситуация у женщин обратная — домохозяйки имеют лучшие шансы вступить в брак. Многие эффекты оказались неожиданными и пока не встроены в теоретическую модель: курение повышает шансы мужчины же-

ниться, а степень удовлетворенности жизнью — наоборот, обратно связана с вероятностью женитьбы; рост и телосложение, которым в обыденном дискурсе приписывается большее значение для женщин, оказались значимы только для мужчин и т. д. Выявленные факторы расторжения брака указывают на неустойчивость союзов партнеров с неоднородными характеристиками — от уровня образования и этнической принадлежности до самооценки здоровья и потребления алкоголя.

Родители и дети

Вслед за тем как П. Себиль (INED), А. Блюм (Центр исследований России, стран Кавказа и Центральной Европы/CERCEC-EHESS/Высшая школа социальных наук; INED, руководитель проекта INTAS) и А. Ренье-Лойлье (INED) коротко обрисовали демографическую ситуацию в странах — участниках GGS — России, Франции, Литве и Грузии (сравнение по данным GGS и макростатистики), П. Себиль рассказал о первых этапах жизненной биографии послевоенных поколений во Франции и России — окончании учебы, получении работы, рождении ребенка (исследование проведено совместно с А. Блюмом и С. В. Захаровым). Если для Франции характерно сближение жизненных траекторий мужчин и женщин, то в России они все больше расходятся, причем биографии мужчин приближаются к «французскому» типу (рождение ребенка откладывается как минимум до получения работы), а биографии женщин — к нормативной модели, предписывающей не запаздывать с рождением первенца, т. е. заводить ребенка как можно скорее после окончания обучения.

К сожалению, российские мужчины не только откладывают обзаведение детьми, но и не склонны брать на себя заботу о ребенке после распада брачного союза. Как показало исследование Д. Бретона (Département de démographie, Université Marc Bloch, Strasbourg), Ф. Приу (INED) и Д. О. Поповой (НИСП), во Франции намного меньше неполных семей с детьми до 18 лет, чем в России. Вероятность того, что ребенок будет воспитываться только матерью, в России гораздо выше, чем во Франции.

Эту нерадостную картину дополнил доклад И. И. Корчагиной (ИСЭПН) по материалам совместного исследования с А. Ренье-Лойлье, Л. М. Прокофьевой (ИСЭПН) и М. Валетас (INED): российские отцы еще и намного реже видятся с ребенком после развода, чем во Франции; также в России больше доля отцов, которые после развода вообще прекратили встречаться с детьми.

Наконец, помимо воспитания детей, на плечи российских женщин ложатся обязанности по уходу за пожилыми членами семьи. Как отметила Л. М. Прокофьева, говоря о результатах совместного проекта с И. И. Корчагиной (ИСЭПН) и С. Лефевр (INED), в этом отношении Россия разительно отличается от Франции. Например, с тезисом *«когда родители нуждаются в помощи, дочери должны брать на себя большую ответственность за это, чем сыновья»*, не согласны две трети французов, опрошенных в рамках GGS-2006, а в России — менее 5% респондентов.

Благосостояние

Два выступления были посвящены вопросам благосостояния российских семей. О. В. Синявская (НИСП), говоря о жизненных стратегиях пенсионеров, отметила, что уровень занятости пенсионеров продолжает расти, что позволяет им не только избегать бедности, но и оказывать материальную

поддержку своим детям и внукам (расчеты проведены на основе баз GGS, НОБУС и RLMS). Запрет на занятость пенсионеров приведет одновременно к падению уровня занятости и повышению бедности пожилого населения. Именно поэтому неприемлем ввод ограничений на занятость пенсионеров, подобных существовавшим до 2002 г. Более адекватной стратегией государственной политики является постепенное повышение пенсионного возраста.

