

Демографски процеси и остаряване на населението - някои изводи за политиките за дългосрочна грижа

доц. д-р Стоянка Черкезова
ИИНЧ, БАН

Увод

Промените в структурата на населението са резултат, отражение на всички демографски процеси, които се случват в едно общество. Затова изследването на това явление и въздействието му върху обществените системи на практика отразява връзката между демографски процеси и социални трансформации.

При изследване на населението и формулиране на политики е необходимо да се подчертае, че стареенето на населението в България не е изолиран случай. То е паневропейски процес. Стареенето може да бъде разбрано не само като увеличаване на пропорцията на възрастните или старите хора (респ. намаляване на пропорциите на младите поколения), а като етап от еволюцията на населението в редица страни.

В световен план България е сред страните в които раждаемостта е относително ниска (тотален коефициент на плодовитост под 2.1 ‰¹). През 2017 г. 46 % от населението на планетата е съсредоточено в тези страни. В Европейските страни, които попадат в тази група очакваната продължителност на живота е сравнително висока: 78.1 години през 2015-2020 г. и се очаква да нарасне на 82.8 години през 2045-2050 г. според проекциите на ООН (междинен вариант). Остаряването е най-бързо в тези страни: 25 % от населението в тях е на възраст над 60 години², а през 2050 г. се очаква да достигне 35 %. Най-големият прираст на възрастни хора (над 60 г.) се очаква да се наблюдава в Азия (удвояване на хората на 60 и повече години до 2050 г.). Най-същественото увеличаване на старите хора (над 80 г. възраст) вероятно ще се случи също основно извън в Европа. (United Nations, 2015, p. 11;

¹ Такива страни са всички страни в Северна Америка и Европа заедно с 20 азиатски страни, между които Иран, Китай и Япония, Виетнам, 17 от Латинска Америка и Карибите, 3 в Океания и само една в Африка.

² За сравнение в света 13 % от населението е над 60 г. през 2017г.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017, p. 8.9.11.13)

Стареенето на населението не бива да се разглежда единствено в негативна светлина. То поставя предизвикателства, но създава и възможности. Споровете между изследователите за това дали стареенето на населението ще е съпроводено с по-добър живот и условия или с уязвимост, висока заболяемост и загуба на лична идентичност все още не са намерили категоричен отговор (Smith, 2000, p. 76). При всички случаи учените са единодушни, че икономиките и обществата, отделните индивиди вече функционират в един нов свят, към който трябва или ще се наложи да се приспособят. Това е основна задача на политиките в редица страни, включително в България. Основната дилема на стареещите общества е как при намаляващия брой на работната сила и нейното стареене, при нарастване на теглата на население в надтрудоспособна възраст да се запазят и увеличат постигнатите до момента социални и икономически права и достъп до ресурси за всички членове на обществото.

В рамките на настоящото изследване се опирам именно на тази перспектива, която не е нова. По своята същност тя се основава на добре известната концепция за човешкото развитие, според която развитието на обществото и на хората в него не се разглеждат в тесен икономически смисъл, а се отива отвъд това разбиране. Не икономиката, а човекът е в центъра на политиките. Човешкото развитие е водещото при оценката на политиките. Икономическото развитие е само средство за постигането на човешко развитие. Именно човекът и неговото благоденствие придава основния смисъл на политиките. Тази перспектива – плод на множество теоретични дискусии, се утвърждава все повече като базова при изследване на развитието и на ефектите от различни политики (Marmot, 2015; Stiglitz, Sen, & Fitoussi, 2009; Sen, 2005; Alkire, 2002; Марикина, 2006; Полс, 1999; Тошкова, 2005; Черкезова, 2012; Йотова, 2004).

С колко време разполагаме, за да приспособим системите си?

Остаряването на населението има връзка със социалните трансформации, пред които се изправя едно общество. Малмберг³ изследва етапите на демографска промяна от аналитичната рамка на концепцията за жизнен цикъл. Представя четири фази. Като критерий за това дали обществото е в дадена фаза, той използва нарастването на населението от определена възрастова група. Ако расте населението сред лицата под 15 г. - детска фаза. Ако расте населението 15-39 години – фаза младост. Респективно за групата на 40-64 години - фаза на средната възраст. Когато растежът е най-голям при лицата над 65 години - фаза на високата възраст (старост). (Malmberg, 2007)

Социалните трансформации в обществото изискват адекватен отговор на политиките в тази сфера. Ако добавим критерий - преобладаване на населението от определена възрастова група (т.е. нарастването на всяка от тези групи, достига своя апогей и масовост), тогава ще може да се види точката във времето, когато процесите на адаптиране на социалните и икономическите системи трябва да са, ако не приключили, то поне достигнали зряла степен на развитие. Само в тези случаи можем да считаме, че системите са се адаптирали успешно и са изпълнили своята функция на запазване или още по-добре - на увеличаване на постигнатите социални и икономически права. По този начин превръщам тази периодизация в инструмент, който ни дава хоризонта, с който приблизително разполагаме, за да адаптираме системите си.

В първата фаза на прехода (с високи равнища на раждаемост и понижена смъртност), проблемът е бил как почти неизменните кохорти в зряла възраст да изхранват нарастващия брой деца. Във втората фаза, нараства работната сила при вече намаляла раждаемост. Определящо значение в обществото са процесите, характерни за младостта и началото на зрелостта: преместването далеч от дома, образованието и обучението, формирането на семейства, безработицата и началото на кариерата. Социалната политика силно се развива (финансова помощ, комбинирана с подкрепа под формата на детско здравеопазване, дневни грижи за деца, училища – в помощ на родителите; обществени пенсионни системи; рехабилитация на наркотично зависими и хора с увреждания) и освобождава най-големите кохорти (15-39 г.) от някои отговорности вътре в семейството. В Западните страни това е

