

© 2021

**Елена Шестакова**

кандидат экономических наук, ведущий научный сотрудник  
Института экономики Российской академии наук (Москва)  
(e-mail: eeshestakowa@gmail.com)

## **СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА ДО И В ЭПОХУ ПАНДЕМИИ: ПРОБЛЕМЫ СТАРЫЕ И НОВЫЕ**

В статье рассматриваются состояние и основные тенденции трансформации сектора социальной защиты в экономически развитых странах, прежде всего европейских, в период после экономического кризиса 2008/2009 гг., связанные с экономией государства на социальных расходах, изменениями на рынке труда, освобождением работодателей от выполнения некоторых требований в отношении условий труда и страхования работников. Наибольшее внимание уделяется традиционным инструментам социальной поддержки и их изменениям в ходе нового кризиса, вызванного пандемией: выплате пособий по болезни, безработице, схемам поддержки неполной занятости и обеспечения гарантированного минимального дохода, вопросам финансовой доступности услуг системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** социальная защита, рынок труда, социальное страхование, бюджетное финансирование, социальные пособия, гарантированный минимальный доход.

DOI: 10.31857/S020736760013403-2

Обширная система социальной защиты считается краеугольным камнем европейской системы социального благосостояния и основой европейской социальной модели. В течение последних десятилетий в силу серьезного влияния таких структурных факторов как старение населения и изменение моделей занятости, а также в результате негативных последствий сначала финансово-экономического кризиса 2008/2009 гг., а затем и пандемии коронавирусной инфекции, национальные системы социальной защиты сталкиваются с новыми задачами и вызовами.

Вплоть до начала 2020 г. основной акцент в большинстве экономически развитых государств делался на смешанном финансировании социальной защиты, проведении активной политики привлечения на рынок труда особых групп населения (инвалидов, возрастных работников) и адаптации систем социальной защиты к потребностям и возможностям финансового участия в социальном страховании различных категорий самозанятых и растущего числа атипичных работников.

**Общие тенденции и структура системы социальной защиты.** В среднем общественные расходы на социальную защиту в ЕС в период до начала пандемии составляли 28% ВВП, колеблясь в пределах от 34% ВВП во Франции до 15% в Румынии и государствах Балтии [16, Р. 11]. В усредненном варианте основным источником финансовых средств выступали страховые взносы социальных партнеров (55% от общего объема расходов), далее следовали бюджетные

средства (40% расходов) и 5% составляли другие источники, включая инвестиционные доходы от размещения временно свободных денежных средств. Но в страновом разрезе это соотношение существенно различалось в зависимости от используемой страховой или бюджетной модели социальной защиты и различных финансовых правил для каждого компонента системы (пенсионного обеспечения, долговременного ухода, пособий по болезни и безработицы и особенно медицинского обслуживания). Так, например, для Дании, Швеции, Великобритании характерно в основном бюджетное финансирование медицинского обслуживания (свыше 80% от расходов на здравоохранение), а для Германии, Франции и Чехии – страховое (более 75% от расходов в данной сфере) [1, Р.12].

В Германии, основоположнице страховой системы социальной помощи, доля страховых взносов составляет 64,8%, а финансирования за счет налоговых поступлений – 33,5% от общей величины расходов на данные цели [7, р. 5]. Еще выше уровень страховых платежей в финансировании социальных пособий и услуг в государствах Балтии и Восточной Европы. Среди немногих стран, где доля налоговых средств в социальных расходах превышает 45%, – Великобритания, Ирландия, Швеция и особенно Дания.

В системах страхового типа размеры пособий связаны с занятостью, и большая доля социальных выплат поступает в домашние хозяйства с относительно более высокими доходами. В Италии трансферты, которые получают лица трудоспособного возраста, входящие в нижние 20% населения по доходам, составляют около 40% от среднего уровня социальных трансфертов в стране, а реципиенты, составляющие наиболее обеспеченный квинтиль населения, получают 200% от среднего уровня. В Испании это соотношение составляет 60% и 150% от среднего уровня социальных трансфертов в стране. И, наоборот, относительно более высокие социальные выплаты получает низкодоходная часть населения в Австралии, Нидерландах, Великобритании. В Великобритании соотношение выплачиваемых социальных трансфертов для нижнего и верхнего квинтилей населения по доходам находится в пределах 155% и 25% от среднего уровня социальных трансфертов [17, Р. 8].

В течение последнего десятилетия в сфере финансирования социальной защиты проявилась тенденция некоторого снижения доли страховых взносов социальных партнеров (с 59% в 2005 г. до 55%) и одновременно повышение доли налогов, как правило, общих (с 37,5% до 40%). При этом доля работодателей в основном, за редким исключением, сокращалась более быстро, чем работников. Вопрос соотношения общих и специальных налогов в процессе социального финансирования был решен в пользу первых. Специальные налоги играют более-менее заметную роль в социальном финансировании только во Франции (24% от общего финансирования) и Бельгии (10%).

Изменение соотношения страховых платежей и бюджетных социальных расходов явилось не только результатом проводимых во многих странах

реформ пенсионного обеспечения и медицинского обслуживания, но и во многих случаях структурных трансформаций, в том числе изменений на рынке труда, увеличения численности работников, за которых выплачиваются взносы в сокращенном размере или не выплачиваются вообще. Так, в Италии, чтобы снизить расходы на рабочую силу и поддержать уровень занятости определенных групп работников, использовалось частичное или временное (до 3 лет) прекращение уплаты страховых взносов работодателями, нанимающими работников на условиях гибких контрактов, при этом взносы за работников осуществляло государство. Другими немаловажными факторами выступали рост числа договоров с сокращенным размером страховых взносов (для самозанятых, фрилансеров, платформенных работников), расширение использования программ минимальных пособий и пенсий [11, Р. 14]. Тем не менее взносы работодателей пока в среднем обеспечивают финансирование 35% общего объема расходов на социальную защиту, наемных работников – 15%, самозанятых и получателей пособий – по 2%.

