

© 2017 г.

Борис Трифонов

кандидат экономических наук, доцент

Российского экономического университета имени Г. В. Плеханова

(e-mail: trifonov.b@gmail.com)

ПРОБЛЕМА РОСТА РАСХОДОВ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИТУ НАСЕЛЕНИЯ И ПУТИ ЕЕ РЕШЕНИЯ

В статье проведен анализ роста расходов на социальную политику в контексте развития систем социальной защиты и происходящих изменений в жизни общества. Определены задачи, на решении которых экономисты и политики должны сосредоточить основное внимание. Предложены направления реформирования механизмов финансирования в сфере здравоохранения и пенсионного обеспечения.

Ключевые слова: социальная политика, социальное страхование, пенсионное обеспечение, дефицит финансирования, старение населения.

Развитие систем социальной защиты населения. Основная задача социальной защиты населения состоит в соблюдении права каждого человека на приемлемое материальное и социальное положение. Появление и развитие систем социальной защиты населения обусловлено рисковой природой человеческого существования, которая проявляется и на физиологическом, и на финансовом уровнях.

С течением времени распространяются новые стандарты потребления товаров и услуг, что приводит к повышению требований к качеству жизни [1, С. 5]. Изменяется отношение людей к себе и своему здоровью, происходят сдвиги в демографической структуре общества, появляются новые технологии. Вместе с этим *изменяются взгляды на три основные характеристики системы социальной защиты: кто имеет право на социальные гарантии, какой размер этих гарантий и как они финансируются.*

Ответы на эти вопросы имеют большое значение для государства, бизнеса и населения. Социальные гарантии являются одним из факторов формирования государственного имиджа. Для руководства страны важно выполнение законодательно закрепленных обязательств в рамках имеющихся финансовых ресурсов. Принимая решения о расширении гарантий, можно увеличить поддержку избирателей. Но в условиях дефицита ресурсов обязательства могут быть не выполнены, что приведет к негативным последствиям. Для бизнеса важен размер обязательных взносов на социальное обеспечение: их повышение приводит к ухудшению бизнес-климата в стране, увеличивается доля «серой» зарплаты. Для населения важен объем гарантий и качество их исполнения.

Одна из основных проблем, которую приходится решать экономистам, состоит в достижении баланса между социальной справедливостью и экономической эффективностью системы. Первое предполагает создание условий, при которых обеспечивается достойное существование всех членов общества, второе — получение максимального положительного эффекта при использовании определенного количества ресурсов. Однако нет точных критериев выполнения этих условий. Понятие «достойное существование» является социально-философской, этической и психологической категорией и определяется по-разному в зависимости от целей исследования. Также неоднозначны количественные показатели, характеризующие положительный эффект от реализации как отдельных мер, направленных на поддержание нормальной жизнедеятельности населения, так и от работы социальной системы в целом.

По мнению автора, социальная справедливость достигается, если созданы механизмы материальной поддержки социально уязвимых групп населения, которые полностью зависят от государства, выравнены возможности населения обеспечивать свои основные жизненные потребности и, кроме того, государство берет на себя обязательства по оказанию помощи в ситуациях, требующих больших расходов (лечение критических заболеваний, финансирование комплекса мероприятий в сфере репродукции населения и т.д.).

Для реализации этих основных принципов требуется большое количество ресурсов. Их эффективное использование предполагает, что ответственность распределена между всеми субъектами социальной политики и определены источники их финансирования, сформирована конкурентная среда, повышающая качество реализации социальных гарантий, и, наконец, существует личная мотивация к увеличению производительности труда и повышению уровня социальной защиты.

Отметим, что такое понимание роли и функций системы социальной защиты сложилось не сразу. В аграрном обществе основными формами социальной защиты выступала большая община (семья), внутри которой существовала солидарная взаимопомощь между поколениями [2, С. 190]. Внутрисемейные трансферты, основанные на традициях и религии, были основным источником обеспечения для тех членов общины, которые не могли самостоятельно себя обеспечивать. С переходом к индустриальному обществу эти традиции ослабли. Большая часть населения зависела от своего работодателя, и при потере заработной платы у работника не было средств к существованию. В этот период возникли новые формы социальной защиты.

