

Тенденции развития социальной сферы

Опыт стран Запада

Виктор Люблинский

Важным моментом в политике государства в России в последние годы явилось новое отношение к проблемам развития социальной сферы. Это обусловлено не только стремлением государства к обеспечению социальной стабильности и консолидации общества, но в первую очередь – необходимостью роста человеческого потенциала, ибо именно этот фактор во многом определяет конкурентоспособность страны. Однако позитивные изменения не меняют картину по существу. Остается чрезмерной социальная дифференциация доходов, а уровень социальных расходов в относительном выражении (доля в ВВП) существенно ниже, чем в развитых странах.

Опыт этих стран привлекает большое внимание, ибо перед Россией стоит задача – сократить отставание не только по экономическим, но и социальным показателям. В этом плане представляют интерес тенденции социального развития стран Запада.

В 70-х годах XX в. завершился длительный период развития стран Запада, связанный с формированием механизмов государства благосостояния. Однако в дальнейшем прежние условия экономического развития претерпели существенные изменения. На первый план выходят мощные глобальные факторы, которые не могут не учитываться при формировании и проведении социально-экономической политики. Согласно позиции западных ис-

следователей, главная проблема состоит в том, что государство утрачивает свои возможности по контролю за перемещением капитала, а в результате становится труднее осуществлять финансирование социальных программ. В то же время растущая конкуренция стран с низкими производственными издержками (прежде всего, дешевой рабочей силой), становится фактором снижения богатства и занятости в индустриально развитых странах с высокими из-

ЛЮБЛИНСКИЙ Виктор Викторович окончил экономический факультет МГУ им. М.В.Ломоносова в 1974 г. (специализация по экономике зарубежных стран), доктор политических наук, ведущий сектором Института социологии РАН.

Ключевые слова: социальная политика, благосостояние, бедность, социальная помощь, здравоохранение, пенсионное обеспечение.

держками, а рост безработицы снижает способность государства финансировать социальные расходы.

Тем не менее, согласно расчетам специалистов, за период 70-х – 90-х годов в среднем доля социальных расходов возросла повсеместно на 3–7%, а во многих промышленно развитых странах возросла и занятость в государственном секторе¹.

Страны Запада располагают значительным и долговременным преимуществом в области качества факторов производства, связанным с непрерывной информационно-технологической революцией и социально-экономической политикой, отдающей приоритет росту капиталовложений и занятости в технологически передовых отраслях. Сравнительный анализ показывает, что страны с высоким уровнем производительности могут поддерживать конкурентоспособность, несмотря на высокую зарплату и социальные расходы. Однако там происходит и определенный социальный “разлом”, ибо в выигрыше в условиях глобальной конкуренции оказываются высококвалифицированные специалисты, а работники средней квалификации, занятые в традиционных сферах, в условиях открытой экономики утрачивают устойчивость своего положения.

Процесс трансформации государства благосостояния направлен на реструктуризацию системы социальных выплат на основе перехода от пассивной к активной социальной политике. Акцент делается на трудоустройство, профессиональную подготовку, помощь детям, молодежи и престарелым, борьбу с бедностью и социальным исключением.

Особое внимание уделено проблеме пенсионного обеспечения на основе “пересмотра контракта между поколениями”. Эта политика основана на новой концепции социальной справедливости и отдает приоритет модели, ори-

ентированной на ценности постиндустриального общества, прежде всего ценности квалифицированного труда и знаний.

Новые подходы призваны обосновать необходимость компромисса между конкурентоспособностью и социальной политикой.

Согласно этой позиции, определенные виды государственных расходов выгодны для капитала в форме инвестиций в сферу образования, в форме мультипликативного эффекта расширения сферы потребления за счет расходов социального обеспечения, а также в плане обеспечения политической стабильности. При этом необходимо учитывать, что соответствующие расходы, согласно данному подходу, должны финансироваться за счет потребителей, не затрагивая предприятия².

