

ОТ ТЕОРИИ К ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ

Е.Е. Шестакова

*к.э.н., ведущий научный сотрудник, Институт экономики РАН
(Москва)*

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ И ИЗМЕНЕНИЕ В СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКЕ РАЗВИТЫХ СТРАН

Аннотация. Изменение возрастной структуры населения, увеличение доли пожилых граждан по отношению к трудоспособной части общества затрагивают в той или иной мере большинство стран с разным уровнем социально-экономического развития. В настоящее время в группу «старых» стран (с долей населения 65 лет и старше выше 14%) входит 54 государства, стареющих (доля лиц старше 65 лет в пределах 7–14%) — 42 страны, к 2050 г. в первой группе будет уже 111 государств, во второй — 36 (87% мирового населения). Масштабы и скорость этих процессов формируют серьезные опасения по поводу ускоренного роста расходов общества и государства на поддержание пожилого населения. В статье рассматриваются вопросы учета влияния роста продолжительности жизни при реформировании пенсионных систем, сложности сочетания задач обеспечения устойчивости систем, адекватности пенсий и равенства поколений. Анализируются тенденции изменения расходов на медицинское обслуживание и особенно на долговременный уход, который для многих пожилых людей и их родственников становится непосильным финансовым бременем без значительной материальной помощи государства. Также рассматриваются вопросы расширения поддержки и обеспечения безопасности на протяжении всей жизни как необходимого условия активного старения

Ключевые слова: пенсионные системы, человеческий капитал, продолжительность жизни, активное старение, долгосрочное обслуживание.

JEL: H51, H55, I38, J18.

DOI: 10.52342/2587-7666VTE_2022_2_60_76.

Процесс изменения возрастной структуры населения, увеличения в нем доли лиц старших возрастных групп идет с разной скоростью и в разных масштабах, но является универсальным феноменом с многообразными экономическими и социальными последствиями, затрагивающими рынок труда, сферы медицинского и социального обслуживания, распределения государственных финансов. Продолжительность жизни при рождении в мире увеличилась с 65,4 лет в 1990 г. до 72,7 лет в начале 2022 г¹. и, по прогнозам, к 2050 г. составит 76,7 лет. В Европе и Северной Америке уже сейчас этот уровень выше 78 лет, а медианный возраст населения составляет, соответственно, 42 года и 35 лет. За последние 10–15 лет работники в возрасте 55 лет и старше существенно увеличили свое присутствие на рынке труда. В Америке, Азиатском и Тихоокеанском регионах и в Европе их доля поднялась до 15–17% общей численности рабочей силы [*Pension at a glance...*, 2021. P. 27; *What about...*, 2018. Pp. 2–8].

В группе развитых стран, в которых демографические изменения наиболее очевидны, на смену идеям разрушительного воздействия «демографического кризиса»,

¹ Источник: <http://www.macrotrends.net/countries/WLD/World/life-expectancy>World> (дата обращения 05.04.2022).

вызванного влиянием растущей продолжительности жизни на общество, в частности перевода всё большей доли произведенного продукта от активной к неактивной части общества, что ведёт к спаду производства и стагнации производительности труда, ухудшению положения молодежи и подрыву принципа солидарности поколений [Whitehouse, Whiteford, 2006], приходят более сбалансированные подходы. Новые установки исходят из факторов роста оплачиваемой и неоплачиваемой занятости лиц старших возрастов, возможностей стимулирования роста производства новых видов товаров и услуг, включая поддержку удовлетворительного состояния здоровья, повышения роли пожилых граждан как плательщиков налогов и взносов, в том числе налогов на потребление (их доля составляет в развитых странах 30–50% от общего объёма налогообложения), расширения потребления возрастного населения из собственных источников, накопленных активов, а не за счёт государственной благотворительности.

В экономически развитых странах не только выше доля пожилого населения, но и существенно отличаются объём и структура потребления данной возрастной группы. Расходы на потребление на душу населения, включая расходы на медицинские услуги и долговременный уход, для граждан Швеции в возрасте 65 лет составляют около половины средних трудовых доходов работника в наиболее продуктивном возрасте 30–49 лет. Для 80-летнего шведа этот показатель увеличивается до 80%, для человека в возрасте 90 лет и старше поднимается до 130%. Значительный общий рост душевых расходов на потребление после 85 лет фиксируется в США, Японии, Финляндии. В государствах, которые относятся к группе развивающихся стран или стран с переходной экономикой, существенной разницы в расходах на потребление между возрастными группами не наблюдается. В Китае самая высокая доля душевых доходов, идущих на потребление, у работников в возрасте 30–49 лет (60%), высоки и расходы на потребление в расчёте на душу у молодежи до 25 лет. Остальные возрастные группы, включая и разные категории пожилого населения, расходуют на потребление 30–35% от этой базовой величины (дети 20%). Близкие показатели отмечаются и в ряде других стран, по которым проводились соответствующие расчёты, например в Уругвае и Южной Корее [Cylus, Figuera, Normand, 2019. P. 24].

Структура источников финансирования расходов пожилых граждан в возрасте 65 лет и старше существенно отличается даже в странах с близким уровнем социально-экономического развития, но с разными моделями социального страхования и обеспечения. В Австрии — стране с классической распределительной пенсионной системой — 85% составляют государственные трансферты, 10% — собственные накопления и 5% — доходы от занятости. В Швеции доля первого параметра превышает 90%, в Германии часть трансфертов — 58%, а доля собственных активов пожилого гражданина составляет 40%. В Великобритании эти два основных источника средств соотносятся приблизительно как 45% и 50%, а доля занятости опускается в западноевропейских государствах до 2–3%. В неевропейских странах с формирующимися рынками (страны Латинской Америки, Китай, Южная Корея) государственные трансферты в структуре потребления не превышают 50% расходов, основную их часть составляет семейная поддержка и доходы от занятости [Cylus, Figuera, Normand, 2019. P. 25].

В большинстве стран действуют специальные, в основном льготные, правила налогообложения доходов пенсионеров. Но есть и исключения: в 10 странах ОЭСР налоги на индивидуальные доходы пенсионеров и работающих граждан одинаковы, а в ряде североевропейских государств (Швеция, Дания, Исландия) налогообложение пенсий выше, чем доходов от занятости. В то же время есть примеры полного освобождения пенсионеров от уплаты налогов. Во многих случаях льготные режимы действуют и в отношении страховых взносов. Как правило, пенсионеры не платят пенсионные взносы и на страхование по безработице, но участвуют в медицинском страховании. В ряде стран они делают взносы «солидарности» для финансирования определённого круга социальных задач. В среднем

в странах ОЭСР пенсионеры с доходами, рассчитанными при наличии полного страхового стажа, выплачивают в виде прямых налогов около 10% своего дохода. Для работающих граждан со средней заработной платой налоги и взносы (без учета взносов работодателя) составляют 26% от заработной платы [*Pension at a glance...*, 2021. P. 144].

Реформирование пенсионных систем с учетом роста продолжительности жизни

В ситуации уменьшения удельного веса поколений работающих и ускоренного роста численности и доли лиц, претендующих на получение пенсионного обеспечения, механизм перераспределения ресурсов через пенсионные системы, основанные на принципах солидарности поколений, перестает восприниматься как справедливый и эффективный. Для продления трудовой жизни и повышения стимулов к сбережениям в странах с обширными пенсионными системами корректируются условия и нормы пенсионного обеспечения, повышается пенсионный возраст, внедряются новые пенсионные технологии: балльные, накопительные, условно накопительные, автоматические корректировки отдельных параметров систем в зависимости от изменения выбранных демографических и экономических показателей. Для современных пенсионеров (данные за 2020 г.) так называемый эффективный возраст ухода с рынка труда в ЕС-27 в среднем значительно ниже параметров официального пенсионного возраста. Он составляет для мужчин 62,6 года, для женщин 61,9 года, а продолжительность жизни после ухода с рынка труда насчитывает, соответственно, 19,5 лет и 24 года. Но есть и страны-рекордсмены, где этот показатель составляет для мужчин более 23 лет, а для женщин более 27 (Франция и Испания) [*Pension at a glance...*, 2021. Pp. 178–181].