Важнейшим этапом в развитии общества стало создание в начале прошлого века национальных систем социальной защиты, которые основывались на страховой и бюджетной модели финансирования. Это позволило на законодательном уровне закрепить право получения помощи для широких слоев населения. Основные причины, почему многие государства

«развернулись» к социальным проблемам населения, были связаны с обнищанием рабочего класса, усилением социальной напряженности и осознанием необходимости государственного регулирования в сфере воспроизводства населения [2, С. 196]. Кроме того, революции, войны, экономические и политические кризисы, происходящие на протяжении предыдущего века, являлись важным стимулом к развитию социальных функций государства.

Рост расходов на социальную защиту – результат цивилизационного развития общества. В течение XX в. в жизни общества происходили значительные изменения. В первую очередь к ним относятся тенденции в медико-демографических процессах. На протяжении последнего столетия значительно уменьшилась доля населения трудоспособного возраста и увеличилась продолжительность жизни населения. Научно-технический прогресс, расширивший возможности лечения многих заболеваний, изменил спрос населения в области здравоохранения. Дополнительно к этому поменялась структура заболеваний, что оказало влияние на длительность и стоимость их лечения¹. Произошло повышение уровня жизни населения, и вместе с этим возросли требования к системе социальной защиты.

Эти и другие факторы привели к росту расходов на социальную политику во многих странах (табл. 1). С каждым годом для финансирования этой сферы требовалось все больше ресурсов, и это увеличение происходило в известной мере независимости от состояния экономики и модели финансирования системы социальных гарантий.

По мере роста расходов становилась острее проблема упущенных возможностей. Финансовые ресурсы могли бы быть направлены в другие отрасли экономики, где также было недостаточно средств. Постепенно становилось сложнее обосновывать затраты на социальную защиту, и в какой-то момент увеличение финансирования перестало соответствовать тому росту, который требовался для выполнения обязательств. Фактически многие государства объявляли широкую социальную поддержку населения, но для ее обеспечения финансовых ресурсов было уже недостаточно.

В каждой стране правительство по-разному пыталось решить эту проблему. Наиболее распространенные меры были связаны с ограничением объема обязательств (приостановка некоторых социальных программ, отказ от индексации пенсий и т.д.) и с повышением налогов и социальных страховых взносов. Однако в отличие от этих мер, которые государство публично объявляло и закрепляло законодательно, нередко прибегали к скрытым мерам. Они заключались в том, что на практике население не могло получить или получало в неполном объеме социальную помощь, декларируемую государством. Наиболее часто это встречается в сфере здравоохранения, где в условиях дефицита финансирования снижается

¹ Например, эпидемиологические данные свидетельствуют о значительном росте аллергических и аутоиммунных заболеваний, и вместе с тем о снижении некоторых инфекционных заболеваний за последние 50 лет.

Таблица 1

Государственные расходы на социальные нужды в некоторых странах, % от ВВП

Страна	Финансирование пенсий			Финансирование здравоохранения		
	1920 г.	1960 г.	1993 г.	Ок. 1930 г.	1960 г.	1994 г.
Австрия	2,4	9,6	12,7	0,2	3,1	6,2
Бельгия	0,3	4,3	10,9	0,1	2,1	7,2
Франция	1,6	6,0	12,3	0,3	2,5	7,6
Германия	2,1	9,7	12,4	0,7	3,2	7,0
Италия	2,1	5,5	14,5	—	3,0	5,9
Япония	0,3	1,3	6,0	0,1	1,8	5,5
Испания	0,9	—	10,4	—	0,9	5,8
Швеция	0,5	4,4	12,8	0,9	3,4	6,4
Великобритания	2,2	4,0	7,3	0,6	3,3	5,8
США	0,7	4,1	7,5	0,3	1,3	6,3

Источник: Public Spending in the 20th Century: A Global Perspective. Cambridge: Cambridge University Press. 2000. P. 38—41.