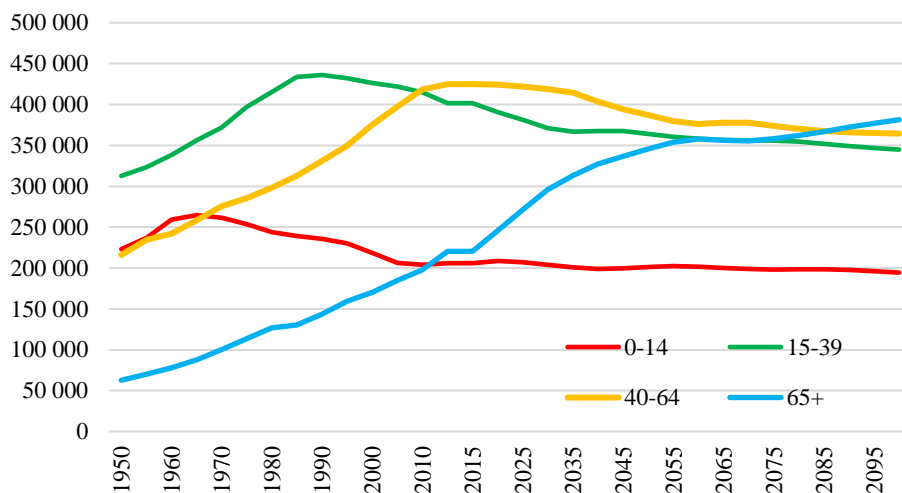
³ Шведски учен, професор в Стокхолмски университет. Представена типологизация по Malmberg, 2007.

периода на развитие на държавата на благосъстоянието. В Източна Европа, макар и с малко разминаване, тези процеси могат да се свържат с периода на социализма, който също се характеризира със силно развитие на социалните системи. През следващата фаза (най-големи кохорти 40-64г.), населението е със сравнително (в глобален план) високи доходи, малко деца за отглеждане, развити системи за социални услуги и здравеопазване, както и за социална закрила. Наличие на икономически растеж. Лицата от тази група би трябвало да са върха на кариерното си развитие, да разполагат с повече доходи от останалите. В някои случаи - прехвърляне на ресурси от тях към другите групи. Хората на тази възраст са се освободили от някои семейни задължения и разполагат с повече свободно време. Пример са силно развитите общества в последните 30 години. Промените в икономическата структура и в статусите в заетостта обаче, които започват през средата на 70-те и началото на 80-те години в западна Европа и които засилиха дебатите в полемиката на социалното включване и борбата с бедността показват, че тази фаза за тези общества, а и за източно-европейските след началото на прехода не е толкова безоблачна, нито е затишие пред буря (тази, която ни очаква когато най-големите кохорти започнат да излизат в пенсия). Тя се характеризира с несигурно кариерно развитие, с несигурни доходи, с превръщането на „излишни“ на пазара на труда на част от представителите на най-голямата кохорта. Високите равнища на безработица за лицата над 50 годишна възраст, както и на някои места практиката на преждевременно пенсиониране, промените в статусите в заетостта и навлизането на по-несигурни форми на труд са характерни за 90-те години, както в Западна, така и в Централна и Източна Европа. В тази фаза започват да назряват проблемите, свързани с пенсионните системи и възможността им да издържат нарасналия брой пенсионери. Широкото и всеобхватно развитие на пенсионните системи от предходната фаза и сигурността, която те предлагат вече не са същите. Лекомисленото допускане на разпространение на схемите за ранно пенсиониране, довеждат в тази фаза, до излизане в пенсия на немалка част от населението, което натоварва осигурителните системи още преди да е дошъл периодът на масово излизане в пенсия на най-големите кохорти.

Четвъртата фаза се свързва с много висок дял на населението над 65 г. (над 15%). Тогава проблемите, които се появяват от време на време в трета фаза добиват масовост, но наред с тях се очаква появата на други проблеми, за които европейските общества,

Австралия, Канада, Япония вече са започнали да се подготвят. Тези общества вече са в началото на тази фаза.

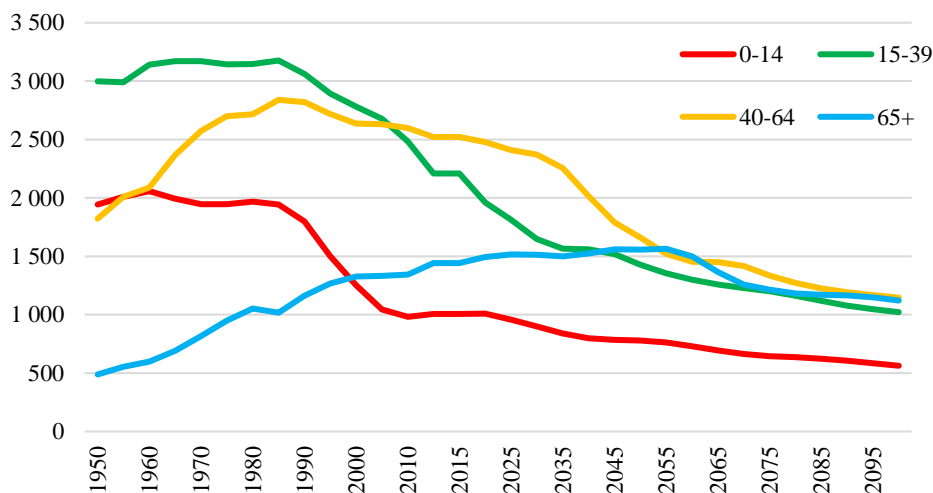
Фигура 1: Промяна в структурата на населението според фазите на жизнения цикъл в развитите страни * 1950-2100 г.



* имат се пред вид тези в Европа, Северна Америка, Австралия, Нова Зеландия и Япония

Източник: Изчисления по данни на World Population Prospects: The 2017 Revision, Total population by five-year age group, major area, region and country, Estimates 1950-2015 и Medium-fertility variant, 2015-2100