Таблица 1

Доля от общих расходов на социальную защиту (в %, в среднем в ЕС–28)

Сектора	2005 г.	2016 г.
пенсии по старости	38,6	40,1
медицинское обслуживание	28,7	29,5
пенсии и пособия по инвалидности	8,0	7,4
пенсии по потере кормильца	6,7	5,5
семейные пособия	8,4	8,7
пособия по безработице	5,8	4,6
пособия на жилье	2,0	2,0
пособия по бедности	1,8	2,2

Источник: *Jessoula M., Pavalini E., Raitano M., Naliti M. Financing social protection // Italy. Brussels: European Commission. 2019, p.10.*

Пенсионные выплаты в большинстве стран формируют наиболее значимый и постоянно растущий сектор социальных расходов, несмотря на проводимые длительное время реформы по повышению пенсионного возраста, ограничениям по выходу на раннюю пенсию, замораживанию или ограничению индексации пенсий.

**Доступность медицинского обслуживания.** Затраты на медицинское обслуживание вместе с расходами на пособия по болезни в среднем составляют 30% от общих расходов на социальную защиту (таб. 1). И данный сектор, как и пенсионное обеспечение, переживал в последние годы период «рационализации», сокращения государственного финансирования и субсидирования для достижения макроэкономической стабильности и торможения роста расходов на медицину. Период пандемии неизбежно должен отразиться как на общих расходах на сферу здравоохранения, так и на структуре этих расходов. Доступ

к медицинскому обслуживанию традиционно включает несколько взаимосвязанных параметров измерения: охват населения, доступность с точки зрения расходов пациентов (разделение расходов), объем предоставляемых медицинских услуг, время ожидания и расстояние до медицинского учреждения. Расходы на здравоохранение в Европе колеблются от 3% ВВП (Кипр) до 9,4% (Германия). За последнее десятилетие они выросли более чем на 1% ВВП только в 4 странах, в том числе в Германии и Великобритании, в целом ряде государств они сокращались. Во многих странах как Южной, так и Восточной Европы проводились реформы по снижению стоимости медицинского обслуживания, особенно стационарного, сокращению финансово емких инфекционных служб, ограничению расходов на лекарства и медикаменты, расширению системы соплатежей со стороны пациентов.

Успехи или неудачи в борьбе стран с пандемией коронавируса неизбежно вызывают желание сравнить различные модели медицинского обеспечения стран и их способность отвечать на непредвиденные угрозы. Традиционно национальные модели здравоохранения разделяются на три неравные по численности входящих в них стран группы: национальные системы здравоохранения, обязательные страховые системы и частные системы. Кроме того, в ряде государств, например в Финляндии и Греции, действуют смешанные системы, объединяющие в себе основные признаки двух первых. А обязательное бюджетное или страховое финансирование дополняется сектором добровольного индивидуального или коллективного частного медицинского страхования. Наиболее широкий, всеобщий охват может обеспечиваться как универсальной бюджетной, так и страховой системами. Но при этом необходимо учитывать и некоторые национальные особенности функционирования базовых моделей. В Нидерландах и Швейцарии, странах с действующими системами обязательного частного медицинского страхования, граждане располагают свободой в выборе страховых компаний, но зависимые члены семьи, не имеющие собственных доходов, (в отличие от системы обязательного государственного страхования) должны страховаться самостоятельно. Государство в этом случае вводит пониженные ставки страховых взносов для определенных категорий застрахованных, прежде всего детей и молодежи, или субсидирует частично или полностью страховые взносы для лиц с низкими доходами.

Бюджетная система финансирования медицинского обслуживания в Дании демонстрирует невысокий относительный уровень расходов на здравоохранение в общем объеме социальных расходов (20%), но одновременно в стране растет число людей, охваченных частным медицинским страхованием. Полис дополнительного страхования детей имеет более половины датских семей, взрослого населения – 20% [16, Р. 35]. Более-менее успешные результаты и до, и в период пандемии отмечались в странах со здравоохранением и бюджетного и страхового типов. Но данные результаты могли быть связаны

как с организацией системы здравоохранения, в частности обеспеченностью местами в медицинских учреждениях и численностью и квалификацией персонала, так и многими другими факторами. В Швеции, избравшей путь отказа от введения жестких карантинных мер и приостановки многих направлений экономической деятельности, фиксируется более низкий уровень медицинских расходов в расчете на пациента, чем в большинстве соседних стран, и самые низкие показатели числа мест в стационарах в ЕС по отношению к численности населения [14, Р. 7].

Одним из важных направлений реформирования систем здравоохранения в последние годы было расширение участия граждан в покрытии медицинских расходов, которое могло принимать различные формы: прямой оплаты, разделения расходов, дополнительной оплаты за услуги сверх установленных норм, неформальных платежей. В общем объеме расходов на медицину различные формы оплаты услуг пациентами составляют в среднем 15-20%, поднимаясь в ряде стран Восточной Европы и Балтии до 40% и более, в том числе и за счет значительной доли неформальных платежей. Различные по размерам официальные соплатежи действуют при первичном посещении врачей общей практики, обращении к специалистам, выписке рецептов, лечении в стационаре. Для регулирования уровня расходов в большинстве случаев устанавливается верхний лимит общих или отдельных расходов пациентов. Например, в Швеции годовой лимит на расходы на поликлиническое обслуживание составляет достаточно скромные (по меркам страны) около 110 евро, на оплату лекарств – 225 евро. Кроме того, размеры соплатежей граждан во многих странах могут корректироваться в соответствии с доходами, возрастом и статусом здоровья пациентов. В Великобритании от соплатежей за выписку рецептов освобождаются лица пенсионного возраста, члены семей с низкими доходами, беременные и женщины с детьми до одного года, дети, больные с определенными заболеваниями (диабет, эпилепсия, онкологические заболевания). В Бельгии и Франции, где пациенты сначала оплачивают услуги медиков, а потом получают определенную компенсацию от страховой компании, лица с доходами ниже определенного уровня пользуются медицинской помощью без предварительной ее оплаты. В Австрии в число особых групп, полностью освобожденных от соплатежей при получении медицинской помощи, входит  $\frac{1}{4}$  населения, а в Португалии – около  $\frac{1}{2}$  [1, Р. 22].