уровень материально-технической базы лечебных учреждений и пациенты получают некачественную медицинскую помощь.

Таким образом, увеличение социальных расходов стало результатом цивилизационного развития общества: для обеспечения определенного уровня благополучия населения потребовались не только дополнительные финансовые ресурсы, но и создание специальной инфраструктуры, институтов социального страхования и социального обеспечения. Кроме того, улучшение условий жизни населения, повышение качества и доступности медицинской помощи являлись важными факторами роста продолжительности жизни населения, что, в свою очередь, также увеличило потребности населения в социальной помощи. Однако постепенно тенденция роста расходов пришла в противоречие с ограниченностью финансовых ресурсов. На сегодня эта проблема для многих стран является одной из наиболее актуальных.

Несоответствие между объемом декларируемых государственных гарантий и объемом их финансирования — одна из основных проблем российской социальной системы. Система социальной защиты в России развивалась в русле общемировых тенденций. В течение XVII—XIX вв. были сформированы механизмы по социальному обеспечению определенных категорий работников, государственных чиновников и военнослужащих. Происходящий на протяжении XIX в. рост промышленности способствовал появлению новых форм финансирования. В частности, получили развитие больничные и эмеритальные кассы, которые создавались крупными предприятиями. Они основывались на страховой и накопительной модели финансирования. С изменением экономического и политического

строая после революции 1917 г. социальная защита населения полностью стала обеспечиваться государством. Значительные перемены в социальной сфере произошли в послевоенные годы. После 1960-х годов законодательно было оформлено всеобщее право на получение пенсии по старости [3]. В этот период большое количество ресурсов было направлено на строительство и повышение оснащенности медицинских учреждений.

Между тем декларируемые государством социальные обязательства не отвечали требованиям, вытекающим из экономической ситуации в стране. Финансирование социальной сферы осуществлялось по остаточному принципу. Это приводило к тому, что средний уровень пенсионного обеспечения оставался низким, в здравоохранении не использовались высокие технологии.

Вместе с трансформацией в экономике страны в 90-е года прошлого века произошел также сложный процесс реструктуризации социальной сферы с переходом от социалистической монопольно-государственной модели ее финансирования к бюджетно-страховой. В этот непростой период государство стремилось сохранить объем социальных гарантий. Были созданы Пенсионный фонд РФ, Фонд ОМС и Фонд социального страхования РФ. Однако, несмотря на все попытки изменить механизмы финансирования с целью их большей эффективности, руководству страны так и не удалось решить проблему дефицита средств в системе социальной защиты. Каждый год при утверждении бюджета для финансирования социальных обязательств государства используются не расчетные данные относительно размера необходимых ресурсов, а прогноз будущих поступлений с учетом текущей экономической ситуации и законодательно утвержденных норм.

Уровень государственных расходов на здравоохранение в России составлял 3,2% в 2000 г., 3,7% в 2004 г., 3,1% в 2008 г., 2,7% в 2012 г., 3,4% в 2016 г. от ВВП. Государства с развитой экономикой тратят на здравоохранение 7–10% ВВП, что существенно больше, чем в России. При этом практически ни одна развитая страна не гарантирует бесплатное получение всех видов медицинской помощи для всех граждан. Развивающиеся страны с аналогичной долей государственных расходов в структуре ВВП гарантируют населению только минимальный объем медицинских услуг, необходимый для поддержания медико-социального благополучия на некотором уровне. Недофинансирование в течение десятилетий привело в России к низкой заработной плате медицинского персонала, недостаточному лекарственному и материально-техническому обеспечению, неудовлетворительному качеству медицинской помощи и росту неформальных платежей населения в государственных учреждениях.