Демографические изменения ставят перед пенсионными системами сложные вопросы обеспечения справедливости и адекватности пенсионных выплат, устойчивости самих систем и достижения межпоколенного равенства. В контексте пенсий справедливость часто ассоциируется с актуарной справедливостью, т.е. соответствием между текущей стоимостью взносов в течение трудовой жизни и текущей стоимостью полученных пенсий, которая опирается на индивидуальную перспективу и ограничивается внутрикортными трансфертами, без учета других элементов перераспределения. Справедливость в отношении пенсий не может не учитывать таких вопросов, как неоплачиваемая занятость, при которой обычно женская рабочая сила снижает свои возможности, связанные с накоплением, получением дополнительных пенсионных баллов и аккумулярованием пенсионных прав (в зависимости от принятой модели пенсионного обеспечения). Оценка социальной справедливости в отношении пенсий должна включать помимо базовых правил, таких как пенсионный возраст и минимальный страховой или трудовой стаж, и такие параметры, как время нахождения на рынке труда, социально оправданные перерывы в карьере, разная сложность работ и различные виды контрактов. Большинство пенсионных систем содержат более или менее широкий набор элементов перераспределения. Среди этих элементов пенсионное кредитование: учет времени ухода за малолетними детьми и нуждающимися в уходе пожилыми родственниками, периоды безработицы; введение верхних лимитов на размеры пенсий при отсутствии ограничений на размеры взносов (Испания) или использование схем взимания специальных страховых взносов без формирования пенсионных прав для финансирования пенсионной системы (Франция, 0,4% заработка для работников и 1,9% для работодателей отчисляется по данной схеме); модификация связей между взносами и пенсиями, например, более высокий уровень замещения для лиц с низкой заработной платой, использование базовых и минимальных пенсий, специальных правил расчёта для лиц с длительными трудовыми карьерами.

Ссылаясь на необходимость снижения межпоколенного неравенства и повышения долгосрочной стабильности пенсионных систем, эксперты МВФ отмечают, что современные пенсионеры экономически развитых стран получают пожизненные пенсии, более чем в два раза превышающие объём сделанных страховых взносов. Реформы, проводившиеся в последние десятилетия и нацеленные на выравнивание объёмов сделанных взносов и полученных пенсий для будущих пенсионеров, по оценкам, должны были сократить это соотношение до полутора раз для более молодых поколений, которые выйдут на пенсию в 2040-х гг. и позже. Однако последние корректировки, сделанные в ряде стран, откладывание принятых решений или возврат к ранее действующим нормам пенсионного обеспечения не внушают оптимизма. Согласно новым расчётам, это соотношение увеличится приблизительно до 1,7 раз для более молодых поколений [Fouejien, Kangur, Martinez, Soto, 2021. P. 2]. Накопленный дефицит пенсионных систем за период 2000–2020 гг. в среднем в странах ЕС составил около 50% ВВП, в том числе во Франции и Италии превысил 75–80%, а в Германии и Швеции составлял около 60% ВВП [Ibid., 2021. P. 52], что несет серьёзную угрозу устойчивости пенсионных систем.

Актuarная справедливость на уровне когорт предполагает, что сумма взносов, выплаченных данными возрастными группами в течение трудовой жизни, равна сумме пособий, полученных в период нахождения на пенсии. Межпоколенное равенство обеспечивается при условии сохранения постоянного баланса стоимости взносов и пенсий у разных поколений. Актuarно справедливая система не предполагает какого-либо перераспределения между поколениями и в этом смысле является системой межпоколенного равенства. Устойчивая пенсионная система не обязательно гарантирует актuarную справедливость для когорт, учитывая наличие необходимых элементов перераспределения между поколениями и внутри поколений, в этом смысле система может быть равной для поколений, но не устойчивой и актuarно справедливой, если все индивиды и все поколения получают большую сумму пенсий, чем выплаченные взносы. И наоборот, система может быть устойчивой, не будучи равной для разных поколений, если одно поколение получит больше пенсий, чем сделало взносов, а другое — меньше.

Вероятно, при оценке межпоколенной справедливости в пенсионном обеспечении было бы целесообразно учитывать не только монетарные трансферты, но и более широкий контекст, например, перераспределение возможностей, которые передаются от одного поколения к другому, включая образование и состояние окружающей среды. Поколения, выходящие в настоящее время на рынок труда, значительно более образованы, чем их предшественники. В группе стран ОЭСР доля лиц в возрасте 25–34 лет с высшим образованием составляет 45%, среди работников в возрасте 55–64 лет эта категория находится в пределах 28%. Более высокий уровень образования ведёт к более позднему выходу на пенсию. Граждане с высшим образованием позже начинают работать, но занимаются деятельностью, которую проще продолжить в пожилом возрасте. Одновременно более высокий уровень образования косвенно способствует повышению участия в формальном и неформальном обучении в течение всей жизни и улучшению состояния здоровья.

Стабилизирующим фактором, призванным улучшить финансовую устойчивость и способствовать формированию межпоколенного равенства, считается изменение возраста выхода на пенсию или параметров пенсионного обеспечения в зависимости от изменения продолжительности жизни когорт. Этот механизм включён в дизайн накопительных и условно накопительных систем, тем не менее большая группа стран, использующих и распределительные, и накопительные схемы пенсионного финансирования, планирует повышать возраст выхода на пенсию в соответствии с увеличением продолжительности жизни до 65 лет (в отдельных случаях 60 или 62 лет). Эти схемы представляются как нейтральные с распределительной точки зрения, но на практике являются скорее регрессивными, так как лица с более низкими доходами имеют меньше перспектив роста продолжительности

жизни и более длительного периода получения пенсии. В экономически развитых странах так называемая остаточная продолжительность жизни лиц старших возрастов, относящихся к нижней по доходам квинтильной группе, в среднем на 3 года меньше, чем в высшей, а общий объём получаемой пенсии ниже на 13% [*Pension at a glance*, 2021. P. 95]. Если разница в продолжительности жизни между социально-экономическими группами будет увеличиваться, то связь пенсионного возраста с продолжительностью жизни с точки зрения обеспечения равенства будет вызывать серьёзные сомнения.

Определённые проблемы введения новых технологий автоматической корректировки связаны и с неоднородностью целей пенсионной политики, обусловленной процессами старения. Для распределительных схем объёмы полученных страховых взносов и выплачиваемых пенсий за год или по крайней мере в течение какого-то периода должны соответствовать сохранению действующего уровня замещения пенсией ранее получаемых трудовых доходов. Поэтому они предполагают необходимость такой корректировки пенсионного возраста, которая обеспечивает стабильное соотношение пенсионеров и плательщиков взносов. То есть нужно скорее всего повышать пенсионный возраст в полном соответствии с увеличением остаточной продолжительности жизни (после 65 лет). В противном случае возникает необходимость повышения величины страховых взносов или государственных субсидий. Если поставлена другая цель — сохранить соотношение периодов занятости и нахождения на пенсии как 2:1, что в настоящее время рассматривается как справедливая цель для разных поколений, то пенсионный возраст должен быть связан с $\frac{2}{3}$ увеличения продолжительности жизни. В ряде стран используется первый вариант (Дания, Греция, Эстония, Италия), в других — второй (Финляндия, Нидерланды, Португалия). При этом рост пенсионного возраста и в первом, и во втором случае может оказаться недостаточным для предупреждения снижения относительной численности рабочей силы во многих странах.