Итоги исследования рисков бедности у российских семей с детьми представила Л. Н. Овчарова (НИСП), акцентировав два момента. Во-первых, важнейшим недостатком существующей системы является резкое сокращение объема денежной помощи в момент, когда ребенку исполняется полтора года. Скачок действительно впечатляет: пособие на второго ребенка до 1,5 лет составило в 2007 г. 3000 р., а пособие на достигшего 1,5 лет ребенка — всего 137 р. Столь резкое сокращение располагаемых ресурсов может весьма негативно сказаться на малообеспеченных семьях с детьми — более высокие потребительские стандарты уже сформированы, а средств на их достижение нет. Во-вторых, весьма непроработанным остается механизм реализации права на материнский капитал. Среди возможных направлений его использования наибольший интерес у населения вызывает возможность расширения жилплощади, однако при нынешних ценах на жилье заметно расширить квартиру или дом не удастся. Более предпочтительной была бы возможность направить материнский капитал на благоустройство имеющегося жилья, но этого варианта закон пока не предусматривает.

29 НОЯБРЯ

Среди прозвучавших в этот день докладов можно выделить три основных направления — сравнительные, прежде всего российско-французские исследования; методологически ориентированные работы; работы на основе данных РидМиЖ, а также RLMS и переписи, углубляющие наше представление о социально-демографических процессах в России.

Сравнительные исследования

Одним из центральных в программе «Поколения и гендер» является понятие партнерского союза и, в отличие от большинства социологических обследований, GGS предоставляет достаточно подробные сведения о партнере респондента, его образовании и занятости. Целью исследования, проведенного О. В. Синявской (НИСП) и А. Пайе (INED), стало сопоставление позиций семейных партнеров на рынке труда и в профессиональной структуре в России и во Франции. Как оказалось, в целом распределения статусов занятости партнерских пар в обеих странах очень похожи: около 60% составляют пары, где мужчина и женщина работают, и около 25% — пары, где занят только мужчина. Однако Францию резко отличает широкое распространение частичной занятости среди женщин, весьма редкой в России. На российском рынке труда ярче выражена гендерная сегрегация — как в разделении занятий на мужские и женские, так и по величине оплаты труда. При этом, хотя гендерные установки россиян гораздо традиционнее, чем у французов, положение партнеров на российском рынке труда зависит только от их объективных возможностей и ресурсов и не связано с ценностными ориентациями; во Франции же значимы обе характеристики.

А. Ренье-Лойлье (INED) и И. Бадурашвили (Центр по исследованию населения Грузии) сравнили, основываясь на данных GGS, отношения между родителями и детьми в Грузии и Франции. Как и следовало ожидать, в Грузии большинство населения разделяет традиционные ценности — дети, и особенно женщины, обязаны заботиться о своих родителях и помогать им; бедно живущим молодым семьям достаточно поддержки родственников и не нужна помощь государства. Интересно, что представления о том, общество или семья должны заботиться о пожилых, весьма схожи (до половины опрошенных в обеих странах считают это обязанностью общества). Для грузинского общества характерны также большая частота встреч с родителями и большая удовлетворенность отношениями с ними.

Темой исследования И. А. Троицкой и А. А. Авдеева (Центр изучения проблем народонаселения МГУ) стало сравнительное изучение контрацептивного поведения в России и Франции на основе данных GGS. Полученные результаты свидетельствуют о сохраняющемся преобладании традиционных и малоэффективных методов контрацепции в России. Определенное отставание нашей страны в этом отношении удручает — например, доля такого высокоэффективного средства, как гормональные таблетки, во Франции превышает 57%, в России не достигает и 15%. Также, в отличие от Франции, применение гормональных контрацептивов в России привязано к крупным городам и мало распространено в сельской местности, что, по мнению исследователей, связано не только с высокой стоимостью и частым отсутствием в продаже, но и с необходимостью в большей степени, чем при использовании других методов, уделять внимание подбору и правильному приему препаратов.