Национальный проект «Здоровье», реализация которого началась в 2006 г., должен был разрешить назревшие проблемы в системе здравоохранения России. Среди основных задач проекта были повышение доступности и качества медицинской помощи, улучшение материально-технической

базы медицинских учреждений. Объем государственных инвестиций на реализацию этого проекта за 5 лет его реализации составили более 607 млрд руб. [4, С. 5]. Это позволило на 0,3–0,4% ВВП увеличить государственные расходы на здравоохранение. Несмотря на большую критику в средствах массовой информации, следует сказать, что этот проект смог точно улучшить финансовое положение некоторых частей отрасли, однако он не решил ее основных проблем.

В пенсионной системе ситуация иная. На протяжении многих лет дефицит финансирования Пенсионного фонда РФ покрывался за счет трансфертов из федерального бюджета. В период финансового кризиса 2008–2009 гг. было принято решение о повышенной индексации размера пенсии, и для этого из федерального бюджета были направлены дополнительные ресурсы (рис. 1). Благодаря этому прекратилось относительное ухудшение материального положения пенсионеров по сравнению с работающим населением (в 2009 г. средняя пенсия относительно среднемесячной заработной платы составила 27,6% против 24,3% в 2008 г. и 22,8% в 2007 г.) [5, С. 372]. В период 2011–2015 гг. государство индексировало страховую пенсию выше уровня инфляции за предыдущий год (рис. 2).

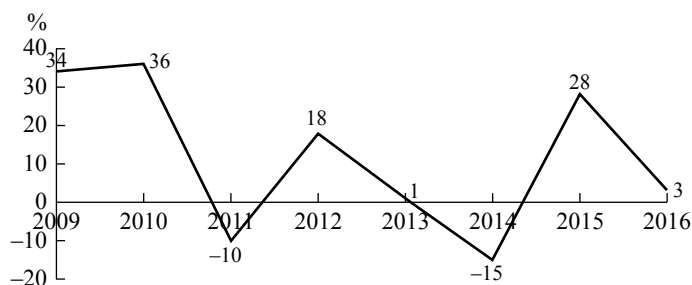


Рис. 1. Динамика роста трансфертов из федерального бюджета в Пенсионный фонд РФ относительно предыдущего года

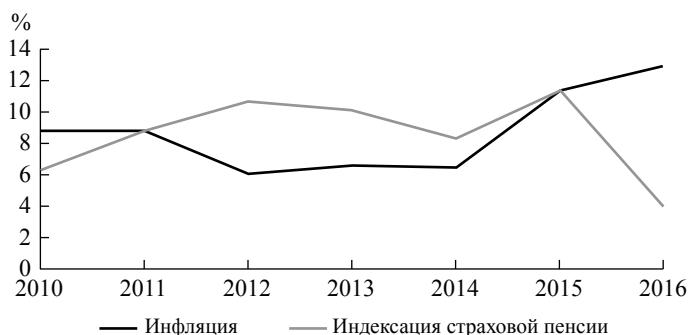


Рис. 2. Размер индексации страховой пенсии и инфляция за предыдущие годы (2010–2016 гг.)

Частично этого удалось добиться в 2014 г. за счет заморозки отчислений в накопительную систему. В 2016 г. в связи со сложной экономической ситуацией было принято решение об индексации страховой пенсии только на 4% (несмотря на то, что за предыдущий год инфляция составила 12,9%). Работающим пенсионерам она вовсе не была проиндексирована.

Включение частных и корпоративных средств в общее финансирование социальной сферы – важнейшая задача, которую необходимо решить государству. Особую тревогу вызывает тот факт, что происходящие тенденции в демографических процессах и дальше будут увеличивать потребности населения в социальной помощи. Отсутствие каких-то изменений в этой сфере может нанести значительный ущерб повседневной жизни людей, политической и экономической стабильности. Поэтому важно выработать комплексный подход к решению этой проблемы с учетом экономических и демографических факторов.