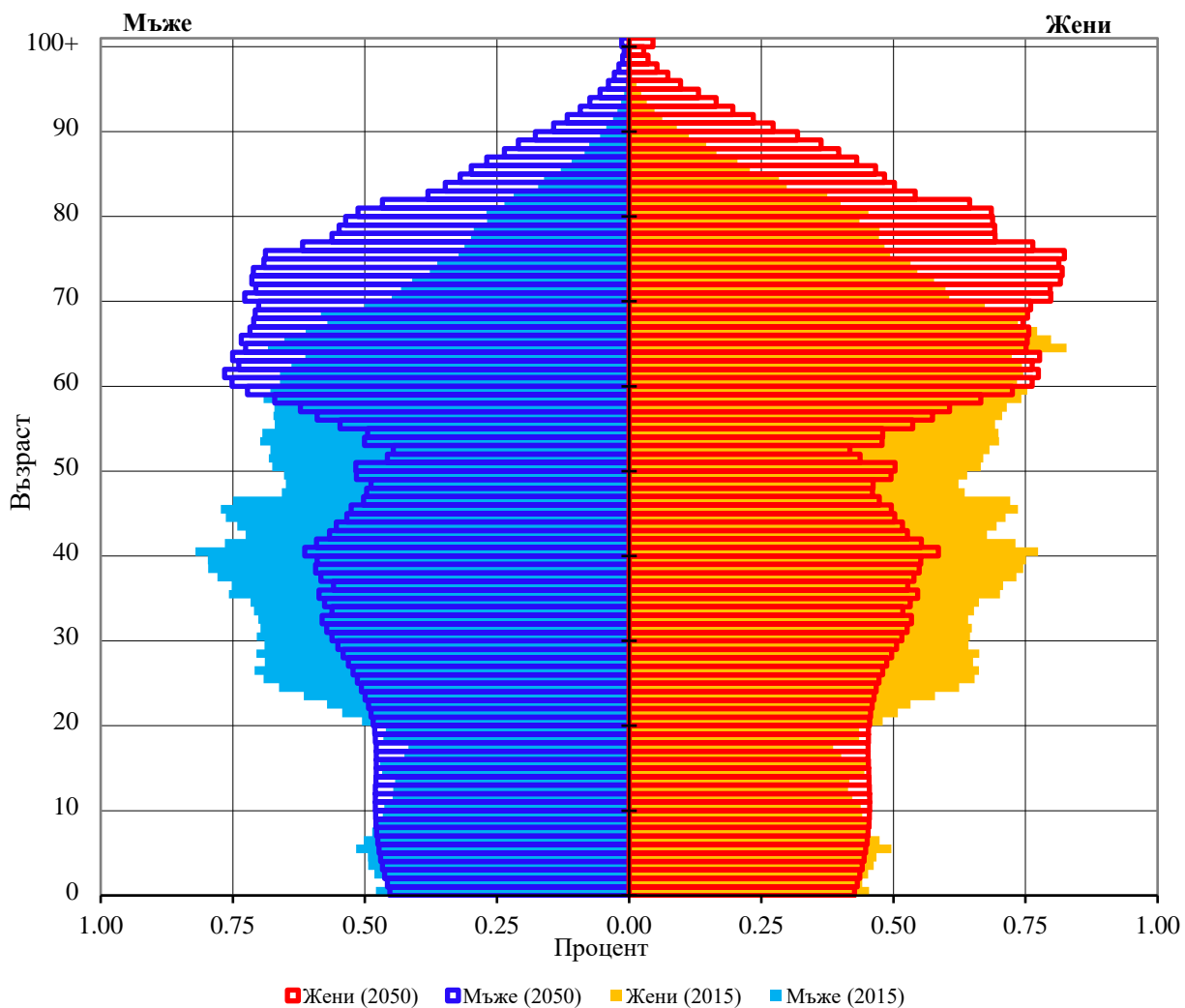
Фигура 2: Промяна в структурата на населението според фазите на жизнения цикъл в България 1950-2100 г.



Източник: Изчисления по данни на World Population Prospects: The 2017 Revision, Total population by five-year age group, major area, region and country, Estimates 1950-2015 и Medium-fertility variant, 2015-2100

България е в началото на четвъртата фаза. Времето, което ни остава за реакция е много малко. От 2030 - 2035 г. при запазване на настоящите тенденции се очаква да започне рязко намаляване на населението между 40 и 64 г. възраст, а населението на 65 и повече години ще продължи да нараства. Населението от 0 до 39 г. ще продължи да намалява. Около 2050 г. вероятно на всеки два души в трудоспособна възраст ще се пада по един човек на 65 и повече години. Вероятността е около 2050 г. проблемите, свързани с остаряването на населението, ако не се вземат своевременно мерки да достигнат своеобразен апогей. Тогава най-многобройни вероятно ще бъдат кохортите между 60 и 80 годишна възраст.

Фигура 3: Структура на населението по пол и по възраст в България за 2015 и 2050г.



Източник: Изчисления по данни на Eurostat – Baseline Projections (последна актуализация 19.06.2017г.), достигнато на 15.08.2017 г.

След тази година при всички проекции (на НСИ, Евростат, Световните проекции на населението на ООН и т.н.) съществуващата структура на населението относително се запазва и дори възрастовите диспропорции се омекотяват. Проекциите след 2040 и особено след 2050 г., обаче съдържат повече условност и са по-малко информативни.

При цялата обща условност на представената проекция, включително поради слабата предвидимост (до непредвидимост) на миграционните процеси, които наблюдаваме в наше време, можем да обобщим, че основната част от мерките, които трябва да приспособят социалните и икономическата системи на България към новите реалности, свързани със стареенето на населението трябва да се осъществят до 2030 г. В този смисъл от гледна точка на демографското остаряване хоризонтът, който е зададен в Актуализираната национална демографска стратегия и в проекта за Национална цялостна стратегия за активен живот на възрастните хора е адекватен. Усилията по реализация на стратегията, обаче е необходимо да бъдат достатъчно концентрирани и интензивни във времето, така че да имат търсения ефект към 2030 г.

Какви са и ще бъдат основните предизвикателства в България в средносрочен и дългосрочен план?

Това, което е специфично за България в сравнение с други страни е, че стареенето е с висока интензивност и дава кратко време за реакция. То се случваше най-динамично в период на преход към модерни пазарни системи, икономически и структурни промени, незрели институции, които да се справят с неблагоприятните икономически последици. Днес стареенето на населението в България в сравнение с редица високоразвити страни поражда повече предизвикателства включително поради общото равнище на постигнато икономическо благосъстояние на населението. Относително ниското икономическо благосъстояние поставя необходимостта и изискването при разработване на националните стратегически документи, включително в областта на демографското развитие да се спазва следният принцип: в България не е достатъчно да се търси запазване на постигнатите права и благосъстояние на населението, а да се акцентира върху възможностите на политиките да съдействат за тяхното нарастване. Само в този случай остаряването на населението в България има шанс да се превърне от предизвикателство във възможност. Политиките,

свързани с благосъстоянието и правата на хората е необходимо да бъдат включвани в демографската политика. Това ще даде възможност в рамките на тези политики да бъде введен допълнителен критерий за целесъобразност, който съответства на целите на демографските стратегии.