Отдельно о российской и литовской ситуациях с использованием методов контрацепции говорили в своих выступлениях В. И. Сакевич (ИДЕМ) и В. Третьякова (Институт социальных исследований, Литва// Institute for Social Research, Lithuania). В. И. Сакевич особое внимание уделила тому, как использование того или иного способа контрацепции в России дифференцировано по основным социально-демографическим группам (использовались данные РидМиЖ за 2004 и 2007 гг.). Наибольшими приверженцами традиционных методов оказались партнеры, не состоящие в браке и проживающие совместно; современные методы наиболее популярны у живущих вместе партнеров, как супругов, так и не состоящих в браке. Существенным фактором, влияющим на выбор метода контрацепции, является возраст женщины (наиболее дифференцирующие возрастные границы — до 25 лет и старше 30 лет), также прослеживается определенная связь с уровнем образования и типом населенного пункта, где проживает женщина. Положение дел в Литве похоже на российскую ситуацию — как отметила В. Третьякова, здесь также преобладают традиционные формы контрацепции. Однако в Литве более выраженными оказались межпоколенческие различия в наборе используемых методов контрацепции.

Методологические исследования

Доклад Л. М. Прокофьевой (ИСЭПН) был посвящен важному методологическому аспекту социально-демографических исследований — изучению структуры домохозяйств. Используя данные GGS по России, Франции, Грузии и Литве, Л. М. Прокофьева наглядно показала существование значительных различий структуры домохозяйств в этих странах. Россию и Грузию роднит и резко отличает от Франции распространенность сложных многопоколен-

ных домохозяйств; и напротив, доля одиночных домохозяйств максимальна во Франции, несколько ниже в России и Литве и минимальна в Грузии. В целом же доля сложных домохозяйств составляет лишь 5% во Франции и 50% в Грузии (13% в Литве, 28% в России). Высокая распространенность сложных семей в России вызвана кризисными условиями 1990-х гг., прежде всего низкими доходами и недоступностью жилья, препятствующими отделению молодых семей, и в меньшей степени связана с традиционными ценностями.

В выступлении Е. Б. Головлициной (НИСП) были продемонстрированы возможности расширить набор предикторов репродуктивных намерений за счет ряда психологических факторов. На российских данных (РидмиЖ-2004) этот подход реализован впервые. Достоинство социально-психологических параметров в том, что они позволяют сократить разрыв между тем, как ситуацию женщины оценивает исследователь, который опирается на объективные характеристики, и тем, какой сама женщина видит свою ситуацию. Так, желание женщины завести первого ребенка (намерение вообще иметь детей) не дифференцировано по социальным группам и зависит только от ценностных ориентаций женщины и ее окружения. Готовность завести первенца (т. е. родить в ближайшие 3 года) связана исключительно с наличием у женщины позитивной установки на рождение ребенка и тем, как к этому отнесутся ее родители и родственники. Желание завести второго и более ребенка зависит от установки и положения женщины на рынке труда. И только готовность родить второго и более ребенка в ближайшие 3 года непосредственно связана, помимо субъективных оценок, с уровнем материальной обеспеченности женщины и ее домохозяйства.

А. И. Пишняк (НИСП) рассказала о разработанном совместно с Л. Н. Овчаровой (НИСП) и Д. О. Поповой (НИСП) уникальным на сегодняшний день инструментарии измерения материальной обеспеченности домохозяйства. Новый индекс благосостояния сконструирован на основе пяти непересекающихся по набору показателей доменов — это доходная и имущественная обеспеченность, уровень базовых потребительских возможностей, жилищная обеспеченность и субъективная оценка благосостояния. Первые три из этих доменов вошли в базовый сводный индекс, рекомендованный для использования при работе с данными РидмиЖ; его особенностью является высокая согласованность, гарантирующая, что измеряемое индексом благосостояние является единым объектом, а не набором разнородных характеристик. Кроме того, предложенный индекс весьма гибок — в зависимости от исследовательских задач в него могут быть включены домены жилищной обеспеченности и самооценка благосостояния; также частные индексы доменов могут использоваться самостоятельно.