Динамику данных процессов сложно учесть и при автоматической корректировке, и при использовании отдельных дискретных мер. Чтобы избежать возникновения серьёзного финансового дисбаланса при сохранении нормы замещения, связь между пенсионным возрастом и продолжительностью жизни должна в теории комбинироваться с механизмом, который пропорционально сокращает размер пенсионных начислений. В противном случае увеличение пенсионного возраста будет означать начисление дополнительных сумм, а это приведёт к более высокому уровню замещения в новом пенсионном возрасте в распределительных пенсионных системах (*pay-as-you-go*).

Среди основных характеристик пенсионных систем особую роль играют параметры, связанные с адекватным размером пенсий и приемлемым уровнем её финансирования. С одной стороны, размер пенсий должен быть достаточным для минимизации риска бедности нетрудоспособного населения, с другой — сглаживать возможное падение доходов при завершении трудовой деятельности, чего сложно добиться, если следовать цели снижения высокой стоимости пенсионной системы. Слишком низкий уровень пенсий может вести к существенному снижению стандартов жизни после выхода на пенсию и увеличению числа пожилых, живущих ниже уровня бедности. Снизить высокий уровень бедности среди пожилых людей по сравнению с другими группами населения удалось только развитым странам, и то далеко не всем. В среднем доля бедных (с доходами ниже 50% от медианных в стране) в странах ОЭСР среди лиц в возрасте 65 лет и старше составляет 14%. В 16 из 37 стран данной группы относительная бедность пожилых граждан ниже, чем всего населения. Менее 5% уровень бедности среди лиц старших возрастных групп составляет во Франции, Дании, Исландии, Чехии, т.е. в странах с очень разными по структуре пенсионными системами. И наоборот, показатели относительной бедности среди пожилых составляют более 40% в Корее, 30 — в государствах Балтии, около 20% — в США и Австралии [*Pension at a glance...*, 2021. P. 187].

Функцию снижения риска бедности и социального исключения, особенно в условиях роста неполной и неформальной занятости, выполняют пенсии первого уровня (базовые и минимальные) и элементы перераспределения, включённые в пенсионные схемы. Базовые (универсальные и страховые) и минимальные пенсии в основном (во всяком случае в государствах с относительно невысоким уровнем относительной бедности пожилых) находятся в пределах 20–30% от средней национальной заработной платы. Для лиц с небольшим страховым стажем и низкими трудовыми доходами минимальные пенсии являются важным инструментом социальной поддержки. В странах, ориентированных на обеспечение минимальных гарантий доходов пожилых, основную роль в рамках обязательных государственных пенсионных систем играют пенсии в твердых размерах, без учёта страхового (трудового) стажа. В каком-то смысле это определённый аналог базового дохода для пожилого нетрудоспособного населения. Такие системы наименее затратны, но без дополнительного частного корпоративного или индивидуального страхования они обеспечивают, как правило, достаточно низкий уровень замещения.

Степень реализации функции сглаживания доходов граждан после прекращения занятости разными пенсионными системами частично характеризует показатель теоретического процента замещения пенсией трудовых доходов (*theoretical replacement rate*). Коэффициент замещения показывает расчётный размер гипотетической пенсии работника со средней заработной платой в течение первого года после назначения пенсии в сравнении с заработком перед пенсией в базовом случае (т.е. с 40-летней карьерой и выходом на пенсию в официальном пенсионном возрасте). Данный показатель колеблется от более чем 70% в странах Южной Европы до 20% в Литве. У менее оплачиваемых работников, согласно действующим правилам, в рамках перераспределительных механизмов предусмотрены более высокие показатели замещения, но эта практика не является всеобщей (табл. 1). При сокращении страхового стажа уровень замещения снижается, например, при стаже 20 лет в общем случае на 20–40% от базового уровня. В течение ближайших десятилетий, согласно принятым законодательным нормам в рамках общего курса на сокращение роста или снижение государственных расходов, коэффициент замещения пенсией трудовых доходов для работников с длительным стажем будет снижаться. Но в одних случаях это снижение будет существенно, на 25–30 процентных пунктов (например, в Италии и Польше), в других — менее значительно — до 10% (Финляндия, Дания) [*Pension adequacy report*, 2021. P. 68].

Другой возможный индикатор уровня пенсионного обеспечения — агрегированный процент замещения (*aggregate replacement ratio*) показывает соотношение медианных доходов лиц возрастной группы 65–74 года по отношению к медианным доходам от работы населения в возрасте 50–59 лет. Этот коэффициент по данным на допандемийный 2019 г. находился в пределах от 76–73% в Греции и Италии до 37–38% в Латвии и Болгарии [*Pension adequacy report*, 2021. P.40]. Уровень «обременительности» финансирования пенсионной системы со значительной степенью условности можно характеризовать на основе анализа размеров страховых взносов, прежде всего в секторе обязательного пенсионного страхования, ибо как раз они влияют на стоимость рабочей силы, а также с учетом многоканальности финансирования пенсий на основе соотношения общественных пенсионных расходов к ВВП. При сравнении размеров взносов приходится учитывать, что в отдельных государствах (Испания, Великобритания) пенсионные взносы включены в состав общих социальных взносов, а в других случаях в пенсионном обеспечении большую роль играют налоги (Австралия, Канада и др.). Наиболее высокий уровень пенсионных взносов в Италии — 33% от заработной платы работника, самые низкие из европейских стран в Литве, где взносы делает только работник — 8,7%. (табл. 2).

Таблица 1

Коэффициент замещения пенсией заработной платы для работников с разными уровнями заработных плат при стаже 40 лет в схемах обязательного пенсионного страхования (2020 г.)

Страна	0,5 средней зарплаты	1 средняя зарплата	2 средние зарплаты	Возраст выхода на пенсию
Великобритания	70,6	49,0	38,2	67
Германия	46,6	41,5	33,0	67
Дания	125,1	80,0	61,3	74
Италия	74,6	74,6	74,6	71
Литва	31,5	19,7	13,8	65
Нидерланды	73,1	69,7	68,0	69
Польша	31,8	30,6	30,0	65(60)
США	49,6	39,2	27,3	67
Финляндия	56,6	56,6	56,6	65
Франция	60,2	60,2	51,9	66
Швеция	61,4	53,3	67,2	65
Япония	43,2	32,4	26,9	65
ОЭСР	64,5(64,0)*	51,8(50,9)*	44,4(43,7)*	65(60)
Бразилия	88,4(93,3)*	88,4(93,3)*	88,4(93,3)*	65(62)
Китай	90,6(72,2)	71,6(55,7)	62,1(47,5)	60(55)

*В скобках для женщин при наличии разницы

Источник: OECD. Pension at a glance 2021. OECD and G20 indicators. — Paris: OECD Publishing, 2021. <https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en>

Таблица 2

Страховые пенсионные взносы в систему обязательного государственного страхования (в % от заработной платы, 2020 г.).