Най-общо ефектите от остаряването в България днес и в следващите около 20 години могат да се разделят на следните групи: демографски последици; отражение върху работната сила; промени в социалните статуси; ефекти за системите на здравеопазване и социални услуги; въздействие върху пенсионните и осигурителните системи.

Демографски последици от остаряването

Остаряването на населението в България протича успоредно с неблагоприятната тенденция на свиване на населението (Фиг.2). Според проекциите на ООН населението на България между 2015 и 2050 г. ще намалее с 27.9 %. Според проекциите на Евростат - с 22.7 %. Причините за свиването на населението са свързани с процесите на раждаемост (коефициент на тотална плодовитост под равнището необходимо за възпроизводство на населението, намаляване на жените във фертилна възраст) и емиграция на хората от по-младите кохорти. Старееенето на населението е причина за намаляване на кохортите на жените във фертилна възраст (15-49 г.) днес и в бъдеще.

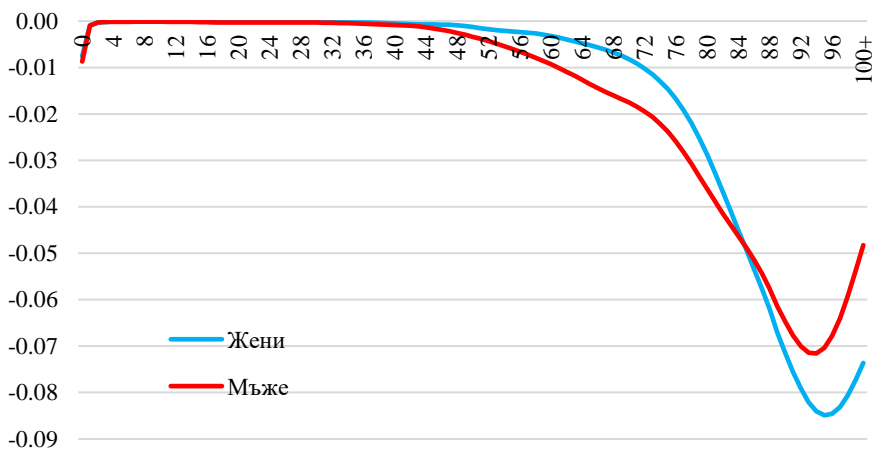
Тоталният коефициент на плодовитост се е увеличил през последните 10 години и според проекциите и хипотезите на ООН и Евростат, той ще продължи да се увеличава. Ако тенденциите на нарастване се запазят такива, каквито са сега, те няма да могат да компенсират свития брой на жените във фертилна възраст. Раждаемостта, като отражение на възрастовата структура в България се очаква да намалее от 9.3 ‰ през 2015-2020 г. на 8.6‰ през 2025-2030 г. (WWP, Rev.2017). Това поставя ограничения пред възможностите на политиките да въздействат към забавяне на старееенето на населението откъм основата на полово-възрастовата пирамида в следващите близо 15 години. След това проекциите показват повишаване на брутните коефициенти на раждаемост.

Второто ограничение пред политиките за смекчаване на старееенето на населението е, че емиграцията, подлежи трудно на управление, а прилагането на директни административни мерки (които са най-ефективни) биха ограничили основните свободи на

хората и не могат под никаква форма да се приемат като вариант. Така отрицателният механичен прираст предимно сред по-младото население (под средната и медианната възраст) към момента оказва както директно влияние върху възрастовата структура на населението сега, така ще е от значение в перспектива.

Старенето също все повече ще се дължи на намаляването на смъртността главно в по-високите възрасти. Това е разбираемо, защото там са най-високите вероятности за умирање. Отделните възрастови групи „допринасят“ в различна степен за намаляване на общите равнища на смъртност, респективно за увеличаване на очакваната продължителност на живота. Специфичните повъзрасови коефициенти за смъртност, изчислени от Евростат за периода 2015-2040г. показват, че смъртността няма да се промени или почти няма да се промени за възрастите между 1 и 44 г. при жените и от 1 до 49 г. при мъжете. Най-вероятно намаляването на разликата в очакваната продължителност на живота ще е резултат от спечелените години в по-високите възрасти. Смъртността се очаква да намалява по-стремително за възрастите след 70 г. възраст, най-интензивно във възрастите малко след 90 години. В най-високите възрасти повъзрасовите коефициенти на смъртност също намаляват, но с по-малка интензивност в сравнение възрастта 92-93 г.

Фигура 4. Изменение в повъзрасовите вероятности за умирање по пол, България, 2015-2040г.



Източник: Изчисления по данни на Евростат, базов вариант на проекцията <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

В резултат на намаляването на смъртността при по-възрастните и старите хора процесът на остаряване на населението ще продължи да се задълбочава откъм върха на пирамидата. Общо взето намаляването на смъртността над средната и медианната възраст на населението води до допълнителна интензификация на процеса на остаряване. Обратно, по-интензивното добавяне на години живот в по-младите възрасти допринася за подмладяване на структурата.

Отражение върху работната сила

Остаряването на населението води до изменение в структурата на активното население в трудоспособна възраст към нарастване дела на лицата в по-високи възрастови групи, означавано като демографско остаряване на работната сила. Изменението на структурата на активното население оказва влияние върху равнището на общата икономическа активност на населението. Данните, които Международната организация на труда е моделирала за България показват очакване за нарастване на повъзрастовите коефициенти на икономическа активност в бъдеще. Въпреки това общият коефициент на икономическа активност се очаква да падне с 3.2 п. п. и с 3.4 п. п. при жените. Това поставя сериозни предизвикателства пред политиките в бъдеще. От 2003 г. до 2016 г. вкл. България е регистрирала напредък в повишаването на коефициентите на икономическа активност с 4.1 п.п., като един от сериозните двигатели на този напредък е повишаването на коефициентите на икономическа активност при хората между 55 и 64 години. За същия период коефициентът на икономическа активност при тях е нараснал с 24.8 п. п. и в момента е 58.8 %.

Аналогични са изводите по отношение на коефициентите на заетост. Коефициентът на заетост 20-64 г. е нараснал значително от 2003 г. до 2016 г. (с 9.7 п. п.) и е достигнал 67.7 %, като до 2020 г. трябва да стигне 76 % според заложеното в Актуализираната стратегия по заетостта 2013 – 2020г. С други думи в рамките на четири години заетостта в тази възрастова група трябва да нарасне с почти толкова (8.3 п.п.), колкото е растяла от 2003 г. до сега, което е сериозно предизвикателство пред политиките.