М. Косио (Université Paris X — Nanterre) сообщила о возможностях, которые программа обследования GGS открывает перед исследователями, работающими с гендерной проблематикой. Возможности эти весьма широки: имеется информация об истории партнерских отношений, репродуктивном поведении, распределении домашних обязанностей, принятии решений в семье, участии женщин на рынке труда, сведения о ценностных ориентациях, в том числе и гендерных. Расчеты, проведенные на данных французского обследования GGS, свидетельствуют о том, что эгалитарность либо неэгалитарность гендерных отношений в семье выступает немаловажным фактором репродуктивного поведения.

Демографические процессы и выводы для демографической политики

Прогноз структуры и размера домохозяйств в России на основе переписных данных представил С. Шербов (Vienna Institute of Demography, IASA, Austria). Средний размер частных домохозяйств и распределение домохозяйств по размеру — важные макрохарактеристики населения страны, необходимые для прогнозирования долгосрочных эффектов социальной политики.

Обзор соотношения гендерных ролей партнеров, вклада каждого из них в доход домохозяйства в свете проводимой в настоящий момент демографической политики представила М. Е. Баскакова (Институт управления социальными процессами ГУ-ВШЭ). Решающий вклад в бюджет домохозяйств с детьми в среднем по-прежнему вносят отцы (они обеспечивают более 77% дохода семей), при этом мужчины чаще женщин оказываются заняты на опасных для здоровья производствах и в большей степени подвержены рискам смертности, связанным с производственным травматизмом; бесплодие супружеских пар в 45% случаев определяется бесплодием мужчины. Так что сформулированный еще в советский период призыв демографа Б. Урланиса «беречь мужчин» актуален и поныне...

М. Гедвилайте (Institute for Social Research, Lithuania), выступление которой было посвящено вопросам межпоколенной солидарности и проблемам социального обслуживания в Литве, обратила внимание слушателей на то, что воспитание дошкольников становится преимущественно семейным делом. Это связано с тем, что, с одной стороны, не развита сеть детских дошкольных учреждений, а с другой — нанять для ребенка няню тоже достаточно непросто. Нагрузку по уходу за детьми берут на себя преимущественно женщины старшего возраста («бабушки»), что весьма похоже на российскую ситуацию.

С. Ю. Рощин (ГУ-ВШЭ) рассказал о проведенном на основе данных RLMS за 1994–2005 гг. исследовании связи рождаемости и предложения труда женщин. Как показало моделирование факторов, определяющих более ранний выход на работу после рождения ребенка, наличие работы до родов, величина заработной платы и образование женщины ускоряют возврат на рынок труда; напротив, не оказывают влияния доходы супруга и других членов семьи, проживание с родителями, а также наличие других детей.

Конференция продемонстрировала, что современная социологическая и демографическая наука в России обладают огромным потенциалом, который становится еще более значительным, если исследования встроены в международный контекст и реализуются во взаимодействии с экспертами зарубежных стран, которые сталкиваются с похожими проблемами в социально-демографическом развитии.

АННОТАЦИИ

Аганбегян А. Г., Варшавский Ю. В., Жуковский В. Д.
О программно-целевом управлении в здравоохранении

В статье рассматривается комплексный подход к реформированию системы здравоохранения, предусматривающий иные принципы финансирования и функционирования всей системы. Подробно и профессионально изложены две целевые программы — программа по совершенствованию медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями и программа борьбы с травматизмом костно-мышечной системы, даны наброски программы борьбы с онкологическими заболеваниями, программы борьбы с дорожно-транспортным травматизмом и программы борьбы с алкоголизмом. На примере первого этапа осуществления целевых программ авторы попытались раскрыть некоторые экономические аспекты предлагаемых мероприятий.

Шишкин С. В.
Стратегии трансформации государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

В статье рассматриваются реализуемые государством стратегии действий по отношению к существующим декларативным гарантиям оказания медицинской помощи населению. Это стратегия санкционированного замещения бесплатных медицинских услуг платными и стратегия селективного финансирования проблемных зон в оказании медицинской помощи населению. Обсуждается их влияние на доступность медицинской помощи. Представлены альтернативные стратегии радикального пересмотра гарантий и конкретизации гарантий и анализируются возможности их реализации в обозримой перспективе.