С середины 80-х годов происходят глубокие сдвиги в развитии социального благосостояния в США, где усиливается акцент на рыночные механизмы и адресный характер политики. В дальнейшем в связи с принятием программы временной помощи нуждающимся семьям указанный процесс получил развитие.

Власти штатов могут заключать соглашения с частными компаниями в отношении программ профессиональной подготовки, включая выплату соответствующих социальных пособий на основе контрактов с фиксированной ценой. В некоторых штатах им предоставляются субсидии на выплату заработной платы и налоговые льготы в целях найма.

В США идеология реформы социальной сферы опирается на “моральные основания” – типичные для либеральной модели вообще и американском ее варианте в частности. Они сводятся к тому, что недопустимо жить за счет государства, кроме экстремальных ситуаций – например, при устойчивой

и значительной потере трудоспособности (инвалидности).

Некоторые элементы этой политики стали применяться и в странах Западной Европы, в которых были ужесточены требования к правам на пособия по безработице. В отличие от американской модели, в Западной Европе основной акцент сделан на повышение возможностей в трудоустройстве и “совместной ответственности” социальных партнеров в отношении социального исключения и мер, которые необходимо в этом случае предпринять³.

В целом же риск развития социальной политики по американскому типу ограничен, учитывая приверженность населения социальным завоеваниям и ценностям справедливости и солидарности. В частности, западные специалисты считают, что система социального благосостояния в скандинавских странах эффективно структурирована и способна противостоять новым рискам и потребностям, связанным со старением общества и трансформацией экономики.

К примеру, в Финляндии и Швеции социальная помощь обеспечивает наиболее высокий уровень доходов: в среднем 60–70% от средней зарплаты, в то время как в других странах этот показатель составляет около 50% (наименее высокий уровень характерен для Великобритании)⁴.

Важно учитывать, что в проводимых в европейских странах реформах система социального благосостояния рассматривается в качестве производительного фактора. А это является фактическим признанием того, что принцип социальной справедливости, который положен в основу европейской модели, несмотря на изменения в политике, может способствовать экономической эффективности и прогрессу. Продуктивный баланс между экономической и социальной политикой, характерный для этой модели, обеспечивается за счет роста социального капитала, который яв-

ляется важным фактором, способствующим социальному диалогу, росту уровня социального доверия и эффективных компромиссных решений.

В современных условиях произошел сдвиг в сторону активного взаимодействия, возврата к практике социальных пактов между национальными правительствами и социальными партнерами. В политическом плане происходит переход от макроэкономического регулирования спроса на меры, связанные с регулированием предложения на рынке труда, активизацией занятости и региональной политикой. Основной принцип состоит в том, что именно занятость обеспечивает наилучшую защиту от бедности и социального исключения. Пассивным мерам социальной политики в этой модели отведена вспомогательная роль.

Новым моментом в социальной политике является принятие пактов занятости и конкурентоспособности, что усиливает партнерство на рабочем месте, которое, например, в Нидерландах и ФРГ охватывает 5–10% частных фирм. В целях развития социального партнерства на уровне компаний ЕС принимает директиву, касающуюся информации и консультаций. Пакты занятости и конкурентоспособности представляют собой соглашение о взаимных уступках, в котором профсоюзы снижают требования в области заработной платы и рабочего времени, а предприниматели дают гарантии в области занятости и инвестиций⁵.

Важное направление социальной политики в развитых странах – реформы здравоохранения. Эта сфера одна из наиболее затратных в структуре социальных расходов. Во всех промышленно развитых странах складывается примерно одинаковая картина: опережающий рост расходов на здравоохранение.

В США в 1982 г. они составили менее 10% ВВП, в 2003 г. – более 15, а в 2013 г. по прогнозам – 18%. Наименее высокий уровень отмечается в Великобритании и Японии – 7,6%; во Франции – 10%⁶.

Эта тенденция отражает возросший уровень благосостояния общества и является важным фактором роста продолжительности жизни.

Одна из основных целей реформ состояла в том, чтобы снизить темпы роста социальных расходов вообще и расходов на медицинское обслуживание в частности.