Страна	Наёмный работник	Работодатель	Всего
Австрия	10,25	12,55	22,8
Бельгия	7,5	8,9	16,4
Германия	9,3	9,3	18,6
Италия	9,19	23,81	33
Канада	5,25	5,25	10,5
Литва	8,7	-	8,7
Польша	9,8	9,8	19,6
США	5,3	5,3	10,6
Финляндия	7,15	15,2	22,4
Франция	11,3	16,5	27,8
Япония	9,15	9,15	18,3

Источник: OECD. Pension at a glance 2021. OECD and G20 indicators. — Paris: OECD Publishing, 2021. <https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en>

Наибольшую долю 13–15% ВВП на государственные пенсии расходуют государства Южной Европы с солидарно-распределительными системами, а минимальные значения — ниже 3% ВВП — относительно молодые по возрастному составу государства Латинской Америки (Чили, Мексика) и Исландия, в которой основную часть пенсионного обеспечения составляют частные профессиональные пенсионные схемы. В целом ниже средних показателей по ОЭСР (7,7% ВВП) составляют расходы на пенсионное обеспечение в странах с относительно невысоким уровнем государственного обеспечения и с большой долей частного пенсионного страхования, на который делается основной акцент. По расчётам экспертов МВФ, к 2050 г. в одних странах прогнозируется снижение государственных расходов на 0,4–1,5% ВВП (Финляндия, Франция), в других — повышение в пределах 0,7–3,3% ВВП (например, в Чехии, Испании, Германии) [Fouejien, Kangur, Martinez, Soto, 2021. P. 65].

Распространенность систем частного пенсионного страхования (коллективных и индивидуальных) в значительной степени зависит от щедрости государственных программ. Как правило, чем ниже относительный уровень государственного пенсионного обеспечения, тем большую роль играют частные и дополнительные программы. Обязательные или квазиобязательные (т.е. на основе договоров социальных партнеров на национальном или отраслевом уровнях) действуют уже почти в половине стран ОЭСР. Выплаты по частным схемам составляют в целом 1,5% ВВП. Но в ряде стран с высоким уровнем развития негосударственного пенсионного страхования их доля превышает 5% ВВП (например, в Нидерландах, Канаде, Великобритании) [Pension at a glance..., 2021. P.200].

Справедливости ради необходимо отметить, что если для развитых стран основные задачи реформирования пенсионных систем лежат в плоскости достижения баланса между финансовой стабильностью и адекватными размерами пенсий, то для многих государств с формирующимися рынками главная задача — увеличение охвата пенсионным страхованием работающего населения и расширение источников финансирования программ. Если в Северной Америке и Европе в схемы пенсионного страхования включено, соответственно, 95% и 88% экономически активного населения, то в Латинской Америке в силу широкого распространения неформальной занятости и значительно более низкого уровня материального благосостояния широких слоев трудоспособного населения этот показатель, по данным МОТ, составляет 47%, а, например, в Южной Азии — 26%. Расходы на социальную защиту пожилых граждан (по страховым и нестраховым программам, без медицинского обслуживания) составляют в Западной Европе 11,3% ВВП, Юго-Восточной Азии и Латинской Америке 5,7–5,9% ВВП, а в Южной Азии — 2,2% ВВП [Social protection..., 2021. Pp. 171, 176].

Старение населения, кроме реформирования пенсионных систем с целью увеличения длительности работы и сохранения адекватного размера пенсий, должно сопровождаться изменениями на пока не приспособленных к новым демографическим реалиям рынках труда. Среди лиц условного предпенсионного возраста (55–64 года) занято по основным мировым макрорегионам 55–60%, среди граждан более старшего возраста — 20–25% (за исключением государств Африки, где эта доля существенно выше, и Европы, где она составляет около 8%). Но еще 6–10% европейцев в возрасте 65 лет и старше заняты уходом за детьми и своими еще более пожилыми родственниками [Scott, Lynch, Reeves, Falkenbach, Gringrich, Cylus, Bamba, 2021. P. 28]. Согласно обследованию, проведенному МОТ в более чем 100 странах мира, трудовой потенциал населения в возрасте 55 лет и старше недоиспользуется, спрос на работу лиц старших возрастов существенно превышает предложение, при низком уровне формальной безработицы среди них особенно высок процент так называемых «разочарованных» безработных, прекративших поиски рабочего места.

Среди мер привлечения и удержания возрастных работников в формальном секторе экономики можно назвать такие, как устранение архаичных правовых и возрастных рамок, формирование позитивного имиджа возрастных работников как носителей жизненного

и профессионального опыта, включение их в процессы обучения и переквалификации, применение на национальных и корпоративных уровнях механизмов адаптации рабочей среды и условий трудовой деятельности для лиц старших возрастов. В экономически развитых странах, где вопросам постоянного повышения и обновления знаний и квалификации уделяется много внимания, в неформальное обучение на рабочих местах и за счёт работодателей включено около трети работников в возрасте 55–64 лет, в других возрастных группах эта доля находится в пределах 50% и выше. Основной причиной выступает низкая заинтересованность и работодателей, и самих работников, не планирующих получать существенную материальную отдачу от обучения.

Социальная политика в отношении возрастного населения часто строится на стереотипах, пожилые разделяются на группы, хотя календарный возраст является недостаточно точным инструментом для определения статуса здоровья или модели поведения: у разных индивидов старших возрастов разные состояние здоровья, уровень активности и трудоспособности, роли в обществе. Более материально обеспеченные группы не только дольше живут, но у них, как правило, и более длительная продолжительность здоровой жизни после достижения 55–60 лет, и ниже потребность в долгосрочном уходе, чем у менее обеспеченных слоев [Zaniotto, Batty, Stenholm, 2020. P. 910]. Доля занятого на рынке труда населения в возрасте 55–64 лет в европейских странах составляет среди мужского населения 66%, женского — около 53%, после 65 лет занятость снижается, соответственно, до 8 и 4% [Corselli-Nordbland, Strandell, 2020. P. 22]. В то же время признание неформального ухода в качестве другой работы увеличивает занятость лиц в возрасте 55 лет и старше (по эквиваленту полного рабочего времени) в Португалии и Великобритании на 13–12%, в большинстве других стран ЕС на 6–10% [Cylus, Williams, Normand, Figueras, 2020. P. 910].

Феномен активного старения и рост расходов на медицинское и долгосрочное социальное обслуживание

Другая категория вопросов — увеличение расходов, связанных с медицинским и социальным обслуживанием растущей численности лиц старших возрастов. Пожилые — не гомогенная группа, у них разные потребности, возможности и ресурсы. Успешной попыткой дать интегрированную количественную оценку наиболее важных факторов замедления процессов утраты профессиональной трудоспособности, социальной активности и самообеспечения в преклонном возрасте можно считать разработку индекса активного долголетия. В структуру данного индекса включены четыре группы индикаторов для лиц в возрасте 55 лет и старше, три из которых характеризуют современное положение, а четвертый призван оценивать факторы, которые могут способствовать или препятствовать реализации потенциала возрастного населения в перспективе. В данные группы (домены) входят: 1) занятость на рынке труда; 2) участие в неоплачиваемой социальной деятельности, включая различные виды помощи по уходу и волонтерскую работу; 3) возможности вести независимый, здоровый и безопасный образ жизни, в том числе показатели доступа к услугам здравоохранения, участия в непрерывном обучении, средний относительный уровень доходов, риск бедности и серьёзных материальных лишений; 4) в группу оценки потенциала для процесса активного старения включены показатели ожидаемой продолжительности жизни (после 55 лет), в том числе здоровой жизни, показатели психологического здоровья и социального взаимодействия, вовлечённости в использование современных информационно-коммуникационных технологий, уровень полученного пожилыми гражданами образования [Zaidy, Gasior, Hofmarcher, Lelkes, Marin, Rodrigues, Schmidt, Vanhuysse, Zolyomi, 2013. P. 76]. Вес индикаторов двух первых групп в общем индексе аналогичен, по 35%, доля четвёртой группы — 20%, а на параметры ведения независимого и здорового

образа жизни отведено 10%. Результаты углублённого анализа данных индексов в ряде европейских стран (Италии, Германии, Польше) для групп населения с разным уровнем доходов, образования, живущих в разных типах семей и поселений, показали значительный уровень неравенства в процессе старения в зависимости прежде всего от уровня образования, доходов и даже гендерной принадлежности [Active ageing index..., 2019. P. 77].