По мнению автора, необходимо сосредоточить основные усилия на решении следующих задач:

Во-первых, в системе социальной защиты необходимо достичь соответствия между содержанием государственных гарантий и объемом выделяемых средств, т.е. нужно заново определить источники и объемы финансирования. Ответственность за социальную защиту населения должна быть распределена между государством, работодателями и непосредственно самим обществом.

Во-вторых, должен соблюдаться баланс между социальной справедливостью и экономической эффективностью. Как было сказано выше, решение этой задачи предполагает равенство в получении социальной помощи при условии наибольшего эффекта от использования имеющихся финансовых ресурсов. В первую очередь должны учитываться социальные риски населения и возможности каждого члена общества обеспечивать свои основные жизненные потребности.

В-третьих, повышение устойчивости механизма финансирования системы социальной защиты в свете демографических изменений. В ближайшее время, с одной стороны, продолжит уменьшаться количество плательщиков страховых и налоговых отчислений, а, с другой стороны, будет происходить рост потребностей населения. Устойчивость к демографическим процессам – важное требование, предъявляемое системе социальной защиты.

На современном этапе частные и корпоративные средства должны в большей мере дополнять государственное финансирование. При этом основной целью включения этих средств в общее финансирование социальной сферы должно стать выравнивание возможностей населения на получение социальной помощи. Это означает, что должны быть учтены экономические аспекты, характерные для разных групп населения. В целом, определение механизмов интеграции частных, корпоративных

и государственных средств — непростая задача, требующая всестороннего анализа.

Бесспорно, изменение государственных гарантий является сложным для политиков решением. Но в условиях постоянного роста потребностей населения многие государства не в состоянии сохранить свои текущие обязательства в социальной сфере.

В нашей стране на протяжении длительного периода времени государство выполняло в меру экономических возможностей широкие обязательства в социальной сфере, что соответствовало действовавшему на тот момент политическому режиму. В советское время общий уровень жизни оставался низким, и большая часть населения сильно зависела от социальной защиты со стороны государства [6]. Это сформировало у населения определенный менталитет, культурные ценности и требования к государству. Поэтому пересмотр объема государственных гарантий в настоящее время является не только значительным изменением в социальной политике, но и переворотом в сознании всего населения.

Механизм дифференциации как способ выравнивания возможностей населения на получение социальной помощи. Из двух вариантов, состоящих в общем (одинаковом для всех) снижении уровня социальной защиты для всех, кто ее сейчас получает, или, наоборот, в дифференцированном подходе, наиболее предпочтительным представляется второй. Основной причиной этого является углубление экономического расслоения общества: некоторые группы населения могут самостоятельно обеспечить свои vitalные потребности, другим требуется помощь государства.

Внедрение механизма дифференциации должно стать одним из ключевых направлений реформирования российской системы социальной защиты. Фактически сейчас частные и корпоративные средства, несмотря на широкие государственные гарантии, включены в общее финансирование этой системы. Многие работодатели оплачивают договора добровольного страхования (медицинского, от несчастных случаев) и негосударственного пенсионного обеспечения в пользу своих сотрудников. Население также заключает индивидуальные договора со страховыми компаниями, негосударственными пенсионными фондами или оплачивает услуги напрямую (например, в кассе лечебного учреждения). Цель нового механизма состоит в уточнении размера участия этих средств в финансировании социальной сферы.

Ниже рассмотрен один из вариантов механизма дифференциации, который может быть применен в российской системе социального страхования.

Основным критерием для дифференциации может стать уровень дохода (способность оплачивать медицинскую помощь и обеспечивать собственные пенсионные накопления), а также уровень риска (риск заболеваемости и потери дохода). Если доход застрахованного лица ниже

определенного уровня, то для него ничего не изменяется: он не оплачивает обязательные социальные взносы (за него это делает работодатель), в системе ОМС получает медицинскую помощь в объеме полной программы ОМС, в пенсионной системе на него распространяется стандартное ограничение максимального количества годовых баллов. Изменения вносятся для тех, чей доход выше установленного значения. В этом случае для получения аналогичного объема государственных гарантий необходимо оплачивать дополнительные страховые взносы.