Политика государства продемонстрировала эффективность: за два десятилетия (70-е – 90-е годы) они сократились вдвое. Использовались меры по регулированию тарифов, заработной платы медицинских работников и развитию материально-ресурсной базы здравоохранения.

Одновременно устанавливались общие бюджетные ограничения и ограничения по видам медицинского обслуживания, применялись меры по реструктуризации баланса расходов между государством и частным сектором, увеличению доли расходов, возлагаемых непосредственно на потребителей.

По мнению западных специалистов, принцип фиксированного бюджета (в соответствии с ретроспективными издержками) создает опасность стимулирования неэффективных производителей. Именно поэтому страны ОЭСР перешли к новой политике – сочетанию принципа верхнего предела бюджетных расходов с мерами, учитывающими результаты деятельности медицинских учреждений.

Однако меры, направленные на выравнивание темпов роста расходов на здравоохранение и экономическим ростом, не обеспечили достижение этой цели. Ограниченная эффективность социальной политики обуславливалась тем, что структурные факторы, в частности изменение демографического профиля, старение населения и рост

продолжительности жизни, во многом определяют общую тенденцию.

В США проблема регулирования этих расходов приобрела особую актуальность, учитывая, в частности, специфику американской модели медицинского страхования, где (в силу ее либерального характера) социальная политика в данной сфере структурирована с преобладанием ответственности частных институтов.

Государство обеспечивает страхование около 30% населения через программы обслуживания престарелых, инвалидов и малообеспеченных, а также военнослужащих. При этом в отличие от многих европейских стран, значительная часть населения (около 17,5%) там не охвачена системой страхования.

Сравнительный анализ показывает, что в странах Западной Европы расходы государства на здравоохранение на 20–40 процентных пункта превышают американский уровень.

Наиболее высоки они в Швеции и Великобритании – соответственно 85,0 и 80,9%, несколько ниже во Франции, ФРГ и Италии, что совершенно несопоставимо с уровнем США (44,2%).

Необходимо отметить, что американская модель, судя по долговременной тенденции, эволюционировала в сторону повышения доли государства, в то время как в странах ЕС их уровень оставался прежним или даже сократился, как, например, в Великобритании (снижение на 7% с 1970 г.), а также Швеции и ряде других государств⁶.

В 90-х годах для рационализации здравоохранения в США была установлена система регулирования, ознаменовавшая переход от традиционной системы оплаты за каждую услугу.

Модель медицинского страхования в США отличается тем, что там большое место занимает система обеспечения услуг, когда страховщики действуют на основе преференциальных договоров с практикующими врачами; пациенты побуждаются обращаться за консультациями в рамках

сети, сформированной своим страховщиком, а работодатель субсидирует работников, если они соглашаются на страхование компанией, выбранной работодателем.

Новым этапом в развитии этого подхода является формирование системы медицинских накопительных счетов, которая предусматривает достижение стратегических целей (роста эффективности, качества услуг, экономики) через усиление рыночных механизмов. По этой системе ежегодно в расчете на каждого человека выделяется определенная сумма на медицинское обслуживание, которой он может распоряжаться в соответствии со своими предпочтениями или переводить эти средства в индивидуальные планы целевых накоплений. Нетрудно заметить, что социальная политика в этой части во многом происходит по модели трансформации пенсионного обеспечения.

Кроме того, реформа предусматривает с 2010 г. расширить роль частного сектора посредством государственного субсидирования программ охраны здоровья и развития конкуренции. Предполагается проведение экспериментальной программы развития конкуренции между системой Медикэр (медицинское обслуживание пенсионеров и инвалидов) и планами частного медицинского страхования в 6 крупных центрах в течение 6 лет.

Частный сектор получит субсидии от государства и налоговые льготы на сумму в 98 млрд. долл.⁶.

Во **Франции** на протяжении последних десятилетий в этой сфере использовались различные методы регулирования.

Низкие тарифы, применявшиеся государством в 80-х годах, не принесли ожидаемого результата в плане ограничения расходов, так как замораживание тарифов преодолевалось за счет увеличения количества обследований.