Здесь необходимо иметь в виду, что концепция активного долголетия касается не только лиц пожилого возраста. Бедность и низкие семейные доходы в период детства и в трудоспособном возрасте могут оказывать серьёзное влияние на процессы накопления человеческого капитала и формирования статуса здоровья граждан в преклонном возрасте. Высокий уровень доходов и постоянное совершенствование уровня своих компетенций в трудоспособном возрасте способствует накоплению экономических и социальных ресурсов, которые могут быть использованы в период окончательного ухода с рынка труда. Важным компонентом здорового старения являются и результаты социального инвестирования: поддержка семьи и друзей в пожилом возрасте.

В случае, когда политический выбор при формировании социальной политики направлен преимущественно на повышение потребления и снижения рисков для пожилого населения и слабо учитывает риски лиц трудоспособного возраста, увеличивается вероятность ослабления межпоколенной солидарности. И наоборот, при учёте рисков на всех стадиях жизненного цикла, включая программы сокращения детской бедности и поддержки неработающих лиц трудоспособного возраста, направленных на снижение бедности и сокращение разрыва в доходах, вероятно повышение социальных результатов во всех возрастных группах. Так, согласно теории Дж. Линча [Linch, 2006], возможны четыре варианта результатов социальной политики в зависимости от перераспределения между и внутри поколений:

1) двойной выигрыш, который достигается, если государство расходует значительные средства и на поддержку пожилых, и на трудоспособные категории населения, например семьи с детьми. К этой категории автор относит, например, Францию, Швецию, Норвегию. В Скандинавских странах на пожилых расходуется не менее 8–9% ВВП, а на социальную поддержку других групп населения — около 6%;

2) отсутствие выигрышей — низкий уровень солидарности, социальной поддержки и перераспределения как внутри, так и между поколениями. Среди представителей данной группы Эстония, Словакия, США;

3) широкая адресная помощь и значительные успехи в снижении бедности среди пожилого населения при ограниченной поддержке нуждающихся в ней групп трудоспособного населения (Греция, Италия);

4) использование ограниченного числа видов универсального обеспечения для всех категорий населения при сохранении относительно высокого уровня неравенства. В эту группу входят такие государства, как, например, Великобритания.

Многие европейские страны переживают в последнее десятилетие не только рост доходного неравенства. В результате роста цен на активы, особенно жилье, происходит существенное увеличение дифференциации населения по уровню благосостояния [Fuller, Johnston, Regan, 2020].

Еще одной тревожной темой, связанной с вопросами перераспределения, является растущее региональное неравенство, увеличение числа депрессивных районов в рамках национальных государств, изменение как структуры экономического развития, так и качества широкого спектра услуг. В Великобритании разрыв в продолжительности жизни между депрессивными и наиболее быстро развивающимися районами составляет для мужчин 9 лет, для женщин 7 лет; еще более значительны различия в показателях здоровой жизни. В Бельгии уровень смертности на 100 тыс. жителей по регионам колеблется от 886 до 1161 человек. Наиболее высокая смертность в депрессивных районах с низкими по

национальным меркам показателями доходов, занятости, образования, доступности услуг здравоохранения [Scott, Lynch, Reeves, Falkenbach, Gringrich, Cylus, Bamba, 2021. P.89]. При этом в Европе по международным меркам самый высокий уровень охвата мерами социальной защиты для пожилых — 96,7%, детей — 82,3%. В странах Азии и Тихоокеанского региона, по подсчётам МОТ, этот показатель составляет для пожилых — 73%, детей — 18, а общие показатели по миру — соответственно 77 и 26% [Harasty, Ostermeier, 2020. P. 10–11].

Сам по себе календарный возраст не является основной причиной более высоких расходов на медицинское обслуживание, более серьёзным фактором выступает состояние здоровья. Исследования экспертов в сфере медицины показывают, что изменение возрастной структуры населения на длительную перспективу до 2060 г. добавляет менее 1% к росту расходов на душу населения в странах ЕС. По прогнозам Европейского центра исследований систем здравоохранения и политики (European Observatory on Health System and Policies), в 2020–2035 гг. этот прирост достигнет 0,5–0,55%, а в период 2040–2050 гг. — 0,25–0,35% [Cylus, Williams, Normand, Figueras, 2020. P. 189]. По другим прогнозам рост расходов на здравоохранение как доля ВВП в ЕС составит за период 2020–2060 гг. 1,3% ВВП, а в Японии — стране, где уже в настоящее время треть населения в возрасте старше 60 лет, показатели роста достигнут 1,8% ВВП [Williams, Cylus., Roubal, Ong, Barber, 2019. P. 6.].

Расходы на медицинское обслуживание в расчёте на душу населения в ЕС в среднем увеличиваются с 4% ВВП/душу в возрастной группе 40–49 лет до 5,8%, в группе 50–59 лет — до 8% ВВП/душу, для 60–69-летних — до 11%, для 70–79 летних и для более старших лиц этот уровень составляет 16,5–17% , что в значительной степени связано с резким увеличением расходов на медицинскую помощь в период ухода из жизни [Normand, May, Johnston, Cylus, 2021. P. 10]. В том, что касается теоретического соотношения роста продолжительности жизни и увеличения длительности здоровой жизни, существуют несколько базовых сценариев:

1) расширение инвалидизации (немогности) (expansion of morbidity), в соответствии с которым при росте продолжительности жизни увеличивается длительность пребывания в состоянии инвалидности. Вариант данного сценария — рост относительной доли жизни с плохим состоянием здоровья (число лет здоровой жизни растёт, тем не менее увеличивается абсолютное и относительное число лет инвалидности). В этом случае должны существенно увеличиваться расходы на медицинское и социальное обслуживание растущего числа пожилых граждан [Olshansky et al. 1991];

2) сжатие инвалидности (compression of morbidity) — сокращение количества и доли лет с инвалидностью на фоне роста продолжительности жизни, что не предполагает существенного роста расходов на здравоохранение и долговременное обслуживание нуждающихся граждан;

3) состояние динамического равновесия (dynamic equilibrium) — средний сценарий между сжатием и расширением [Robine, Saito, Jagger, 2001].