Ефекти за пенсионната система в България

Остаряването въздейства върху пенсионните и осигурителни системи в две направления: чрез влияние върху броя и дела на вносителите на осигуровки и чрез изменението в броя и дела на получателите на плащания при възникване на осигурителния риск, както и чрез времето за получаване на тези плащания.



Източник: НОИ, Статистически справочник Демография, икономика и социално осигуряване 2015г. (динамични редове), НОИ и Актюерски доклад 2016г., 2017

В България то доведе преди близо 20 години до рязко увеличаване на броя на пенсионерите на сто осигурени лица. **Пенсионната система ефективно противодейства** на това с въвеждането на рестриктивни условия за получаването на право на пенсия. Въпреки това към днешния момент на всеки 100 осигурени лица се падат по 80 пенсионера. Това съотношение и като такова представлява предизвикателство, особено в страна с по-ниски доходи. С въвеждането на последните параметрични промени това съотношение ще се запази в средносрочен план, и дори в първите години ще намалее. В същото време поради сравнително бедното (в европейски план) население, системата страда от хроничен дефицит, поради което разчита на огромни трансфери от държавния бюджет: от 54.1 % през 2012 г. спада на 50.4 % през 2015 г. в консолидирания бюджет на ДОО (НОИ, 2013; НОИ,

2014; НОИ, 2015; НОИ, 2016) и се очаква, че ще продължи да намалява, като до 2020г. ще достигне 40.2 %.. които след 2030 г. (НОИ, 2017).

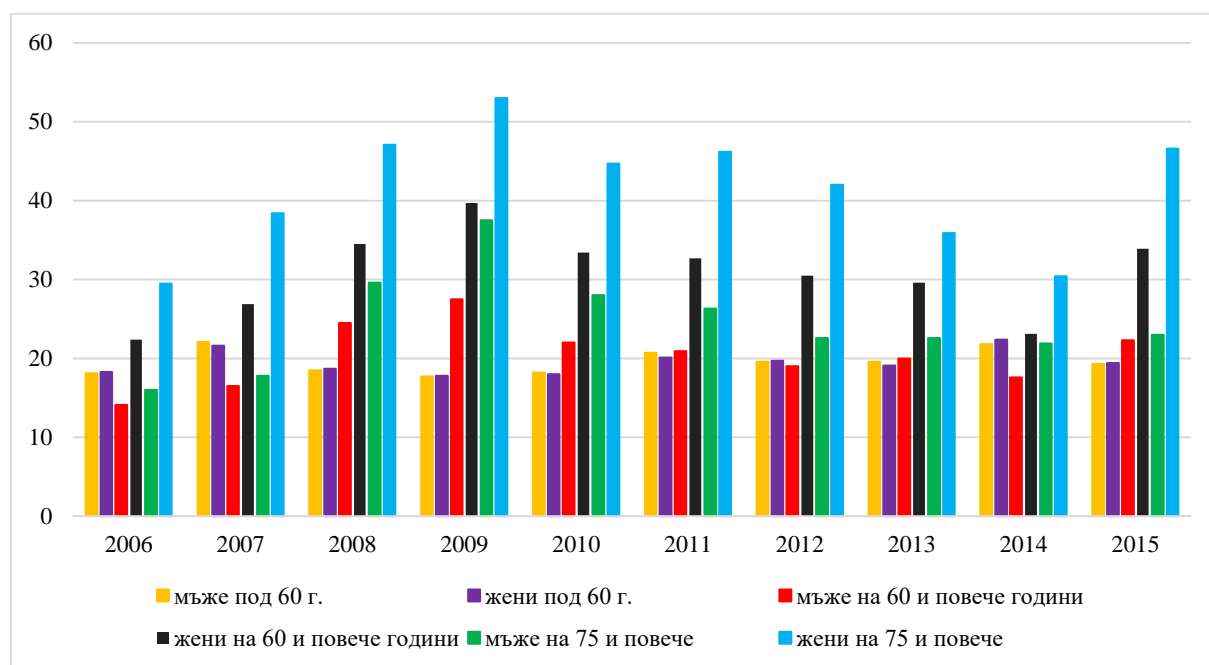
Успоредно с това бедността е възрастово определена и е отражение както на неадекватно ниското покритие на възникналите осигурителни рискове, така и на разликите в периодите на пенсиониране и условията, при които са се пенсионирали хората. Това води до неравенства вътре сред самите пенсионери, които не са продукт на техния избор, а на публичните политики. Най-същественят проблем е широкото разпространение на бедността сред възрастните жени.

Основното предизвикателство пред пенсионната система при тази ситуация е как да намери баланс между търсенето на решения за повишаване на доходите на пенсионерите, сред които бедността е широко разпространена и да запази своята стабилност в дългосрочен план.

Промени в социалните статуси

Социалните промени, които могат да настъпят в едно остаряващо общество се изследват главно от гледна точка на възрастните и старите хора, които са извън работната сила. Възрастното население се разглежда като пълноправен получател на благата, създадени от човечеството (включително от самите възрастни хора в продължение на техния живот) и обществените ангажименти към някои представители на тази група. В едно от направленията социалните проблеми се изследват в техния тесен смисъл – в по-късния етап от живота си хората променят доходния си статус. Според изследвания в някои страни има дългосрочна корелация между старостта и бедността и респективно между възрастовата структура на населението и богатството на нацията. В по-богатите райони (повисоки средни доходи и по-голям дял на домакинствата с високи доходи) преобладава население на средна възраст, а в по-бедните – стари хора и деца (Hoff, 2008). В България бедността е широко разпространена сред възрастните хора (фиг. 6).

Фигура 6: Дял на бедните хора* в България по възрастови групи и пол, 2006-2015 г. (%)**



Източник: Евростат, EU-SILC, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, достигнат през януари 2016г.

* относителен дял на хората, които живеят в домакинства с разполагаеми доходи след трансфери на еквивалентна единица под праг на бедността, изчислен като 60 % от медианния доход на еквивалентна единица

Бедността сред възрастните хора има специфики в зависимост от това дали хората живеят сами или не. За да илюстрираме това ще използваме данни на Евростат за една от променливите на материалните лишения.