В 90-х годах государство и кассы страхования по болезни пытались вести переговоры о расходах с медицинскими работниками.

Современный этап реструктуризации системы направлен на ограничения роли государства сферой базового страхования и передачу большей части услуг в частный сектор.

Для преодоления сложившейся ситуации в 2005 г. была предпринята реформа в сфере страхования по болезни, охватывающая вопросы управления, условия получения медицинской помощи и финансирования. Государство сохраняет за собой основные позиции в принятии решений, возлагая большую ответственность на структуры управления (национальные кассы страхования по болезни), в частности в финансовых вопросах.

Новая политика фактически серьезно ограничивает возможности получения максимального возмещения расходов и полностью бесплатной помощи, хотя она носит во многом символический характер (1 евро за консультацию не подлежит возмещению). Для финансирования предусматривается рост общего социального взноса, поступления из государственного бюджета за счет налога на табак и пересмотр сроков выплаты долгов. Реформа отодвигает радикальные изменения посредством перехода к конкурентной системе оказания услуг, как это принято в американской модели⁶.

В 90-х годах значительные изменения в секторе здравоохранения произошли в **Италии**, где правительство стремилось перейти к сбалансированной институциональной модели управления.

Реформы явились реакцией на серьезные проблемы, ибо, согласно опросам общественного мнения, граждане выражали в 80-х годах растущее неудовлетворение деятельностью национальной службы здравоохранения, качеством услуг, бюрократией, которая запутала всю систему, породила несправедливость и неэффективность⁷.

Для решения финансовых проблем власти пошли по пути структурной реформы системы здравоохранения, созданию местных учреждений здравоохранения с большей оперативной автономией, возможностью коммерческой деятельности и осуществления контроля. При этом были использованы элементы модели "управляемой конкуренции" из опыта развития медицинского обслуживания в других странах.

В частности, больничные учреждения получили право создавать независимые

структуры, которые могли бы предлагать медицинские услуги местным учреждениям здравоохранения.

Большинство регионов сделали выбор в пользу интегрированной модели, по которой большинство больниц находится в юрисдикции местных организаций здравоохранения.

Одна из основных целей реформы – децентрализация, предусматривающая повышение финансовой ответственности региональных властей. Новые правила направлены на улучшение ситуации в государственном здравоохранении и защиту экономических интересов медицинских работников.

Врачам, сделавшим выбор в пользу работы в национальной службе здравоохранения, обеспечивается значительное повышение оплаты труда. Кроме того, они получают разрешение на частную практику в рамках государственного учреждения на сверхурочной основе. При этом тарифы на частные услуги согласовываются с местными организациями здравоохранения. Правительство подтвердило свою приверженность модели, допускающей сочетание (для врачей больниц) практики в государственном и частном секторах⁷.

Таким образом, одно из направлений реформы здравоохранения – перенесение ответственности на региональный и локальный уровень, а в некоторых случаях – уровень непосредственных производителей услуг (больниц и практикующих врачей). Основная цель – осуществление лучшей координации в согласовании потребностей и ресурсов. В Италии с 2001 г. региональные власти несут полную ответственность за финансирование системы здравоохранения, находящейся в их юрисдикции. Для выравнивания финансовых возможностей регионов правительством было принято решение о формировании межрегионального фонда. Важно также иметь в виду и то, что в странах ЕС были предприняты шаги по улучшению системы информации о стоимости лечения⁸.

Одно из важнейших направлений модернизации социальной сферы в странах Запада – реформы пенсионных систем. Страны с традиционно высоко-

активной социальной политикой и большой ролью государства в распределении доходов вынуждены пересматривать прежние стандарты, по крайней мере, в рамках обязательных пенсионных систем. Их развитие необходимо рассматривать в контексте сдвигов в динамике структуры совокупного капитала, а также условий внутренней и международной конкуренции.

На предыдущем этапе пенсионные системы формировались исходя из приоритета социальных целей. Именно это обусловило значительные достижения в области пенсионного обеспечения.