Шейман И. М.
Теоретические аспекты проблемы конкуренции в здравоохранении

Статья содержит анализ теоретических представлений о роли конкуренции в отношениях между поставщиками и покупателями медицинских услуг в системах частного и общественного здравоохранения. Рассматриваются

особенности монополистической конкуренции на рынке больничных услуг, модели квазирыночных отношений, условия их эффективной реализации. В качестве альтернативы рыночным моделям обсуждается сетевая модель взаимодействия субъектов оказания медицинской помощи.

Шабанова М. А.

**О взаимосвязи социальной и экономической политики:
социоэкономическая перспектива анализа**

В статье обосновывается мысль о том, что в современных условиях для адекватного ответа на практические вызовы необходима более тесная увязка социальной и экономической политики друг с другом в рамках интегрированной социально-экономической политики (СЭП). Предлагается версия социоэкономики, которая могла бы стать научной основой СЭП. На основе анализа базовых признаков СЭП обосновывается ее потенциал в повышении эффективности как социальной, так и экономической политики. Особое место занимает рассмотрение препон в использовании экономических оценок (прежде всего оценок стоимости человеческой жизни и частичной утраты здоровья) как инструмента СЭП, связанных с особенностями экономического, культурно-исторического и социального развития России.

Соловьев А. К.

**Актуарные проблемы формирования альтернативной модели
долгосрочного развития пенсионной системы РФ**

Актуарный прогноз развития пенсионной системы является главным инструментом и исходной базой для оценки эффективности, выбора и обоснования методов ее совершенствования. В отечественной практике государственного управления развитием пенсионной системы актуарные технологии до настоящего времени используются крайне мало, в отличие от развитых западных пенсионных систем, которые используют актуарные методы не только для экономического учета пенсионных прав застрахованных лиц и контроля за формированием долгосрочных пенсионных обязательств, но и для расчета текущих бюджетных проектировок.

Статья посвящена проблеме создания долгосрочного актуарного прогноза при реализации комплекса мероприятий, предусматривающего целенаправленный вывод из системы обязательного пенсионного страхования нестраховых видов расходов, не обеспеченных конкретными (страховыми) финансовыми источниками (уплаченными страховыми взносами), принципиальное изменение тарифной политики ПФР, а также корректировку пенсионной формулы с отражением в ней реально существующих особенностей формирования доходов солидарно-распределительной пенсионной системы, а также отечественной демографии и экономики.

Авраамова Е. М.

**Поведение выпускников российских вузов 1993–2004 гг.
на современном рынке труда**

Статья посвящена изучению послевузовской адаптации молодежи, а именно исследованию того, какое место на современном рынке труда находится молодым специалистам. Качественные изменения рынка труда, проявившиеся в изменении его структуры и углублении дифференциации оплаты труда в различных отраслях экономики, во многом определили характер поведения специалистов с высшим образованием в период трудоустройства.

Данные проведенных исследований позволяют изучить трудоустройство и направления трудовой мобильности в связи с полученным высшим образованием, его качеством, профилем и престижностью. Первое исследование, ставшее эмпирической основой данной работы, было проведено в 2003 г. и фокусировалось на проблеме выбора профессии, выявлении ресурсов, необходимых для поступления в вузы, представлении о возможностях, открывающихся перед выпускниками. В качестве респондентов выступили 936 старшекурсников московских и областных высших учебных заведений, готовящих специалистов различного профиля. Второе исследование включает данные о респондентах, закончивших учебные заведения с 1993 г. по 2004 г., что дало возможность проследить тенденции трудовой мобильности, развивавшиеся и менявшиеся на протяжении наиболее напряженного в социально-экономическом отношении периода развития России, когда ломались ранее действовавшие механизмы вертикальной мобильности и им на смену формировались новые. При этом высшее образование оставалось в числе необходимых инструментов вертикальной мобильности, хотя его инструментальная роль в трансформационный период также менялась — от спада востребованности в первой половине 90-х годов до бурного роста с середины 90-х по настоящее время.