В текущих условиях, когда бизнес испытывает высокую налоговую нагрузку, говорить об увеличении суммы отчислений работодателей на социальное страхование нельзя. Поэтому дополнительные страховые взносы должны ежемесячно удерживаться из заработной платы самого работника. Здесь возможны два варианта.

Первый вариант предполагает, что работодатель в рамках социального пакета для своих сотрудников берет на себя обязательства оплачивать дополнительные взносы (табл. 3). При данном условии для сотрудников объем социальных гарантий не изменяется (как если бы они сами оплачивали эти взносы). Во втором варианте сотрудник отказывается оплачивать дополнительные страховые взносы. Тогда для него объем государственных социальных гарантий уменьшается: в этом случае он имеет право только на базовую «узкую» программу ОМС, в пенсионной системе для него снижается максимальное количество годовых пенсионных баллов. Если работодатель обеспечивает своих сотрудников корпоративными программами ДМС, НПО или сам сотрудник заключает договор со страховыми компаниями и НПФ, то он получает дополнительные к государственным социальным гарантиям услуги в частной системе.

Таблица 2

**Объем государственных социальных гарантий для тех, чей доход
выше установленного значения**

Условие	Объем государственных социальных гарантий
Сотрудник или/и работодатель оплачивает дополнительные страховые взносы	Полная программа ОМС, стандартное значение максимального количества годовых пенсионных баллов
Отказ оплачивать дополнительные страховые взносы	Базовая «узкая» программа ОМС, снижение максимального количества годовых пенсионных баллов

На рис. 3 показано движение финансовых потоков в социальной сфере с учетом механизма дифференциации. Государственная система социальной защиты финансируется за счет бюджетных средств, обязательных взносов работодателей и дополнительных взносов. Происходит

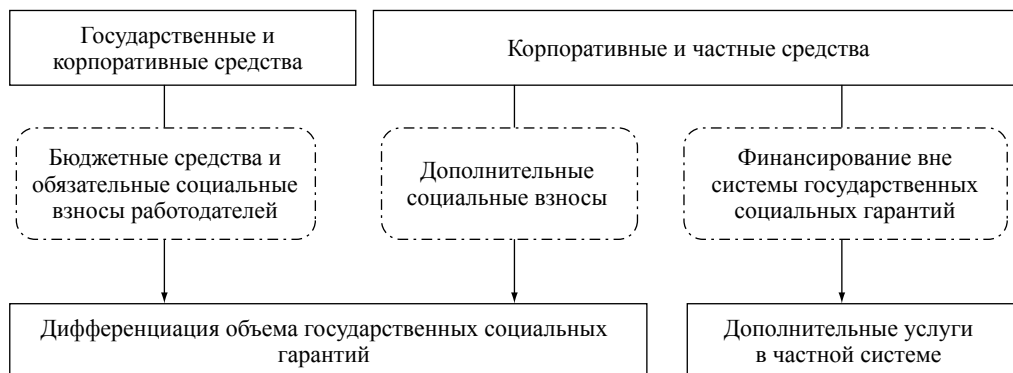


Рис. 3. Движение финансовых потоков в социальной сфере с учетом механизма дифференциации

дифференциация объема государственных социальных гарантий в зависимости от уровня дохода и факта оплаты дополнительных взносов. Корпоративные и частные средства также направляются на финансирование услуг в частной системе. Финансирование вне системы государственных социальных гарантий осуществляется через рынок страхования и негосударственного пенсионного обеспечения.