Данные подходы предполагают значительное упрощение трактовки процессов старения, но основная сложность оценок связана с отсутствием единства и спорностью методов определения уровня инвалидности. Наличие хронических заболеваний, физических дефектов, потеря определённых физиологических функций не обязательно ведут к невозможности работать в соответствии с общепринятой практикой, заниматься видами деятельности, приносящими доход, вести независимый образ жизни. Ранняя диагностика заболеваний, использование программ реабилитации, управления ходом болезней увеличивают шансы на позитивные медицинские результаты. В США, например, при оценке количества лет здоровой жизни данные по инвалидности взвешиваются по действующим показателям серьёзности заболеваний по 354 видам болезней. В Европе уровень инвалидности определяется на основе социологических опросов, обрабатываемых Евростатом (EU-SILC), о наличии ограничений жизнедеятельности в течение шести месяцев, пред-

шествовавших обследованию (при этом в выборку не попадают лица, живущие в стационарных учреждениях, типа сестринских домов и домов для престарелых). Средняя продолжительность здоровой жизни лиц в возрасте 65 лет и старше в государствах Северной Европы, согласно этим опросам, составляет 75% и более от продолжительности жизни данной возрастной категории, средние показатели по ЕС — около 50% у женщин и 54% у мужчин, для государств Восточной Европы эти показатели существенно ниже, например, для Латвии и Словакии 20–30%. В целом эмпирические данные по Европе не свидетельствуют о тенденции «сжатия инвалидности» при росте продолжительности жизни [Rechel, Jagger, McKee, 2020. P. 19].

С ростом продолжительности жизни увеличиваются риски утраты трудоспособности, возможности самостоятельной жизнедеятельности и, соответственно, вероятность роста личных (семейных) и государственных расходов на уход за нуждающимися лицами. Критериями определения потребности в долговременном медико-социальном обслуживании в отдельных странах могут служить условия социальной среды, доступность семейной поддержки и медицинского контроля, статус здоровья. А основными параметрами, на которые ориентируются исследователи при определении степени потребности в услугах на межнациональном уровне, являются данные опросов (European Health Interview Survey) об ограничениях при выполнении ежедневных жизненно важных функций (приём пищи, гигиенические процедуры и др.) и ряда необходимых видов деятельности для нормальной жизни (уборка, оплата счетов и др.)². По оценкам, численность зависимых от посторонней помощи лиц в 2019 г. составляла в Европе около 31 млн человек (7% населения), среди граждан в возрасте 65 лет и старше — 17 млн (19% от численности этой группы, и данная доля существенно увеличивается с возрастом) [Long-term care report, 2021, P. 30]. Важным показателем оценки зависимости и величины предполагаемых расходов является уровень потребности в уходе, который, согласно методике, принятой в ОЭСР, измеряется количеством часов необходимого социального обслуживания в неделю: невысокий уровень — 6,5 часов, средний — 22,5 часа и высокий — 41,25 часа в неделю.

Даже в экономически наиболее благополучных странах основным инструментом помощи остается неформальный уход со стороны родственников и друзей. Доля лиц из числа нуждающихся, пользующихся только неформальной помощью, колеблется от 30–40% (Дания, Ирландия) до более чем 85% в странах Восточной Европы. От 12 до 18% взрослого населения ЕС участвуют в этой деятельности, а основной возрастной группой выступают граждане 45–64 лет, их доля среди помощников — 48%, более старших граждан — 22%. Большой объём неформальной помощи ограничивает возможность занятости лиц трудоспособного возраста, среди обеспечивающих интенсивный уход (более 40 часов в неделю) доля работающих — 35% (среди лиц, осуществляющих уход 10–19 часов, занято более 60%). Интенсивный уход особенно сильно влияет на сокращение занятости женщин в предпенсионном возрасте, а более молодые помощники в возрасте 18–44 лет, обеспечивающие интенсивный уход и работающие, теряют 20–25% доходов из-за сокращения часов работы. По оценкам, стоимость временных затрат на оказание неформальной помощи нуждающимся в уходе составляет в европейских странах 2,4–2,7% ВВП, превышая в большинстве случаев расходы на официальную государственную помощь. С другой стороны, стоимость неформального обслуживания выражается в потере налогов и страховых взносов в результате снижения занятости ухаживающих лиц. Общественная стоимость этих статей составляет около 0,5% ВВП, что близко к трети от текущих общественных расходов на долгосрочный уход [Long-term care report, 2021. Pp. 14, 30].

Расходы на формальную социально-медицинскую помощь на дому или в специальных стационарных учреждениях для лиц с высоким уровнем зависимости составляют

² Activities of daily living (ADL); Instrumental activities of daily living (IADL)

в европейских странах от 150 до 500% от медианных располагаемых доходов пенсионеров. Без социальной поддержки с высоким риском невозможности оплачивать услуги по уходу при среднем уровне зависимости (22,5 часов в неделю) сталкиваются не только группы с низкими, но и со средними доходами, а при высокой степени — практически все доходные категории населения [*Hashiguchi, Elena-Nozal, 2020. P. 17*]. Согласно имеющимся данным по 19 европейским странам, в четырёх из них государство покрывает более 90% стоимости расходов на формальные услуги и еще в шести — около 50%, в остальных уровень существенно ниже. По общим правилам большая поддержка оказывается пожилым с высоким уровнем зависимости и с низкими доходами, меньший объём помощи получают лица, имеющие определённые активы. Но если, например, в Испании и Австрии существует большая разница в финансовой поддержке в зависимости от уровня доходов и собственности, то в Финляндии и Швеции эта разница фактически отсутствует, услуги на дому предоставляются всем нуждающимся в них на условиях универсальности.

Социальная и финансовая поддержка нуждающихся может отвечать универсальным и селективным подходам, составлять часть страховой системы или включаться в схемы социальной защиты. В отличие от пенсионного обеспечения, которое касается исключительно финансовых вопросов, долговременный уход носит смешанный медико-социально-финансовый характер и предполагает значительную долю софинансирования расходов со стороны пользователей и их семей, особенно при получении социальных услуг. В одних случаях государственная помощь предоставляется почти исключительно в виде услуг (в основном Скандинавские страны), в других — в виде денежных пособий (Австрия, Италия), в Германии получатель помощи может выбирать между пособиями, услугами или их сочетанием. Согласно данным Отчёта о старении населения ЕС [*The 2021 Ageing Report, 2021. P. 151*], расходы на долговременное обслуживание в 2019 г. составляли 1,7% ВВП (3,9–3,5% в Нидерландах, Дании и Швеции и менее 0,5% в большинстве стран ЦВЕ), к 2030 г. они, по прогнозам, могут увеличиться до 2,1%, а к 2050 г., по одному из сценариев, до 3,3% ВВП³. В общей структуре государственных расходов по 26% приходится на выплату денежных пособий и уход на дому и 48% — на стационарное обслуживание [*Long-term care report, 2021. Pp. 91–93*]. Основными моделями финансирования являются использование бюджетных источников (общих и значительно реже маркированных налогов), государственное и частное страхование. Наиболее полная статистическая информация по соотношению различных каналов финансирования долгосрочного ухода касается медицинских услуг, включённых в их состав. В государствах Северной Европы основным источником служат общие налоги (80–90%) разного уровня, в Нидерландах и Германии более 75% составляют страховые платежи на долговременный уход, в Финляндии и Бельгии часть услуг по уходу, например расходы сестринских домов, включены в состав медицинского страхования, «выплаты из кармана» — основной канал финансирования медицинской части долгосрочного обслуживания в ряде стран ЦВЕ (в Болгарии — более 85%) и в Португалии. В отличие от медицинского, частное страхование в секторе длительного ухода имеет весьма ограниченное распространение, коллективное страхование мало интересно работодателям, а индивидуальное осложняется высокими тарифами из-за распространённого феномена «негативного отбора» (страхуются только лица старших возрастов с высокими рисками). Но часть дополнительных услуг может предоставляться через другие страховые продукты (например, страхование жизни и здоровья) [*Public and Private Sector..., 2021. P. 19*]. В среднем около 80% всех государственных расходов на финансирование долгосрочного обслуживания осуществляется через бюджет или схемы обязательного страхования [*Mueller, Bourke, Morgan, 2020. P. 12*]. Тем не менее в 19 государствах ЕС почти 50% нуждающихся

³ В структуру расходов кроме социальных включаются и определённые медицинские услуги: паллиативная и сестринская помощь, контроль боли, медицинские консультации, расходы на реабилитацию и др.