Гладникова Е. В.

**Межпоколенные трансферты: направление, участники и факторы,
их определяющие**

Данная статья посвящена проблеме межпоколенных материальных трансфертов. В работе приводится краткий обзор теоретических концепций и эмпирических исследований в данной области. С помощью методов регрессионного анализа выявляются факторы, влияющие на степень вовлеченности домохозяйств в межпоколенную взаимопомощь, а также на объем передаваемых ресурсов. В качестве объекта исследования рассматриваются родители и их взрослые дети, живущие отдельно.

Результаты показывают, что в России в настоящий момент распространена система частной межпоколенной поддержки, при которой, в основном, каждое последующее поколение передает материальную помощь предыдущему. Эта помощь имеет избирательный характер: чаще она оказывается наиболее нуждающимся реципиентам, обладающим высоким уровнем образования, обучающимся в учебных заведениях, не имеющим партнеров, проживающим в городской местности и пр.

Рама В. Бару

**Коммерциализация и государственное здравоохранение в Индии:
смена ценностей и ориентиров**

В данной статье рассматриваются последствия коммерциализации медицинских услуг в отношении ценностей и устремлений врачей, работающих в государственных больницах Индии. На основе подробных интервью с вышедшими в отставку врачами государственных медицинских учреждений описывается сложная взаимосвязь между ростом коммерческих медицинских услуг, государственным сектором и переменами в экономике и обществе Индии за последние четыре десятилетия. В главе рассматриваются взаимозависимости элементов социально-экономического развития и их воздействие на организационную культуру, а также влияние на ценности, стандарты и устремления врачей. В начале главы на основе имеющихся исследований дается характеристика структуры и основных черт смешанной экономики в здравоохранении Индии. На этом фоне проводится исследование степени и природы перемен в ценностях и устремлениях врачей государственных больниц.

*Гордон Д., Левитас Р., Пантазис К., Патсиос Д., Пейн С., Таунсенд П.,
Аделман Л., Эшуорт К., Миддлтон С., Брэдишоу Дж., Уильямс Дж.*

Бедность и социальная исключенность в Великобритании

Бедность в начале третьего тысячелетия остается одной из самых больших социальных проблем, существующих в Великобритании. Уменьшение социальной исключенности составляет основу ее правительственной политики. Действующее правительство объявило своей целью уничтожение детской бедности, и Великобритания имеет международные обязательства по уменьшению бедности в ближайшие годы.

Настоящая статья представляет собой результат анализа начальных данных, полученных от самого всестороннего обзора бедности и социального исключения, когда-либо предпринимавшегося в Великобритании. Исследование было проведено исследователями из четырех университетов, а полевые работы проводились в течение 1999 года Управлением национальной статистики.

Антонова Н.Л.

**Качество медицинского обслуживания в системе обязательного
медицинского страхования (на примере г. Екатеринбурга)**

В работе представлены результаты социологического исследования качества медицинского обслуживания, проведенного в 2006 году, и предложена авторская модель его измерения, опирающаяся на такие показатели, как бесплатность, доступность и результативность медицинской помощи, а также взаимодействие с медицинским персоналом. Опираясь на анкетный опрос пациентов — клиентов медицинских учреждений, обслуживающих взрослое

население (400 человек), анкетный опрос родителей пациентов детских поликлиник (400 человек), полужформализованное интервью с руководителями и специалистами страховых медицинских организаций и полужформализованное интервью с руководителями медицинских учреждений, в работе раскрываются трудности и проблемы, касающиеся качества медицинского обслуживания. Наиболее высоко респондентами были оценены такие показатели, как отношения с медперсоналом и результативность медицинской помощи. Родители детей — пациентов детских поликлиник оценивают все показатели качества медицинской помощи выше, нежели пациенты, получающие медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях, обслуживающих взрослое население. Результаты интервью показывают, что страховщики более критично оценивают ситуацию в области качества медобслуживания, нежели руководители медицинских учреждений. В статье предложен комплекс мер, направленных на повышение качества медицинского обслуживания.