Использование накопительного механизма в пенсионной и медицинской системах — важнейшее направление реформирования социальной сферы. Другим ключевым изменением должно стать использование накопительных механизмов финансирования в системе социальной защиты. Значительное увеличение средней продолжительности жизни на протяжении XX в. привело к кризису распределительной модели финансирования, при которой все полученные средства направляются на удовлетворение текущего потребления. Эта модель функционирует хорошо, когда соотношение между пожилым и работающим населением остается постоянным. Однако она оказывается нежизнеспособной при увеличении доли населения нетрудоспособного возраста. При накопительном механизме финансовая устойчивость к демографическим изменениям достигается за счет формирования накоплений во время трудовой деятельности. При этом никакого субсидирования между разными поколениями не происходит. Этот механизм финансирования является устойчивым к негативным изменениям в экономике в кратко- и среднесрочном периоде, поскольку накопление средств происходит на протяжении большого периода времени.

Накопительный механизм финансирования в пенсионном обеспечении — хорошо изученный вопрос. В ходе пенсионной реформы в 2002 г. в России была введена накопительная часть трудовой пенсии. Часть социального взноса работодателя (до 2010 г. единого социального налога) поступала на именной пенсионный счет по выбору застрахованного лица в ПФР, НПФ или частную управляющую компанию. Развитию накопительного механизма также способствовала Программа государственного

софинансирования формирования пенсионных накоплений, которая действовала в период 2008—2014 гг.

Ранее было отмечено, что из-за дефицита финансирования ПФР было принято решение о заморозке отчислений в накопительную систему. Текущая позиция руководства страны состоит в полной отмене данного механизма. В Минфине и Центральном банке сейчас активно обсуждается концепция «индивидуального пенсионного капитала», которая должна прийти на его смену. Согласно этой концепции, размер страхового взноса работодателей не изменяется и полностью направляется в распределительную систему. Из заработной платы сотрудников удерживаются взносы в накопительную систему, размер которых он может установить сам. Также предусмотрена приостановка оплаты взносов, соплатежи работодателя и дополнительные налоговые льготы.

Как видно, данная концепция находится в соответствии с теми выводами, которые сделаны выше. Однако ожидаемые результаты от введения «индивидуального пенсионного капитала» являются преувеличенными, поскольку «добровольность» этой системы не будет способствовать тому, что большое число участников останется в ней. *Недоверие к накопительным механизмам, стремление населения увеличивать текущие доходы, инвестиционный риск являются основными ограничениями развития данной системы.* Оценочно, 10—15% от общей численности работников будут согласны платить взносы в накопительную систему. Вместе с тем повысить устойчивость к демографическим изменениям можно только при условии большого охвата населения. *Этого можно добиться только при введении обязательного минимального размера взносов в накопительную систему, которые будут удерживаться с работников.* Его размер может составить 1% от заработной платы. Оплата взносов сверх этого размера должна быть добровольной. По выбору работников накопления, как и раньше, могут формироваться в ПФР или НПФ.

Для развития рынка негосударственного пенсионного обеспечения необходимо создать условия для усиления роли негосударственных фондов как институциональных инвесторов. Основное внимание следует уделить повышению интереса к этому рынку у работодателей. Формирование негосударственной накопительной пенсии за счет работодателей должно также стать важной частью социального пакета сотрудников.

В медицинском обеспечении накопительный механизм может быть реализован с помощью создания системы обязательного долгосрочного медицинского страхования [7, С. 13—20]. Эта система предполагает, что во время трудовой деятельности у каждого застрахованного лица аккумулируются страховые взносы, а после наступления пенсионного возраста эти резервы используются для покрытия расходов, связанных с оказанием медицинской помощи застрахованному лицу. Здесь дополнительно к риску дожития и инфляционному риску, которые характерны для накопительной

пенсионной системы, большую роль играет риск заболеваемости, определяющий обязательство покрытия расходов на медицинскую помощь.