Особенность современного этапа в том, что на первый план вновь выходят экономические факторы, а поддержание уровня жизни пенсионеров предполагается осуществить за счет изменений в структуре формирования их общих доходов. Речь идет о том, чтобы стимулировать развитие профессиональных пенсионных систем и добровольного пенсионного страхования на предприятиях, групповых и индивидуальных сберегательных и пенсионных планах.

Основная диспозиция, диктующая необходимость трансформации пенсионных систем, связана с двумя главными факторами:

во-первых, в условиях сдвигов в возрастной структуре населения и роста числа лиц пенсионного возраста традиционные пенсионные системы, функционирующие под эгидой государства, располагают ограниченными возможностями для сохранения и тем более обеспечения роста пенсионных доходов;

во-вторых, это фактор новой социальной структуры, когда большая часть населения (в отличие от периода формирования всеобъемлющих распределительных систем) располагает сравнительно высокими доходами, что создает возможность для формирования новой системы социального страхования соразмерно доходам населения.

В последние два десятилетия в странах Запада во многом изменился концептуальный подход к социальной политике. Об этом свидетельствует позиция, получившая повсеместное распространение, связанная с формированием системы адресной социальной защиты. Эти изменения непосредственно не связаны с воздействием глобальных факторов.

Реформы социальной сферы обуславливаются, прежде всего, трансформацией социальной структуры и экономики, при этом конкурентный аспект является первостепенным. Однако он отнюдь не противостоит социальной политике. Принцип равновесной и мотивирующей взаимосвязи между экономическими и социальными факторами, несмотря на изменения, по-прежнему рассматривается, особенно в ЕС, как условие успешного развития.

Что касается России, то можно сказать, что социальная политика без существенных изменений в стратегии развития, в частности в области распределения доходов, мало что решает. Одна из основных проблем состоит в том, что в России не сформирована равновесная система распределения доходов между социальными группами, между отраслями экономики, между государственным и частным сектором. Несомненно, важное достижение последних лет – сокращение абсолютной бедности.

Согласно планам правительства, к 2011 г. она должна составить менее 10% населения. Однако, несмотря на все усилия, сохраняет свое действие механизм, ведущий к массовой относительной бедности из-за большого разрыва в доходах.

Например, в странах ЕС этот показатель рассматривается как важный индикатор эффективности социальной политики, а уровень относительной бедности определен в 50–60% средней заработной платы.

Оптимизация распределения – важное условие достижения эффективности и роста производительности труда (роста мотивации) на уровне конкретных субъектов экономической системы (отдельных предприятий, компаний, фирм), их высокой конкурентоспособности.

Примечания

- ¹ *Navarro V., Schmitt J., Astudillo J.* Is globalisation undermining the welfare state? // Cambridge journal of economics. 2004. Vol. 28. №. 1. P. 137–138.
- ² *Deacon B., Hulse M., Stubbs P.* Global social policy. L. ect.: Sage publications, 1997. P. 20.
- ³ *Chapon S., Euzeby Ch.* Vers une convergence des modeles sociaux europeens? // Problemes economiques. 2003. № 2801–2802. P. 75–76.
- ⁴ *Kuivalainen S.* The production of last resort support: A comparison of social protection schemes in Europe using the notion of welfare production and the concept of social rights // European journal of social security. 2005. Vol. 7. №. 1. P. 46.
- ⁵ *Governing work and welfare in a new economy. European and American experiments / Ed. by Zeitlin J. and Trubek D.M.* N.Y.: Oxford univ. press, 2003. P. 133–134.
- ⁶ *Mistral J., Salzmann B.* Problemes economiques. 2004. №. 2862. P. 26, 5, 28–29, 20.
- ⁷ *Fargion V.* Half way through the ford: The Italian welfare state at the start of the new century / Gilbert N, Van Voorhis R.A. (ed.). Changing patterns of social security. New Brunswick; L.: Transaction publishers, 2003. P. 324, 326.
- ⁸ *Social protection in Europe 2001.* Luxembourg, 2002. P. 41.