SUMMARIES

Aganbegyan A. G., Varshavsky J. V., Zhukovsky V. D.

Goal- and program-oriented management in health care system

The article suggests a comprehensive perspective of health care system reforming with specific principles of funding and of the whole system's performance. Two goal-oriented programs (a program towards developing medical care of cardio-vascular diseases and program of musculoskeletal system traumatism control) are scrutinized with due academic competence. The drafts of programs to control oncological diseases, road-transport traumatism and alcoholism are suggested. Referring to the first stage of goal-oriented programs implementation, the authors reveal some economic aspects of suggested measures.

Shishkin S. V.

Transformation of state guarantees for free medical care

The article is focused on how the government deals with declared guarantees for free medical care. Two strategies are considered: legitimate substitution of free services with paid ones, and selective funding of the most troubled fields of health care. Their effect on assess to health care is discussed. Alternative strategies are radical revision of state guarantees and reformulating the guarantees in a more concrete way; their conditions and potential in the foreseeable future are also analyzed.

Sheiman I. M.

Theoretical aspects of competition issue in health care system

The article includes theoretical discussion of competition issue among health care services suppliers and customers both in public and private health care systems. Particular features of monopolistic competition, models of quasi-market relations, and conditions necessary for their success are also considered. As an alternative for the market models, a network model of relations among health care system's agents is suggested.

Shabanova M. A.

On interrelation between social and economic policies: the socioeconomic perspective

The article aims to prove that to face current practical challenges social and economic policies should be more closely related to each other, resulting in an integrated socio-economic policy (SEP). A specific version of socioeconomics is suggested as a possible scientific base of SEP. Having analyzed the essential characteristics of SEP, the author proceeds with its potential to improve both social and economic policies performances. Particular attention is paid to difficulties of dealing with economic indicators (above all, estimations of human life and partial loss of health values) as the SEP tools, which are arisen due to peculiarities of economic, cultural and social history of Russia.

Soloviev A. K.

Actuary aspects of an alternative model of long-run development of Russian pension system

Actuary forecasting of pension system's future is both the main tool and the starting point to assess its performance, as well as to choose and justify the methods of its further development. In Russia, actuary techniques still find extremely rare application in state government of pension system development, in contrast to well-advanced pension systems of Western countries, where actuary techniques are used not only to account for pension rights of insured persons and to control long-run pension commitments, but also to calculate on-going budget plans.

The article covers the issues of long-run actuary forecasting in the context of on-going pension system reforms. These reforms include the following: removing expenditures which lack proper funding (i. e. insurance payments) from compulsory part of pension insurance system; fundamental transformation of tariff policy of Russian Pension Foundation; adjusting pension formula in accordance both with actual pattern of pension system's revenues formation and with current demographic and economic situation in Russia.

Avraamova E. M.

Graduates of Russian institutes of higher education on modern labor market in 1993–2004

The article is dedicated to post-graduate adaptation (job placement of the recently graduated) on modern labor market. The job-seeking strategies of workers with higher education are affected a lot by qualitative changes in labor market, which resulted in structure shifts and deeper wages differentiation in various branches of industry.

The data allows studying job placement and labor mobility due to receiving a higher education degree, its quality, field, and prestige. The first empirical survey on which the investigation is based was conducted in 2003; it focuses on occupational choice, resources needed to enter a university, school graduates' awareness of their opportunities. The respondents were 936 senior students of Moscow and regional

higher education institutions of various fields. The second survey provides data on 1993–2004 graduates; thus we can explore the trends of labor mobility during the period of the most intensive social and economic changes in Russia, when the previous mobility ladders ceased to exist and the new ones were formed.