Обязательная форма должна стать частью государственной системы социального страхования в России. Размер обязательного взноса в эту систему может также составить 1% от заработной платы, и уплачивать его должен сам работник.

Система обязательного долгосрочного медицинского страхования может быть создана на базе существующего ПФР. Накопленный опыт ПФР в управлении финансовыми потоками значительно облегчит введение системы долгосрочного медицинского страхования в нашей стране. Для этого на именном пенсионном счете у каждого застрахованного лица должно быть создано два субсчета — один для накопительной пенсионной системы, другой — для системы долгосрочного медицинского страхования.

Однако управление системой государственного долгосрочного медицинского страхования не может быть полностью создано на базе ПФР. Это связано с особенностями финансирования медицинской помощи. Накопленные в фонде ресурсы должны направляться не напрямую застрахованному лицу, как в пенсионном страховании, а в страховую медицинскую организацию, откуда они поступают в лечебные учреждения. Распределение средств в страховые организации и координация их деятельности — новые и незнакомые функции для ПФР. Поэтому за распределение ресурсов и контроль эффективности их использования в системе обязательного долгосрочного медицинского страхования должен отвечать ФОМС, для которого эти функции являются базовыми.

Накопительная система финансирования медицинской помощи для населения пенсионного возраста не должна рассматриваться как основная. Учитывая сложность финансирования медицинской помощи для всех пенсионеров страны реализовать принцип независимости, согласно которому объем помощи в некоторый момент времени не зависит от величины уплаченных взносов, внутри только этой системы невозможно. Поэтому *накопительную систему должен дополнять распределительный механизм*. Ее задача состоит в формировании дополнительных финансовых ресурсов в соответствии с численностью пенсионеров и в соответствующем сглаживании последствий процесса старения населения.

Таким образом, рост расходов на социальную защиту населения ставит перед государством новые вызовы. Отсутствие достаточных ресурсов для выполнения обязательств делает необходимым включение на законодательном уровне частных и корпоративных средств в общее финансирование социальной сферы. Для повышения устойчивости к демографическим изменениям крайне важно использовать накопительную модель финансирования.

Заметим, что перспективы реализации описанных изменений в финансировании социальной сферы неоднозначны. Основными ограничениями

являются нестабильность национальной экономики, текущий дефицит средств в распределительной системе, высокий уровень теневых зарплат, сложившийся за десятилетия менталитет российского общества. Однако изменения, связанные в первую очередь с модернизацией экономики и с политикой по снижению инфляции и доли теневой экономики, создают положительные предпосылки для введения этих механизмов. Успех во многом будем зависеть от того, как государству удастся построить правильный диалог с населением.

Литература

1. *Зубец А. Н.* Экономические и культурные источники исторического развития: монография / М.: 2007.
2. *Роик В. Д.* Мир пожилых людей и как его обустроить / М.: Эксмо, 2011.
3. Электронный архив выставочной экспозиции Пенсионного фонда Российской Федерации. Режим доступа: <http://pfr.pba.su>
4. *Орлова С. Ю.* Модернизация здравоохранения – приоритет государственной социальной политики России / Аналитический вестник № 20 (432), Серия: Основные проблемы социального развития России – 125, Совет Федерации федерального собрания РФ. С. 5–7.
5. Российская экономика. Тенденции и перспективы / Москва: Проспект, ИЭПП, 2010.
6. *Федченко М. Н.* Повседневная жизнь советского человека (1945–1991 гг.) / Монография. Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2009.
7. *Трифонов Б. И.* Долгосрочное медицинское страхование как механизм защиты здоровья населения пенсионного возраста // Страховое дело. 2012. № 12 (238). С. 13–20.
8. *Зубец А. Н.* Количественные оценки в истории (инструменты для клиометрии)/ Финансовый университет при Правительстве РФ. 2014. С. 8. Доступ: <http://www.fa.ru>
9. *Public Spending in the 20th Century: A Global Perspective.* Cambridge: Cambridge University Press, 2000.