Таблица 1: Дял на домакинствата, в които членовете не могат да си позволят да включват в менюто си месо всеки втори ден

Тип на домакинството	праг на бедност	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Един възрастен под 65 г.	с доход над 60 % от медианния на еквивалентна единица	62.3	51.3	34.2	23.7	39.4	40.4	44.6	50.8	41.7
Един възрастен на 65 и повече години		77.2	75.3	76.3	49.1	59.5	63.4	68.4	63.5	55.8
Двама възрастни под 65 г.		51.0	48.4	28.4	24.7	39.7	41.6	44.6	45.8	31.0
Двама възрастни, от които поне единия е на 65 и повече години		71.7	69.1	57.8	47.5	47.8	56.2	59.0	55.2	39.1
Един възрастен под 65 г.	с доход под 60 % от медианния на еквивалентна единица	91.5	80.1	86.2	81.6	89.8	87.7	84.1	89.6	73.0
Един възрастен на 65 и повече години		93.3	89.9	89.8	86.0	82.0	85.6	86.5	83.7	70.7
Двама възрастни под 65 г.		89.2	82.3	79.8	83.5	80.6	88.2	86.0	82.1	67.3
Двама възрастни, от които поне единия е на 65 и повече години		81.9	82.1	88.2	80.0	76.8	82.7	85.7	83.9	59.1

Източник: Евростат, <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, достигнато февруари 2016г.

Данните показват, че:

- ✓ Хората във висока възраст по-често от по-младите заявяват, че не могат да си позволят да се хранят с месо всеки втори ден;
- ✓ Очаквано хората, които разполагат с доходи под прага на бедност по-често не могат да си позволят това;
- ✓ В домакинствата, в които живее един човек невъзможността за пълноценно хранене се среща по-често в сравнение с домакинствата, в които живеят двама души (поради възможността да споделят част от другите си разходи);
- ✓ Делът на небедните хора, които изпитват подобно материално лишение е тревожно висок и сред възрастните и сред по-младите поколения;
- ✓ Докато сред бедните хора (с еднакъв брой членове в домакинство) се наблюдава, сходно разпространение на лишението от възможности за пълноценно хранене по възраст, то сред небедните има отчетливи различия между млади и стари (в някои години разликите в дела на материално лишените по този показател достигат 42 процентни пункта – 2008 г.). Това на практика означава, че доходите на небедните възрастни хора вероятно са концентрирани около прага на бедност (т.е. имат малка дисперсия), докато в по-младите възрасти това не е така. Това също означава, че небеден при хората под 65 г. действително отговаря съдържателно на това понятие, докато сред възрастните в много голям процент от случаите е спорно дали е така.

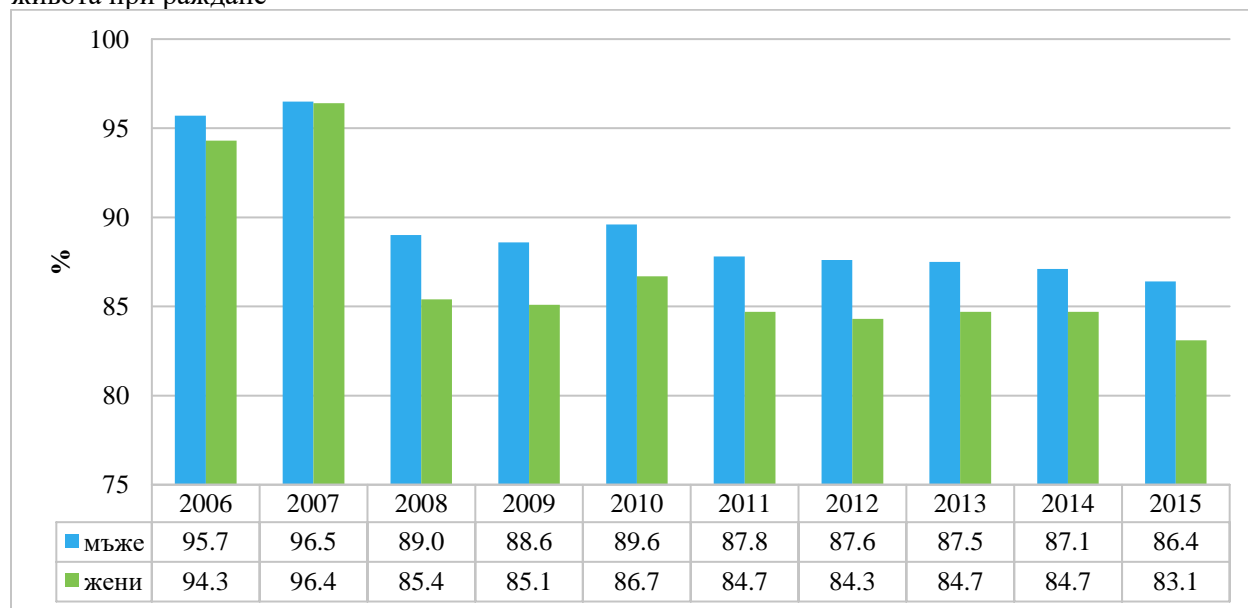
Наши предходни изследвания показаха, че при част от възрастните хора (най-старите) се наслагват няколко проблема, свързани с различни области на живота им: бедност, отдалеченост от градски центрове, където могат да получат медицинско или друг вид обслужване, достъп до лекарства (в някои села достъпът е затруднен), достъп до социални услуги, достъп до стоки от първа необходимост, достъп до друг вид стоки. Бедността, влошеният здравен статус, самотата от една страна и необходимостта от помощ при извършване на някои ежедневни дейности (организиране на ежедневието, пазаруване, приготвяне на храна и т.н.) съществуват успоредно. В този смисъл справянето с бедността сред възрастните не преминава единствено през решаването на доходни въпроси, а също чрез политики, които директно подобряват качеството на живот чрез услуги.

Ефекти за системите на здравеопазване и социални услуги

Ефектите за системите на здравеопазване и социални услуги са свързани с увеличаване на търсенето на подобни услуги поради растящия брой на хора със здравословни проблеми и хора, които не могат да водят независим живот. Промяната в здравния статус с нарастване на възрастта при увеличаване на дела на възрастните хора представлява предизвикателство пред капацитета на тези системи да обслужват пациенти/клиенти и получатели и пред държавните бюджети да отделят необходимите средства за подобно натоварване.