пожилых людей после использования всех каналов государственной поддержки при внесении необходимых соплатежей на уход попадают в группу бедного населения (при всех уровнях потребности) [Long-term care report, 2021. P. 14]. Долгосрочный уход оказывается непосильным финансовым бременем для групп не только с низкими, но и со средними доходами. Поэтому пользуются формальными каналами помощи около трети лиц в возрасте 65 лет и старше, имеющих сложности с самообслуживанием и ведением домашних дел. В период COVID-кризиса в странах с широкой сетью учреждений по уходу временно были введены ограничения на доступ к услугам, закрыты дневные центры, прекращено размещение пациентов в стационары. Доступ к домашнему обслуживанию был лимитирован только экстренными вызовами, ограничены права пациентов (изоляция, запрет визитов), но одновременно увеличился объём телекоммуникационных услуг.

Для комплексной оценки возможностей ведения «независимого» образа жизни, участия в разработке мер, затрагивающих интересы пожилых граждан, обеспечения уходом и защитой со стороны семьи, общины и государства, соблюдения права на справедливое обращение разработан специальный Индекс прав пожилых людей (Rights of older people index ROPI). Он включает 35 индикаторов, сгруппированных в 10 блоках, среди них доступ к программам ранней диагностики заболеваний, реабилитации, оборудование жилых помещений, возможности получения паллиативной помощи, активного участия в определении своих потребностей и нужд, обеспечение возможности перемещения, участие в социальной жизни, недопущение физического и психологического насилия и др. [Pince, Rodrigues, Schulman, 2018].

Одним из ключевых направлений в области долговременного ухода, особенно после пандемии, стало расширение более выгодного экономически и востребованного нуждающимися гражданами надомного социального обслуживания. Оно включает и новые технологичные виды: хосписы и санатории на дому, патронажные службы, мобильные медико-социальные бригады, организацию муниципальных и районных групп взаимопомощи для пожилых и хронических больных.

* * *

Современные демографические тенденции, рост доли лиц старших возрастов в структуре населения, а также возможные изменения на рынке труда и трансформация условий найма работников дают основания прогнозировать значительное увеличение финансового бремени социального страхования и обеспечения, ложащегося на социальных партнеров и государство. Однако опыт развитых стран, которые первыми столкнулись с тенденциями увеличения пенсионной нагрузки на работающее население, уменьшения числа плательщиков страховых взносов и частичного сужения базы страховых платежей по сравнению с увеличивающимся ростом числа пожилых, получающих пособия и услуги, показал, что фактор старения оказывает меньшее влияние на рост социальных расходов, чем другие процессы. Величина расходов на пенсионное обеспечение в большей степени зависит от основных параметров пенсионной системы и её зрелости. Наиболее высокие расходы присущи странам с распределительными пенсионными системами, ориентированными на компенсацию утраченного заработка. Там, где применяются схемы, ориентированные на обеспечение гарантированных доходов пожилым, затраты значительно меньше, но при этом нарушается баланс защищённости и справедливости, не обеспечивается замена утраченных трудовых доходов. Хотя эти схемы косвенно стимулируют граждан к самостоятельной заботе о своем пенсионном обеспечении, используя дополнительные коллективные и индивидуальные накопительные механизмы.

Тенденции увеличения пенсионного возраста и внедрения различных накопительных программ для повышения личной заинтересованности в пенсионном страховании характерен для стран не только с высоким, но и со средним и ниже среднего уровнем

экономического развития. Но в развитых странах у граждан больше экономических возможностей делать индивидуальные и коллективные сбережения на старость, формировать свои программы выхода на пенсию, лучше состояние здоровья и условия продолжения трудовой деятельности, выше уровень пенсий (даже при условии их сокращения при раннем прекращении трудовой деятельности).

Рост продолжительности жизни, по прогнозам, окажет относительно небольшое влияние на увеличение расходов на здравоохранение. Большую роль играют общее увеличение стоимости медицинских услуг и спроса на них, касающиеся всех возрастных групп населения. Старение связано с ослаблением физиологических функций и ростом заболеваемости, но наиболее значимый фактор — степень их влияния на повседневную жизнедеятельность людей. Активно поддерживаемая во многих странах концепция активного старения касается не только лиц пожилого возраста. Она охватывает более широкий круг вопросов, возможностей накопления человеческого капитала и формирования статуса здоровья в более молодых возрастах.

ЛИТЕРАТУРА

- Active ageing index (2019): Analytical report / UNECE.
- Corselli-Nordblad L., Strandell H. (2020). Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU. Eurostat. — Luxembourg: Publication office of European Union.
- Cylus J., Figuera J., Normand Ch. (2019). Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy option. — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Cylus J., Williams G., Normand Ch., Figueras J. (2020). Economic, fiscal and societal consequences of population ageing—looming catastrophe or fake news? // *Croat Medi.* No. 61. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.189> (дата обращения: 05.04.2022).
- Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070) (2021): The 2021 Ageing Report. // Institutional paper. No. 148. — Luxembourg: Publishing office of the European Union.
- Fouejien A., Kangur A., Martinez S.-R., Soto M. (2021). Pension reforms in Europa. How far have we come and gone? // *IMF* 2021/016.
- Fuller G.W. Johnston A., Regan A. (2020). Housing prices and wealth inequality in Western Europe // *West European Politics.* No. 43(2). Pp. 297–320. <http://DOI:10.1080/01402382.2018.1561054>. Дата обращения: 05.04.2022.
- Harasty C., Ostermeier M. (2020). Population ageing: alternative measures of dependency and implications for the future of work // *ILO Working paper.* No. 5. — Geneva: ILO.
- Hashiguchi T., Elena-Nozal A. (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old-age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? // *OECD Health working papers.* №117.
- Ilince S., Rodrigues R., Schulman K. (2018). From disability rights– based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights–based policies for older people // Working paper II: Conceptual framework for a human rights approach to care and support for older individuals. — Vienna: European Center for social welfare policy and research.
- Linch J. (2006). *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensions, Workers and Children.* — Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511606922>.
- Long–term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society. Vol 1. (2021). Joint report prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. — Brussels: European Commission.
- Mueller M., Bourke E., Morgan D. (2020). Assessing the comparability of long–term care spending estimates under the joint health accounts questionnaire. — Paris: OECD Publishing.
- Normand Ch., May P., Johnston B., Cylus J. (2021). Health and social care near the end of life. Can policies reduce costs and improve outcomes? — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Olshansky S., et al. (1991). Trading off of longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. // *Journal of Ageing and Health.* № 3(2). Pp. 194–216.
- Pension adequacy report, vol.1 (2021). Current and future income adequacy in old age in the EU. Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPT) and the European Commission. <http://dx.doi.org/10.2767/013455k> (дата обращения: 05.04.2022).
- Pension at a glance 2021. OECD and G20 indicators (2021): OECD — Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en> (дата обращения: 05.04.2022).
- Public and Private Sector Relationships in long-term care and healthcare insurance (2021): OECD — Paris: OECD Publishing.
- Rechel B., Jagger C., McKee M. (2020). Living longer, but in better or worth health? — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.