Higher education remains amongst the essential tools for vertical mobility, though its importance has varied from the lowest demand in the early 1990s to a dramatic increase since mid-1990s and until now.

Gladnikova E. V.

Inter-generational transfers: directions, participants and determinants

The article considers the problem of intergenerational material transfers. The paper presents brief review of theoretical concepts and empirical investigations in the sphere, the analysis of factors influencing households' involvement in intergenerational mutual aid and volume of resources transferred. The object of investigation are parents and their adult living apart. The results confirm the system of private intergenerational help that is the next generation supports the previous one. However this support is selective: the most needy, high educated, educating at the moment, no-partner, urban recipients accept transfers more often.

Rama V. Baru

Commercialization and the public health in India: implications for values and aspirations

This article explores the implication of commercialization of medical services for values and aspirations of doctors in public hospitals in India. Based on in-depth interviews with retired doctors from a premier public institution, it delineates the complex interaction between the growth of commercial medical services, the public sector and the changes in the Indian economy and society over the last four decades. The chapter examines the linkages between socio-economic development, its influence on organizational culture, and the effects on the values, norms and aspirations of doctors. Based on a review of available studies, it begins with an overview of the structure and characteristics of the mixed economy in medical care in India. This is the backdrop within which an exploration is conducted of the extent and nature of shifts in the values and aspirations of doctors in public hospitals.

Poverty and social exclusion in Britain

David Gordon, Ruth Levitas, Christina Pantazis, Demi Patsios, Sarah Payne, Peter Townsend, Laura Adelman, Karl Ashworth, Sue Middleton, Jonathan Bradshaw, Julie Williams

On any measure, poverty at the turn of the new millennium remains one of the greatest social problems challenging Britain, and reducing social exclusion is at the heart of Government policy. The current Government has declared its determination to

eradicate child poverty, and the UK has an international commitment substantially to reduce poverty over the coming years.

This report presents the initial findings from the most comprehensive survey of poverty and social exclusion ever undertaken in Britain. The study was undertaken by researchers at four universities and the fieldwork was conducted during 1999 by the Office for National Statistics.

Antonova E. N.

**Quality of medical care in the system of the obligatory medical insurance
(by example of Yekaterinburg)**

The results of sociological research of quality of the health services lead per 2006 are presented in this work, and the author's model of its measurement leaning such parameters as free of charge, availability and productivity of medical aid, and also interaction with the medical personnel is offered. Leaning on questionnaire of patients — clients of the medical institutions serving adult population (400 person), questionnaire of parents of patients of children's polyclinics (400 person), semi-formalized interview to heads and experts of the insurance medical organizations and semi-formalized interview to heads of medical institutions, in work reveal difficulties and the problems, concerning qualities of health services. Most highly respondents had been estimated such parameters as attitudes with medical staff and productivity of medical aid. Parents of children — patients of children's polyclinics estimate all parameters of quality of medical aid, rather than the patients receiving medical aid, in the out-patient-polyclinic establishments serving adult population. Results of interview show, that insurers is more critical heads of medical institutions estimate a situation in the field of quality of health service, rather than heads of medical institutions. In this work the complex of the measures directed on improvement of quality of health services is offered.

SPERO
Социальная политика:
экспертиза, рекомендации, обзоры
№7

Журнал выходит 2 раза в год
Все статьи рецензируются
Электронная версия журнала <http://spero.socpol.ru/current.shtml>

Корректор Л. Р. Попова
Оригинал-макет и компьютерная верстка: И. А. Кобзев

Подписано в печать 15.12.2007
Формат 70x108¹/₁₆
Гарнитура NewtonС. Печать офсетная. Бумага офсетная.
Усл. печ. л. 14. Тираж 500 экз.

Адрес редакции журнала: 125009 г. Москва,
Глинищевский пер., д. 3, подъезд 3

Тел: (495) 786-67-18, факс: 692-96-51
e-mail: spero@socpol.ru