Слабото нарастване на очакваната продължителност на живота е съпроводено с намаляване на годините, прекарани в здраве. Не просто се увеличава средно броят на годините, които хората прекарват в болест, но това става с растяща стъпка за всяка следваща година. Ако през 2006 г. 97 % от живота на мъжете и 94 % от живота на жените е преминавал в здраве, то през 2016 г. те прекарват в здраве съответно едва 86 % и 81 % от живота си. Това означава нарастване на болестността, но вероятно е индикация също за нарастване на периодите, прекарани в зависимост поради лошо здраве в последните години от живота на хората.

Фигура 7: Съотношение на годините, прекарани в здраве към общата очаквана продължителност на живота при раждане



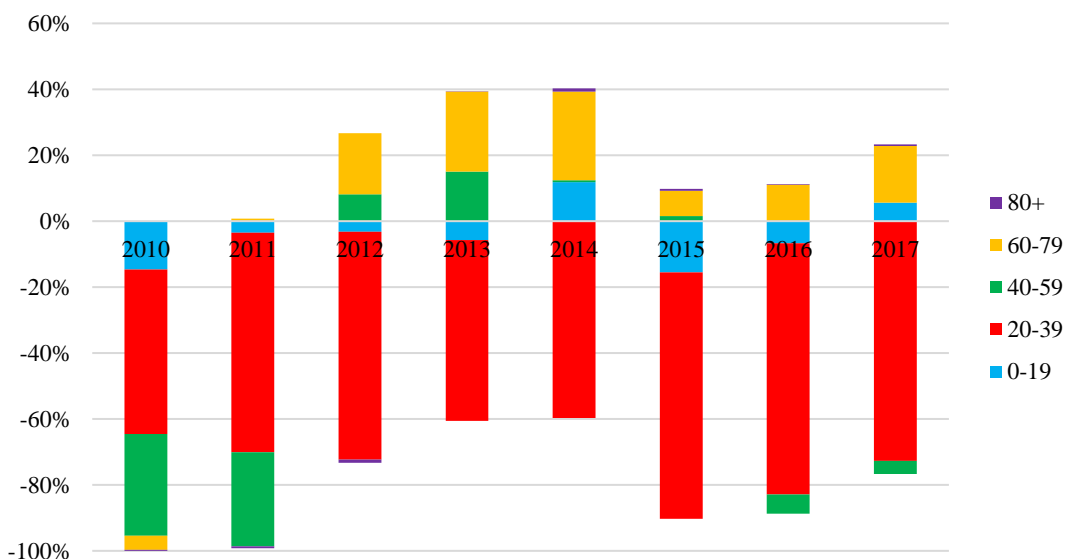
Източник: (Салчев, Тенденциите в демографското развитие. Детска и преждевременна смъртност на хората между 35 и 65 години, 2017)

Днес хората на 80 и повече години са 4.7 % (2016 г.). През 2030 г. се очаква те да бъдат с 2 п.п. повече (т.е. 6.7 %), а през 2050 г. вероятно ще са 10 % от населението на страната. Данните показват, че спечелените години живот в бъдеще ще са именно във възрастите 80 до 95 г., където в най-голяма степен ще намаляват вероятностите за умирање (фиг. 4) Данните показват също, че след навършване на 70 г. и още по-рязко след 80 г. възраст отчетливо се повишава делът на хората, които не могат да водят самостоятелен живот: сред хората между 80 и 84 г. възраст това са 33 %, а сред тези над 85 години са 44 % (близо 50 хил. души) – EHIS, 2014.

Макар и приблизителни, тези оценки ни дават представа, че с нарастването на възрастовите групи при запазване на сегашните повъзrastови пропорции между хора, които се нуждаят и хора, които не се нуждаят от помощ при извършването на ежедневните си дейности, броят на зависимите хора силно ще нарасне около 2030 – 2035 г. спрямо на броя на независимите.

От другата страна стоят възможностите на семействата да се грижат за своите близки. Грижите в семейството най-често се полагат от хората в зряла възраст. При отрицателно миграционно салдо основно сред хората под 39 годишна възраст, може да се очаква, че в следващите 15 години това ще се отрази към намаляване именно на кохортите в зряла възраст.

Фигура 8: Механичен прираст на населението по възраст, България, 2010-2017 г.



Източник: НСИ, достигнато на 07.10.2018 г.

Освен че съдейства директно за остаряване на населението, тази възрастова структура на емиграция е причина в България да останат все повече самотни възрастни хора, които вече или в бъдеще няма да могат да се грижат за себе си и няма да имат близки, които да се погрижат за тях.

Жените, които по-често в рамките на семействата се грижат за близки хора от мъжете от своя страна ще са все по-необходими на пазара на труда. В условията на остаряващо общество все по-важно ще бъде да се увеличава участието на пазара на труда на групите, в които е скрит най-много потенциал за това. Една от тези групи са жените. Този подход е припознат, както в европейските, така и в националните стратегически документи. Има поставени цели в рамките на политиките за заетост, в политиките за удължаване на трудовия живот чрез затягане на достъпа до пенсионни права именно по отношение на жените. Това е необходимо при настоящата и бъдеща демографска ситуация, но ще създаде и увеличава дефицита на хора, които да се грижат за своите близки в рамките на семейството.

В този смисъл компенсаторната роля на публичните политики, които да подпомагат хората, които имат нужда от дългосрочна грижа и техните семейства е критична. За все по-застаряващото население, ще бъдат необходими по-значителни публични разходи за дългосрочни грижи, тъй като възрастните хора ще съставляват най-бързо развиващата се социална група в обществото в близко бъдеще.

Системата на дългосрочна грижа в България – накратко за нейното състояние

Преди да пристъпя към анализ състоянието на дългосрочните грижи в България е необходимо да изясня какво ще разбирам под дългосрочни грижи. Въпросът не е лесен, тъй като в зависимост от възприетото определение ще варира и обхвата на изследване. Във Франция например при определянето на достъпа и обхвата на получатели на някои от услугите в рамките на т.нар. услуги за личността (които са по-широко понятие от дългосрочните грижи, но включват дългосрочните грижи) се използват два критерия – възраст и степен на зависимост⁴. Първият критерий може да отпадне в някои случаи и за

⁴ Под зависимост или зависимо състояние в текста, свързан с анализ на дългосрочните грижи ще разбирам липса на възможност за водене на самостоятелен живот.