Такое широко распространенное и поддерживаемое государством в сфере пенсионного обеспечения направление как добровольное страхование в области медицины развито значительно слабее. Более 10% в общих расходах на медицину оно составляет только во Франции, Словении и Ирландии, в основном эта доля не превышает 4–5% [1, Р. 13]. Добровольное медицинское страхование может обеспечивать получение услуг, не включенных в общую систему, таких как стоматологическая помощь, расходы на соплатежи

пациентов, получение возможности более широкого выбора медицинских учреждений и быстрого доступа к плановой медицинской помощи, лучшие условия в стационаре, но вполне ожидаемо используется более обеспеченными слоями населения.

При формально универсальном охвате медицинским обслуживанием в ряде стран сохраняется проблема неравенства в доступе, исходя из статуса экономической активности. Безработные, бездомные, мигранты, отдельные этнические меньшинства (цыгане) и даже в определенной степени пенсионеры, прежде всего одинокие очень пожилые женщины, могут сталкиваться с ограничениями в получении медицинских услуг. Прежде всего речь идет о странах Восточной Европы, Балтии, Греции. В еще большей степени это касается назначения пособий по болезни. Если в небольшой группе стран (Дания, Бельгия, Испания, Швеция и др.) в отношении самозанятых и ряда других категорий нестандартных работников действуют такие же правила предоставления пособий по болезни, как и для наемных работников, то в большинстве других государств для самозанятых применяются условия добровольного (Нидерланды, Польша, Чехия, Канада) или частного страхования (Франция, Норвегия, Ирландия). Так, регулярно проводимое обследование включенности в систему медицинского страхования самозанятого населения Нидерландов, показывает, что страхуются на случай болезни около 27% такой категории работников, как самозанятые и индивидуальные предприниматели. Причины низкого охвата — высокая стоимость такого рода страховки (в среднем около 4050 евро в год), длительный период ожидания (13 недель) и собственные представления о состоянии здоровья [15, Р. 12]. Для лиц, не охваченных системами социального страхования, основной формой поддержки являются пособия по обеспечению минимального дохода.

Пособие по болезни для наемных работников, отработавших у своего работодателя не менее года, в среднем составляет 60–80% последней заработной платы, поднимаясь в ряде государств Северной и Центральной Европы до 100%, но в течение ограниченного периода. При длительном заболевании размер возмещения снижается, а условия и размеры выплат зависят в значительной степени от условий коллективных договоров.

В силу действия различных подходов к финансированию пособия по болезни серьезно различается роль государства в этой области. Используются и страховая, и в основном налоговая схемы финансирования. Но и при налоговой системе, как в Норвегии и Швеции, начальный период болезни (в Норвегии до 16 дней, Швеции до 14 дней) оплачивается работодателем, далее финансирование идет из государственных средств [9, Р. 11].

В ответ на пандемию 16 государств ОЭСР повысили, некоторые очень существенно, размер выплат по болезни для лиц с COVID-19. Срок оплаты больничных был увеличен со стандартных 5–15 дней до нескольких недель

и даже месяцев. Часть государств, в том числе Франция, Великобритания, Дания, Норвегия, выплачивали пособия по болезни или специальные пособия и лицам, оказавшимся на карантине. Государство взяло на себя обязанность покрывать большую часть расходов на выплату пособий по болезни, которую несут работодатели (в среднем по странам, по которым есть данные, доля расходов работодателей на их финансирование снизилась с 50% до 20%) [6, Р. 56]. В США в период первой волны пандемии были введены обязательные, осуществляемые работодателем, двухнедельные выплаты работникам, заболевших новым вирусом, в компаниях с численностью занятых до 500 человек, расходы на которые полностью компенсировало федеральное правительство.

Специальные пособия во многих странах были предусмотрены для родителей, которые были вынуждены находиться дома с детьми из-за карантина. Работники, остающиеся дома, могли получать выплаты в фиксированном размере, как в Бельгии и Финляндии, или в виде части заработной платы, как во Франции, Германии, Италии и др., или как в Австрии и Норвегии зарплату в полном объеме.

Пандемия привлекла особое внимание к вопросам готовности национальных систем здравоохранения к чрезвычайным обстоятельствам, к использованию новых медицинских технологий, заставило руководство и общественность пересмотреть свои подходы к вопросам инвестирования в медицину. После пандемии высока вероятность изменения систем здравоохранения как в организационном, так и технологическом плане.

**Сети социальной поддержки и гарантированный минимальный доход.** Во всех экономически развитых странах существует та или иная система оказания материальной поддержки для лиц, оказавшихся в состоянии бедности и материальных лишений, в частности особые пособия по бедности или гарантированный минимальный доход. Выделяется несколько типов схем обеспечения минимального дохода. 1) Простые всеохватывающие системы, открытые для всех категорий граждан, которые по тем или иным причинам не в состоянии себя содержать, такого рода схемы действуют в Северной Европе, Швейцарии и отдельных регионах Италии и Испании. 2) Общие схемы, но со строгими правилами отбора и охвата реципиентов данных пособий. Они в основном характерны для Австрии, Португалии, ряда регионов Испании, Венгрии и др. 3) Третья группа объединяет системы, состоящие из общих схем, дополненных адресными пособиями. Они используются, например, в Германии, Великобритании, Польше. Следующую группу составляют страны со сложными схемами, сочетающими несколько категориальных (адресных) пособий (Франция, Румыния). При этом очень небольшое число принятых в странах схем гарантированного минимального дохода обеспечивают относительно адекватный уровень поддержки дохода. В основном назначение данных пособий преследует цель не сокращения бедности, а снижение ее самых острых

проявлений. В наиболее ограниченных схемах (в странах ЦВЕ) размер минимального пособия на одинокого получателя колеблется в пределах 24–29% от общего уровня бедности, принятого в Европе (60% от медианного национального душевого дохода) и в целом ряде государств не достигает условного абсолютного уровня бедности (40% медианного душевого дохода), например в Греции, Словакии, Эстонии, большинстве регионов Испании. В наиболее щедрых системах (Бельгия, Дания, Нидерланды, Ирландия) выплаты составляют 70–90% от общего уровня бедности [5, Р. 23].