- Robine J.-M., Saito Y., Jagger C. (2001). The relationship between longevity and healthy life expectancy // *Quality in ageing*. No. 10(2). Pp. 5–14.
- Scott L., Lynch J., Reeves A., Falkenbach M., Gringrich J., Cylus J., Bambra C. (2021). Ageing and health. The politics of better polities. — Cambridge: Cambridge University Press. [https://DOI: 10.1017/9781108973236](https://doi.org/10.1017/9781108973236).
- Social protection at the crossroads –in pursuit of a better future (2021): World Social Protection report. 2020–2022 / ILO. — Geneva: ILO.
- What about seniors? A quick analysis of the situation of older persons in the labour market (2018). — Geneva: ILO.
- Whitehouse R., Whiteford P. (2006). Pension challenges and pension reforms in OECD countries // *Oxford Review of economic policy*. Vol. 22. No.1. Pp.78-94 www.researchgate.net/publication/5216321_Pension_Challenges_and_Pension_Reforms_in_OECD_Countries (дата обращения: 05.04.2022).
- Williams G., Cylus J., Roubal T., Ong P., Barber S. (2019). Sustainable health financing with an ageing population. — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Zaidy A., Gasior K., Hofmarcher M. M., Lelkes O., Marin B., Rodrigues R., Schmidt A., Vanhuysse P., Zolyomi E. (2013). Active ageing index. Concept, methodology and final results: Methodology report. — Vienna: European Center.
- Zaninotto P., Batty G.D., Stenholm S. (2020). Socioeconomic inequalities in disability-free life expectancy in old people from England and the United States: a cross-national population-based study // *The journals of gerontology: Series A*. No. 75(5). Pp. 906–913.

Шестакова Елена Евгеньевна

eeshetakowa@gmail.com

Elena Shestakova

PhD(economics), Leading Researcher of the Institute of economics of Russia Academy of Sciences (Moscow)

eeshetakowa@gmail.com

POPULATION AGEING AND CHANGES IN SOCIAL POLICY IN THE DEVELOPED COUNTRIES

Abstract. Changes in the age structure of the population, and increase in the proportion of elderly citizens in relation to the workforce part of society, affect, to one degree or another, most countries with different levels of socio-economic development. Currently the group of old countries (with a share of the population 65 years and older above 14%) includes 54 states, ageing (the share of people over 65 years in the range of 7-14%) 42 countries, by 2050, 111 states will already be in the first group, 36 in the second (87% of the world population). The scale and speed of these processes form serious concerns about the accelerated growth of the races of society and the state to support the elderly population. The article deals with the issues of taking into account the growth of life expectancy during the reform of pension systems, the complexity of combining the tasks of ensuring sustainability of systems, adequate pensions and generational equality. The article analyzed trends in the cost of medical care and especially for long-term care, which for many elderly people and their relatives becomes unbearable burden without significant financial assistance from the state, as well as issues of expanding support and ensuring safety throughout life as a necessary condition for active ageing.

Keywords: *pension systems, human capital, life expectancy, active ageing, long-term care.*

JEL: H51, H55, I38, J18.

REFERENCES

- Active ageing index* (2019): Analytical report / UNECE.
- Corselli-Nordblad L., Strandell H. (2020). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*. Eurostat. — Luxembourg: Publication office of European Union.
- Cylus J., Figuera J., Normand Ch. (2019). *Will population ageing spell the end of the welfare state? A review of evidence and policy option*. — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Cylus J., Williams G., Normand Ch., Figueras J. (2020). Economic, fiscal and societal consequences of population ageing-looming catastrophe or fake news? // *Croat Med*. No. 61. <https://doi.org/10.3325/cmj.2020.61.189>. Access date: 05.04.2022.
- Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2019–2070)* (2021): The 2021 Ageing Report. // *Institutional paper*. No. 148. — Luxembourg: Publishing office of the European Union.
- Fouejien A., Kangur A., Martinez S.-R., Soto M. (2021). Pension reforms in Europa. How far have we come and gone? // *IMF* 2021/016.

- Fuller G.W. Johnston A., Regan A. (2020). Housing prices and wealth inequality in Western Europe // *West European Politics*. No. 43(2). Pp. 297–320. <http://DOI:10.1080/01402382.2018.1561054> (дата обращения: 05.04.2022).
- Harasty C., Ostermeier M. (2020). Population ageing: alternative measures of dependency and implications for the future of work // *ILO Working paper*. No. 5. — Geneva: ILO.
- Hashiguchi T., Elena-Nozal A. (2020). The effectiveness of social protection for long-term care in old-age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs? // *OECD Health working papers*. №117.
- Ilince S., Rodrigues R., Schulman K. (2018). From disability rights- based approach to long-term care in Europe: Building an index of rights-based policies for older people // *Working paper II: Conceptual framework for a human rights approach to care and support for older individuals*. — Vienna: European Center for social welfare policy and research.
- Linch J. (2006). *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensions, Workers and Children*. — Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511606922>.
- Long-term care report. Trends, challenges and opportunities in an ageing society*. Vol 1. (2021). Joint report prepared by the Social Protection Committee and the European Commission. — Brussels: European Commission.
- Mueller M., Bourke E., Morgan D. (2020). *Assessing the comparability of long-term care spending estimates under the joint health accounts questionnaire*. — Paris: OECD Publishing.
- Normand Ch., May P., Johnston B., Cylus J. (2021). *Health and social care near the end of life. Can policies reduce costs and improve outcomes?* — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Olshansky S., et al. (1991). Trading off of longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. // *Journal of Ageing and Health*. № 3(2). Pp. 194–216.
- Pension adequacy report, vol.1* (2021). *Current and future income adequacy in old age in the EU. Joint report prepared by the Social Protection Committee (SPT) and the European Commission*. <http://dx.doi.org/10.2767/013455k> (access date: 05.04.2022).
- Pension at a glance 2021. OECD and G20 indicators* (2021): OECD — Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/ca401ebd-en> (access date: 05.04.2022).
- Public and Private Sector Relationships in long-term care and healthcare insurance* (2021): OECD — Paris: OECD Publishing.
- Rechel B., Jagger C., McKee M. (2020). *Living longer, but in better or worse health?* — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Robine J.-M., Saito Y., Jagger C. (2001). The relationship between longevity and healthy life expectancy // *Quality in ageing*. No. 10(2). Pp. 5–14.
- Scott L., Lynch J., Reeves A., Falkenbach M., Gringrich J., Cylus J., Bambra C. (2021). *Ageing and health. The politics of better politics*. — Cambridge: Cambridge University Press. <https://DOI:10.1017/9781108973236>.
- Social protection at the crossroads –in pursuit of a better future* (2021): World Social Protection report. 2020–2022 / ILO. — Geneva: ILO.
- What about seniors? A quick analysis of the situation of older persons in the labour market* (2018). — Geneva: ILO.
- Whitehouse R., Whiteford P. (2006). Pension challenges and pension reforms in OECD countries // *Oxford Review of economic policy*. Vol. 22. No.1. Pp.78-94 www.researchgate.net/publication/5216321_Pension_Challenges_and_Pension_Reforms_in_OECD_Countries (access date: 05.04.2022).
- Williams G., Cylus J., Roubal T., Ong P., Barber S. (2019). *Sustainable health financing with an ageing population*. — Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Zaidy A., Gasiar K., Hofmarcher M.M., Lelkes O., Marin B., Rodrigues R., Schmidt A., Vanhuysse P., Zolyomi E. (2013). *Active ageing index. Concept, methodology and final results: Methodology report*. — Vienna: European Center.
- Zaninotto P., Batty G.D., Stenholm S. (2020). Socioeconomic inequalities in disability-free life expectancy in old people from England and the United States: a cross-national population-based study // *The journals of gerontology: Series A*. No. 75(5). Pp. 906–913.