Основой для расчета минимального гарантированного дохода могут служить фиксированная доля от медианного дохода (в ряде регионов Италии), определение прожиточного минимума на базе потребительской корзины (Чехия, Финляндия, Польша, Швеция), уровень минимальной заработной платы (Франция, Нидерланды, часть регионов Испании) или расходы нижней децильной группы населения (Швейцария). В ряде стран вообще отсутствует четко установленный механизм определения уровня данного пособия, и он рассчитывается на произвольной основе (Австрия, Бельгия, Болгария, Дания, Словакия). Схема минимальных доходов предназначена для покрытия основных базовых расходов, считающихся необходимыми в данном обществе, поэтому в наиболее широких и щедрых схемах они включают такие компоненты, как расходы на жилье и коммунальные услуги и расходы, связанные с особыми условиями (инвалидность, наличие малолетних детей). Так, в Чехии пособие по минимальному доходу состоит из трех частей: базового пособия на удовлетворение текущих потребностей, доплат на покрытие оправданных расходов на жилье, третьим компонентом являются разовые доплаты в чрезвычайных обстоятельствах. В Германии выплаты гарантированного минимального дохода, помимо покрытия текущих минимальных расходов, предусматривают установку доплат для отдельных групп реципиентов или лиц, находящихся в сложных ситуациях, а также специальные разовые выплаты на экстренные расходы.

Тем не менее во многих странах признается, что схемы минимальных гарантированных пособий не покрывают значительной части необходимых расходов, поэтому после оценки нуждаемости они дополняются широким спектром других пособий: на аренду жилья и коммунально-бытовые услуги, субсидиями на оплату расходов на электроэнергию и отопление, на медицинское страхование и медицинскую помощь, включая и стоматологическую, пособиями на уход и образование детей. В некоторых странах действуют и другие менее распространенные виды пособий для нуждающихся категорий, например, по интеграции для участия в социальных программах, для нуждающихся студентов, помощь в погашении задолженности, на обязательное страхование жилья и др. Получающие данные пособия имеют преимущественный доступ к определенным видам услуг и пользуются скидками или субсидиями при

оплате их стоимости (социальное жилье, юридические и социальные услуги, профессиональное обучение, уход за детьми, бесплатное школьное питание, медицинское обслуживание, защита от кредиторов). В среднем расходы на социальную защиту с учетом оценки нуждаемости (mean-tested) в Европе составляют 12% от общих расходов на социальную защиту, варьируя от 37% в Дании, до минимальных 1% в Эстонии и Латвии [16, Р. 35].

Лежащее в основе формируемой сети социальной поддержки понятие бедности, как в экономической теории, так и на практике, весьма условно, что позволяет как завышать, так и чаще занижать количество бедных, претендующих на какой-либо вид социальной помощи. На практике при назначении конкретных пособий обычно используют официально установленные критерии нуждаемости или фильтры включения в определенную социальную программу. Условиями назначения гарантированного минимального пособия являются доходы и имущество ниже установленного минимального уровня, отсутствие прав на другие социальные пособия, наличие гражданства, для трудоспособных лиц дополнительными условиями могут быть готовность работать, регистрация в службе занятости, заключение договора об интеграции в рынок труда, немедленное информирование об изменении своего финансового положения. Достаточно сложным вопросом в плане оценки нуждаемости во многих случаях служит определение размеров активов домашних хозяйств предполагаемых получателей помощи. Наиболее простым и распространенным вариантом является определение общего уровня активов, в соответствии с которым при превышении стоимости недвижимого, движимого имущества и накоплений определенной величины пособие не назначается. Действует правило использования сначала собственных накоплений и только потом обращения за помощью. Но размер этого минимального уровня активов варьирует практически от 0 (в Финляндии) до нескольких тысяч евро (в Германии и Австрии). Кроме того, существуют различные правила, касающиеся исключений из оцениваемой массы имущества (единственного, но скромного по размерам жилья, необходимого для работы или решения семейных проблем транспортного средства, определенной суммы накоплений, прежде всего пенсионных). Другой, но значительно менее распространенный подход учитывает функциональную стоимость активов семьи, возможность с их помощью извлекать доход.

Использование тестов на имущество способствует существенному сокращению доли лиц, формально претендующих на пособия. В Германии, придерживающейся первого типа оценки, тест на активы приводит к исключению приблизительно 25% предполагаемых реципиентов, в Бельгии, где используется более сложная вторая схема оценки, это сокращение составляет около 7% [13, Р. 18]. Кроме формальных ограничений на уровень охвата нуждающихся категорий пособиями, связанными с поддержанием минимального дохода,

оказывает влияние и целый ряд других факторов: качество управления схемами, доступ к соответствующей информации, степень забюрократизированности процедуры, психологическое давление. В ряде государств Северной Европы и Испании местные органы власти наделены очень широкими полномочиями по определению критериев нуждаемости и отбору кандидатов. Есть примеры, когда местные властные структуры имеют право направлять сэкономленные на предоставлении социальной помощи ресурсы на другие статьи расходов, что стимулирует экономию на этом направлении социальных расходов. В целом жесткий адресный подход к системе социальной защиты в силу сложных правил отбора, эффекта стигматизации, недостатка информации у потенциальных получателей и административных барьеров при назначении пособий может лишать многих нуждающихся в защите необходимой поддержки [3, Р. 15]. Согласно проведенным исследованиям, во Франции не получают пособия по гарантированному минимальному доходу около  $\frac{1}{2}$  бедного взрослого населения (с доходами менее 40% от медианных национальных). В Германии доля лиц, которые по формальным признакам могли бы претендовать на соответствующую денежную помощь, но ею не пользуются, составляет, по оценкам, от  $\frac{1}{3}$  до  $\frac{2}{5}$ . В Великобритании  $\frac{1}{3}$  возможных претендентов не просят о получении пособия [13, Р. 25].

Кризис, вызванный пандемией, негативно отразился на самых широких слоях населения, хотя масштабы и глубина данного влияния была неодинаковы для различных социально-экономических групп. Если использовать критерий относительной бедности, применяемый в ОЭСР (менее 50% от медианного душевого дохода в стране), то средний показатель бедного населения в данной достаточно широкой группе стран составляет 12% от общей его численности (ниже данного уровня во Франции, Германии, Швеции, Дании – менее 10% и выше 17% в США и Корее). Но по тем странам, по которым есть данные (28 стран ОЭСР), еще 36% населения относятся к категории финансово нестабильных домашних хозяйств, то есть на текущий момент они не принадлежат к категории бедных, но находятся в состоянии риска попадания в данную категорию при неожиданном резком снижении доходов (потеря работы, разрушение семьи, наступление инвалидности). Их финансовые и материальные ресурсы не могут обеспечить им сохранение уровня жизни выше уровня бедности в течение 3 месяцев. В таком положении находится более половины населения, например, в Греции и Польше и около трети во Франции, Испании и Германии [10, Р. 69].

В этой связи необходимо иметь в виду, что такой тип помощи, как пособие по минимальному доходу и другие виды пособий с оценкой нуждаемости, в принципе не предназначены для поддержки представителей среднего класса, работников со средней и выше средней заработной платой и обладающих определенным личным имуществом, чьи первичные доходы резко упали

в ситуации локдауна для ограничения масштабов пандемии и которые оказались в состоянии отсутствия возможности покрывать текущие жизненные расходы. Многие самозанятые, нуждающиеся в экстренной материальной помощи и владеющие определенными неликвидными активами, также оказались в положении, лишаящем их формальной возможности назначения им минимального социального пособия. Не могли получить какой-либо официальной страховой социальной поддержки и неформально занятые работники. Разные государства по-разному подошли к решению этих проблем. Ряд стран, прежде всего англо-саксонской группы, использовали главным образом действующие системы пособий, связанных с нуждаемостью, и выплачивали пособия только домашним хозяйствам с определенным уровнем дохода и активов (Великобритания, Австралия). В другой группе основной объем помощи был оказан через систему страховых трансфертов (Италия, Испания). Многие государства континентальной Европы использовали смешанные схемы, комбинирующие страховые пособия для работающих и потерявших работу граждан с универсальной поддержкой семей с детьми и схемами гарантированного минимального дохода для наиболее уязвимых групп (Австрия, Германия, Франция).

Скорость и серьезность коронавирусных шоков потребовала беспрецедентного уровня поддержки как по глубине, так и по ширине охвата. Среди мер, вошедших в антикризисный пакет, были расширение системы пособий и помощи по безработице, повышение уровня их доступности и продолжительности, облегчение компаниям доступа к программам субсидирования сокращенной занятости. Данные программы, нацеленные на минимизацию потери рабочих мест и создание условий для быстрого восстановления экономической деятельности при улучшении ситуации, предусматривали государственное субсидирование значительной доли потерянной заработной платы для наемных работников, которые вынуждены не работать или работать сокращенное количество часов.

Для адресной поддержки групп, которые не могли использовать программы, связанные с замещением заработной платы, в качестве основного инструмента применялись действующие схемы с оценкой нуждаемости. При этом, чтобы в период пандемии ускорить процесс предоставления пособий и расширить круг потенциальных получателей, исключались или существенно упрощались и облегчались условия для получения пособий. Так, в Нидерландах и Австрии были временно отменены тесты на доходы других членов семьи и активы для претендентов на минимальные социальные пособия. В Германии приостановлено проведение тестов на активы по программе помощи по безработице, а в покрываемые пособием расходы были включены все расходы на жилье (а не только разумные расходы, как было ранее), упрощен тест на доходы. Кроме того, многие страны ожидаемо, вследствие мер социальной

изоляции, приостановили требование в качестве условий назначения социальных пособий, в том числе помощи по безработице, поиска работы и повышения активности на рынке труда. Так, Италия на 2 месяца отменила требование по поиску работы для получения минимального дохода в период карантина. Великобритания временно отменила правило о персональном направлении на общественные работы и проведение медицинского освидетельствования претендентов на социальные выплаты.

Кроме использования традиционных схем социальной помощи, предусматривающих оценку нуждаемости, некоторые страны ввели новые временные экстренные программы поддержки населения. Основными целевыми группами данных программ были неохваченные обычными страховыми программами категории работников, прежде всего самозанятые, работники с нестандартной занятостью, с особыми потребностями, в том числе семьи с детьми. В Великобритании самозанятые (со средним годовым доходом до 50 тыс. фунтов) получили налогооблагаемый грант в размере до 80% от их предыдущего месячного дохода за последние 3 года (с верхним лимитом 2500 фунтов в месяц). Аналогичные меры были предприняты в Австрии, самозанятые граждане получили пособие, замещающее 80% их нетто доходов за аналогичные месяцы 2019 г. (с верхним лимитом 2 тыс. евро).

В силу сложности достоверного определения размеров предыдущего дохода самозанятых и оценки их нуждаемости, большая группа государств использовала выплаты в фиксированном размере. Италия для ускорения выплат и поддержки доходов многочисленной группы самозанятых осуществила выплаты фиксированной суммы в 600 евро потерявшим работу работникам сферы туризма, отдыха и развлечений в стране. Германия прибегла к назначению дополнительных сумм поддержки для небольших фирм и самозанятых (с численностью наемных работников до 10 человек), предназначенных для выплаты заработной платы работникам и покрытия текущих расходов. Размер государственной поддержки определялся в зависимости от числа работников и величины расходов фирмы в пределах до 15 тыс. евро. Испания ввела новое национальное пособие по обеспечению прожиточного минимума (с оценкой нуждаемости *ingreso mínimo vital*), нацеленное на снижение риска бедности. Размер месячных выплат по данной программе в зависимости от типа семьи был установлен в стране в диапазоне от 462 до 1015 евро в зависимости от размеров и типа семьи.

**Особые проблемы: социальная поддержка работников с нестандартной занятостью и временно неработающих.** Еще до возникновения современного медико-социального кризиса многие западные специалисты высказывали мнение, что действующие системы социальной защиты менее всего адаптированы к потребностям работников с нестандартной занятостью [2, Р. 18]. Новые технологии предоставляют дополнительные возможности тем, кто ранее был

исключен из рынка труда (например, инвалидам, лицам с семейными обязательствами), но и несут в себе новые риски: финансирования социальных услуг, управления безопасностью, ведут к увеличению диапазона социального неравенства. Было установлено, что только в 6 европейских странах из 28, по которым проводились соответствующие исследования, действуют условия социального страхования самозанятых, аналогичные страхованию наемных работников. Это объясняет, почему только около трети безработных в странах ОЭСР могут рассчитывать на получение пособий по безработице, так как среди безработных много работников, ранее работавших на условиях нестандартной занятости.

Общей тенденцией в последние годы было сокращение защищенности трудовых контактов, внедрение новых форм трудовых договоров, ограничивающих юридические и финансовые издержки работодателей при их прекращении, постепенная замена в ряде государств с высокой безработицей постоянных рабочих мест временными.

Еще одна болевая точка – растущий сектор низкооплачиваемой (менее  $\frac{2}{3}$  от национальной медианной заработной платы) и нестабильной занятости (переход не менее 3 раз из состояния занятости в состояние незанятости в течение 36 месяцев и не менее 2 раз в этот период обращение за пособием по безработице) [6, Р. 120]. Рост нестандартных форм и низкооплачиваемой занятости являются, с одной стороны, результатом влияния технического прогресса и системных изменений на рынке труда, связанных с платформенной занятостью и гиг-экономикой, с другой, частично связаны с тенденцией либерализации трудового законодательства. Количество простых работ без специальных требований к квалификации сокращается, становится все более сложно интегрировать неквалифицированных работников в рынок труда на более-менее устойчивой базе. Если обратиться к французскому опыту, то хотя абсолютное большинство работающих в стране имеют постоянные рабочие контракты, но почти 90% новых рабочих мест в стране создается на базе краткосрочных контактов. 70% этих новых договоров – продолжительностью не более месяца, что вынуждает работников выбирать между краткосрочной работой и безработицей [12, Р. 10]. Традиционными инструментами регулирования, которые используются для снижения бедности работающих, являются гарантированная минимальная заработная плата, многочисленные инструменты регулирования неполной занятости, предоставление возможности сочетать получения пособия с оплачиваемой работой. Во Франции действует закон 2013 г. о защите занятости, в соответствии с которым минимальное число работы в неделю при неполной занятости установлено на уровне 24 часов. Но при этом действуют различные исключения, позволяющие работодателям нарушать данную норму.

В Германии сектор низкооплачиваемых рабочих мест составляет 22,7% от общей занятости в стране. Особенно высокий риск оказаться среди работающих бедных у работников с низкой интенсивностью труда (20–45% от общей

нормы времени работы в течение 12 месяцев) [8, р. 6]. Даже в сравнительно благополучной Швеции, где менее 7% занятого населения живет в бедных семьях, почти  $\frac{1}{3}$  работающих попадает в категорию низкой интенсивности труда, и среди них доля бедных уже составляет около 35% [14, Р. 7].

Еще более сложная ситуация в Испании, где доля работающих бедных, по данным на 2017 г., превышала 13% от общей численности занятого населения (в среднем по ЕС – 9,4%), в том числе среди работающих неполное рабочее время около 27%. Острой проблемой страны считается не только высокий уровень безработицы, но и низкое качество создаваемых новых рабочих мест (низкая оплата, короткий период найма, занятость неполное рабочее время или самозанятость). Из 21 млн заключенных в стране трудовых контактов в 2018 г. 93% были временными, из них около 30% продолжительностью менее недели. Доля работающих неполное рабочее время в Испании превышала 50% и продолжает расти [4, Р. 6].

Таблица 2

**Доля бедных среди различных категорий занятого населения  
(в % от общей численности группы, с душевыми семейными доходами ниже 60% от национального медианного уровня) ЕС-28**

категории	2012 г.	2017 г.
все население	21,7	22,2
самозанятые	16,4	16,5
работающие	8,9	9,4
наемные работники	6,9	7,4

*Источник:* Hanesch W. In work poverty in Germany // 2019 Brussels: European Commission. P. 5.

Наиболее низкая доля работающих бедных в Финляндии (менее 3%), что объясняется сохранением пока высокого уровня объединения работников в профсоюзы, распространенностью традиционных трудовых договоров и модели семьи с двумя работающими взрослыми и пока относительно невысокой долей мигрантов в населении.

Именно категории самозанятых, малооплачиваемых наемных работников, занятых неполное рабочее время оказались среди наиболее пострадавших в период приостановки деятельности из-за пандемии целых отраслей экономики. Частично они могли рассчитывать на получение социальных пособий, предназначенных для социально уязвимых категорий, частично на получение пособий по безработице, но далеко не все, даже учитывая временную либерализацию условий предоставления этих пособий.

В среднем в обычных условиях минимальный период занятости для назначения пособия по безработице составляет в европейских странах 12 месяцев из последних 24. Для получения второго типа пособий – помощи по безработице – обычно требуется меньший период занятости и период оценки. Но есть и исключения. Так, во Франции такая помощь может назначаться при условии

занятости не менее 5 лет из последних 10 лет. Ряд стран в качестве требования выдвигают условия выплаты определенного минимального количества взносов или отработанных часов, что может ограничивать доступ к пособиям наемным работникам, занятым неполное рабочее время. Например, в Великобритании взносы на страхование по безработице взимаются только с заработков, превышающих 15% от средней заработной платы в стране, а в Финляндии для входа в систему застрахованные должны быть заняты не менее 18 часов в неделю.

Размер страховых взносов может различаться в зависимости от сектора, вида занятости, размеров заработной платы. В Испании и Нидерландах разный уровень страховых взносов действует для временных (более высокий) и постоянных работников, что косвенно должно стимулировать работодателей заключать определенные типы контактов с работниками. Однако в реальности данная мера не демонстрирует высокой эффективности.

Длительность выплат пособия по безработице в основном в странах ограничивается периодом до 24 месяцев. Нет ограничений по срокам только в Австралии и Новой Зеландии, единственных странах, где данное пособие не является страховым и предоставляется после оценки нуждаемости, а из европейских стран в Бельгии. Размер пособия в большинстве случаев составляет определенный процент от ранее получаемой заработной платы, реже – фиксированную выплату. Другой вид материальной поддержки лиц, потерявших работу, – помощь по безработице, также назначается на определенный период от 1 до 2 лет. Целый ряд стран стимулирует получающих пособие по безработице лиц трудоустраиваться на неполное рабочее время при сохранении полностью или частично размеров пособия.

В условиях повышения уровня вынужденной незанятости и безработицы в период пандемии половиной стран ОЭСР предприняли меры по расширению доступа или увеличению размеров пособий по безработице, включая облегчение или полный отказ от минимальных требований для назначения пособия, увеличение длительности выплат (до конца кризиса или на определенное время). Швеция существенно повысила нижний и верхний лимиты пособия на период до 100 дней, Австрия приравнивала помощь по безработице к размерам пособия по безработице. Финляндия временно ввела пособия по безработице для фрилансеров и самозанятых. В США размер выплат пособия по безработице для всех получателей был увеличен на 600 долл. в неделю на период до 4 месяцев. В результате, по оценкам,  $\frac{2}{3}$  получателей пособия по безработице в США сумма выплат превысила уровень их заработной платы по последнему месту работы.

**Программы поддержки занятости.** Связанное с пандемией искусственное ограничение деловой активности привело к необходимости использования и других экстренных мер поддержки трудоспособного населения, оказавшегося

в условиях прекращения работы. До использования широкомасштабных мер искусственного снижения спроса и социальной изоляции в ЕС регулярно работали из дома около 3% работников, кроме того, 5% относились к категории высокомобильной рабочей силы, которая не была привязана к определенному рабочему месту и могла работать в том числе и из дома. Еще 10% использовали технологии удаленной работы время от времени. В период пандемии на удаленную работу было переведено в среднем в странах ОЭСР 39% работников. В то же время значительная часть работников была уволена или оказалась в состоянии вынужденной полной или частичной незанятости. В разгар начального этапа кризиса, в мае 2020 года, компании обращались к правительствам стран с просьбой о субсидировании сохранения рабочих мест для более чем 30% наемных работников в Германии и Великобритании и до 50% во Франции. В течение приостановки деятельности в особо уязвимом положении оказались работники, занятые на низкооплачиваемых нестандартных рабочих местах.

Основным инструментом предотвращения массовых увольнений и социальных протестов стали схемы поддержания занятости, которые до пандемии уже действовали в 22 странах ОЭСР. В период временного снижения или прекращения трудовой активности данные схемы сокращения рабочего времени и субсидирования нерабочих часов были скорректированы и расширены. Согласно немецкой программе (Kurzarbeit), с марта 2020 г. фирмы могли запрашивать финансовую помощь, если не менее 10% их рабочей силы (ранее было 30%) вынуждены сокращать количество рабочих часов. В соответствии с введенной в Германии схемой, работник получал 60% (67%, если есть дети) нетто заработной платы за неотработанные часы от структур службы занятости страны. В схему были включены работники с временными контактами, ученики, работники сетевых платформ. В апреле государственным решением сумма компенсации была повышена до 70%, а в некоторых секторах и фирмах было принято решение компенсировать 90% заработной платы. В Италии поддержка оказывалась всем нуждающимся организациям без предварительного выделения каких-либо более пострадавших секторов экономики. Размер пособия на выплату заработной платы составил 80% от ее размера с верхним лимитом 998 евро (если заработная плата составляла до 2159 евро) или 1199 евро при превышении этого размера [6, Р. 61]. Часть стран, в основном англосаксонской группы, внедрила новые схемы субсидирования заработной платы: Австралия и Новая Зеландия – в фиксированном размере, Канада – 75% от обычной заработной платы (до определенного лимита). В отличие от традиционных схем, новые временные программы продемонстрировали большую гибкость, но утратили в значительной степени адресный характер.

Еще одним возможным вариантом поддержки стали так называемые вертолетные (нецелевые) выплаты. Всего три страны, входящие в ОЭСР, анонсировали осуществление денежной поддержки для всего (или почти всего) населения.

В данной группе оказались США, предоставившие чеки на 1200 долл. для всех граждан, зарабатывающих до 75 тыс. долл. в год (150 тыс. долл. на семью). Дополнительно семьи получали по 500 долл. на каждого ребенка до 17 лет. Япония выплачивала по 100 тыс. иен всем резидентам страны. Еще одной страной, включенной в данный список, стала Южная Корея, выделившая по 400 корейских вон на одного члена семьи и по 200 на каждого следующего.

Среди дополнительных мер поддержки во многих странах фигурировали: отсрочка выплат по ипотеке и кредитам, налоговых платежей, приостановка оплаты коммунальных услуг, прямая натуральная помощь. Но данные экстренные меры, как и значительное расширение социальных выплат большим группам населения, носят временный характер, и после стабилизации ситуации неизбежно будут отменяться и уже отменяются, а вопросы к системе социальной защиты остаются. К проявившей себя тенденции увеличения недоиспользования человеческого потенциала, повсеместного распространения неполной занятости и периодической незанятости могут добавиться проблемы увеличения финансовой нестабильности как в рамках отдельных экономик, так и всего мирового сообщества, усиления неопределенности, вероятности появления новых непредсказуемых угроз, повышения рисков углубления неравенства, что неизбежно осложнит решение задач формирования широкой и эффективной системы социальной поддержки населения.

\* \* \*

Возникшие еще задолго до пандемии тенденции структурных изменений на рынке труда, платформизации национальных экономик, появление множества профессиональных групп, не имеющих автономных организаций для выражения своих интересов, и формирование признаков того, что занятость не обеспечивает достаточной защиты для попадания и выхода из состояния бедности, поставили задачу реформатирования системы социальной защиты, ее адаптации к появлению новых социальных рисков. Растущая экономическая нестабильность в период пандемии, охватившая широкие слои не только наиболее уязвимых, но и небедных домашних хозяйств, усилила запрос на универсальный характер систем социальной защиты и изменение ее дизайна и структуры. Во-первых, обострились проблемы доступности медицинского обслуживания, связанные как с увеличением коечного фонда и численности квалифицированного персонала, так и финансовым обеспечением здравоохранения, укреплением санитарно-эпидемиологических служб, оснащением медицинских учреждений оборудованием, использованием высокотехнологичной медицинской помощи. Перед государствами встали задачи поиска путей сохранения гарантий оказания качественной медицинской помощи всему населению и разработки финансовых механизмов, которые бы снимали финансовые ограничения для пациентов в получении медицинской помощи.

Принимаемые в период текущего кризиса экстренные меры по предотвращению крайне негативного влияния вынужденной заморозки деловой активности на занятость и доходы населения включали: субсидирование заработной платы и неполной занятости, изменение схем оплаты больничных листов, пособий по безработице, расширение гарантий выплаты минимального дохода.

Хотя масштабы негативных последствий для экономики стран еще необходимо будет оценивать, но с достаточной степенью вероятности можно прогнозировать серьезные бюджетные ограничения при выходе из кризисной ситуации и свертывание крупномасштабных дорогостоящих программ поддержки. В условиях снижения роли социального диалога и общественного контроля как инструментов достижения социальной стабильности высока вероятность сохранения в обозримой перспективе тенденции на оптимизацию государственных социальных расходов, дальнейшее перекладывание бремени социальных расходов на самих работников, расширение системы индивидуальных накопительных счетов, пропаганды в условиях растущей нестабильности добровольного страхования и, соответственно, значительного усиления диапазона социального неравенства. Это не исключает предпринимаемых в ряде стран мер по интеграции всех типов занятости в систему социального обеспечения, введения новых форм социальной ответственности между использующими труд фирмами и агентствами, предоставляющими рабочую силу. Новый формат трудовых отношений, платформизация национальных экономик ставит много вопросов о необходимости и возможности сохранения набора социальных гарантий, обеспечиваемых главным образом государством и работодателями.

В то же время усиление неопределенности, вероятности появления новых непредсказуемых угроз, повышение рисков углубления неравенства порождают потребность в выработке новых подходов к разработке инструментов регулирования социально-трудовых отношений, придании системе социальной защиты универсального характера как для наемных работников, так и для различных категорий работников с нестандартной занятостью.

### Литература

1. *Baeten R., Spasova S., Vanherche B., Coster S.* Inequalities in access to healthcare. A study of national policies // Brussels: European Commission. 2018.
2. *Behrendt C., Anh Nguyen Q.* Innovative approaches for universal social protection for the future of work // Geneva: ILO. 2018.
3. *Browne J., Immervoll H.* Mechanics of replacing benefit systems with a basic income: comparative results from a microsimulating approach. // OECD Social, employment and migration working papers. № 201. 2018.
4. *Cabrero G.R., Gonzalez de Durane A., Gallego V., Codorniu J.M.* In work poverty in Spain // Brussels: European Commission. 2019.
5. *Frazer H., Marlier E.* Minimum income schemes in Europe // Brussels: European Commission. 2016.
6. *Employment outlook 2020. Worker security and the COVID-19 crisis* // Paris: OECD Publishing. 2020.

7. *Gerlinger T., Fachinger U., Hanesch W.* Financing social protection. Germany // Brussels: European Commission. 2019.
8. *Hanesch W.* In work poverty in Germany // Brussels: European Commission. 2019.
9. *Hemminges P., Prinz C.* Sickness and disability systems: comparing outcomes and policies in Norway with those in Sweden, the Netherlands and Switzerland. // OECD Economic Department Working Papers. № 1601. 2020.
10. *How s life 2020: measuring well-being* // Paris: OECD Publishing. 2020.
11. *Jessoula M., Pavalini E., Raitano M., Naliti M.* Financing social protection // Italy. Brussels: European Commission. 2019.
12. *Legros M.* In work poverty in France // Brussels: European Commission. 2019.
13. *Marchal S., Kuypers S., Marx I., Verbist G.* Singling out the truly needy: the role of asset testing in European minimum income schemes. // Euromod working paper series. EM 04/2020.
14. *Nelson K., Fritzell J.* In work poverty in Sweden // Brussels: European Commission. 2019.
15. *Oostveen A.* In work poverty in the Netherlands // Brussels: European Commission. 2019.
16. *Spasova S., Ward T.* Social protection expenditure and its financing in Europa. A study of national policies // Brussels: European Commission. 2019
17. Supporting livelihoods during the COVID-19 crisis: closing the gap safety nets // Paris: OECD Publishing. May 2020.
18. The future of social protection // Paris: OECD Publishing. 2018.

**Elena Shestakova** (e-mail: eeshestakowa@gmail.com)

Ph.D. in Economics, Leading Researcher

Institute of Economics Russian Academy of Sciences, Moscow

## **SOCIAL PROTECTION PROGRAMS BEFORE AND DURING THE PANDEMIC: OLD AND NEW CHALLENGES**

The article discusses the present-day state of welfare systems and the main trends in their transformation in economically developed countries, especially in Europe, after the economic crisis of 2008/2009 in the context of government spending cuts, changes in the labor market, and reduction of employers' obligations regarding working conditions and employees' insurance.

Most attention is paid to conventional social protection tools and their changes during the new crisis caused by the pandemic: sickness and unemployment benefits, programs for the support of part-time employment and for ensuring guaranteed minimum income, as well as the availability of health care.

**Keywords:** social protection, labor market, social insurance, budget financing, social benefit, guaranteed minimum income.

**DOI:** 10.31857/S020736760013403-2