някои услуги, а вторият е задължителен при определяне на съчетанието, пакета, който се предоставя на желаещите. В Германия възрастта не е определяща. Определяща е възможността, капацитета на човека да води самостоятелен живот или не. И в двете страни има въведена система за оценка на степента на зависимост на хората. Тези системи и индекси за оценка на степента на зависимост имат сходство с нашата система за оценка на степента на увреждане. Разликата е, че двете цитирани системи на запад са ориентирани към това от какви услуги ще се нуждае човека и са с повече степени, така че да може да се определи необходимия пакет от грижи за човека.

В България подобно на Германия от дефиницията за дългосрочна грижа отпада критерият възраст и остава неспособността за водене на самостоятелен живот. Дотолкова, доколкото вероятността за изпадане в зависимо състояние се повишава във висока възраст, дотолкова дългосрочната грижа обхваща по-често възрастните и старите хора. Оперативната дефиниция, която ще използвам заимствам от Националната стратегия за дългосрочна грижа *„Дългосрочните грижи съчетават широк набор от медицински и социални услуги за хора, нуждаещи се от помощ при основни ежедневни дейности поради хронични физически или психически увреждания. ... Дългосрочните грижи са на границата между медицинските и социалните грижи и обикновено се предоставят на хора с физически или психически заболявания, на възрастни хора и на определени групи хора, които имат нужда от помощ при изпълнение на ежедневните си дейности“* (МТСП, 2014)

В рамките на Националната стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020, когато се анализира състоянието на дългосрочната грижа в България се използват в съчетание възрастни хора и хора с увреждания. (МТСП, 2013)

Към момента не съм открила точни оценки на потребностите от дългосрочна грижа в България. В Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България 2012 г. - 2030 г. цитират данни за от резултатите от изследването на НСИ *„Съвместяване на работа със семеен живот“*, 2010 г. за броя на хората, които се грижат за зависими хора, но няма данни за броя на зависимите хора. (МТСП, 2012, стр. 43)

Вариант е да се оцени броя на хората с увреждания по възрастови групи и въз основа на него да се направят изчисления за бъдещи периоди. Подобен подход е използван при проекциите на Работната група по стареенето (Ageing Working Group - AWG) към Комитета

за икономическа политика (European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2011, стр. 234). Резултатите от тези проекции са публикувани в Отчета за изпълнение на Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България 2012 г. - 2030 г. за 2013 г. Проблемът е, че в рамките на дългосрочните грижи по дефиниция не влизат единствено хората с увреждания. Някой може да има нужда от топла храна или от помощ при пазаруване, или от помощ за домакинството и тоалета си. Не е задължително да имат регистрирано увреждане. Други хора може да имат регистрирано увреждане (например загуба на око), но да могат да водят самостоятелен живот. Трети е въпроса с регистрацията, критериите за регистрация и реалното състояние на човека, който е минал през ТЕЛК.

Евентуално по-малко изместена оценка може да се получи, ако от общия брой на хората се извадят тези, които работят (тъй като пак с условности може да се приеме, че те могат да водят самостоятелен живот), но в този случай извън оценката отново остават хората, които са зависими, но които не са се регистрирали като инвалиди. Поради тази причина данните за инвалидизацията в България не могат да дадат дори приблизително точна оценка на потребностите от дългосрочни грижи.

Опитах се да направя оценка въз основа на анонимизирани данни, предоставени от НСИ по изследването Европейско здравно интервю. С висока условност резултатите показват, че през 2014 г. 24 % от българите са били ограничени при извършване на ежедневните си дейности поради здравословен проблем. Ако се използва по-консервативен критерий и се вземат под внимание само хората, които са *силно* ограничени при извършване на обичайните си дейности, то тогава около 6 % от хората (малко под 400 хил. души) се нуждаят от една или няколко дейности по дългосрочна грижа.

Данните не позволяват да се определи с точност също покритието на здравно-социалните грижи за възрастни хора и за хора с увреждания в България. По данни за 2016 и 2017 г. на АСП и НЦОЗА приблизителното покритие от легла за дългосрочна грижа, места в специализирани институции за пълнолетни лица и капацитет на социалните услуги в общността е малко под 23 хил. Т.е. покритието е в размер на малко над 5% от необходимото.⁵ Ако се прибавят дейностите по оперативни програми за различни видове

⁵ Числата не са точни и се очаква да се променят през следващите няколко години. Националната програма за реформи (2015 г.) споменава общо 542 служби за възрастни хора в страната, обхващащи 18 707 души (т.е. по-

услуги в дома и по програма Асистенти на хора с увреждания, обхватът временно достига малко над 10 % покритие на потребностите, което остава крайно недостатъчно.

В България след началото на членството на страната в Европейския съюз терминът дългосрочна грижа навлезе широко. До скоро се използваше, а и все още в институционално отношение по-често се срещат термините социално подпомагане и в частност социални услуги за възрастни хора. В редица стратегически документи се използва терминът дългосрочни грижи (вече от доста години), а на равнище политики има отделно социални услуги и здравно обслужване. Това е симптом на друга по-важна необходимост. Има все още доста място за обвързване на заложените стратегически приоритети в областта на дългосрочната грижа и прилаганите политики в практиката.

Тенденциите, които започнаха и преди присъединяването си проправяха бавно път в остарялата и тромава система към деинституционализиране на услугите, индивидуализирането им, обвързването им с платена заетост на определени уязвими групи на пазара на труда (последната се оказа най-широкоприлагана идея). В системата предстои много работа, предизвикателствата са много и в напреднал стадий на развитие, а политиките значително изостават.

В последните години, въпреки продължителното и тромаво начало, има сериозно развитие, което подготвя тези политики към дългоочаквана последваща еволюция. Стартираха промени в няколко направления:

1) направиха се проучвания за състоянието на социалните услуги за възрастни и се разработиха предложения за нови стандарти в услугите в институции;

2) продължи деинституционализацията на услугите и ориентирането им към повече услуги в общността (Салчев, Развитие на стратегиите и политиката в областта на дългосрочните грижи в България, 2017);

3) стартира процес на децентрализация на политиките, който все още е на сравнително ранен етап от развитието си (Салчев, Развитие на стратегиите и политиката в областта на дългосрочните грижи в България, 2017);

ниска оценка. А проектът на здравната карта за 2017 г. планира да отвори 6230 нови легла за ДГ в цялата страна, т.е. 1.5 пъти повече от данните, с които разполагаме за 2016 г. Това е значително увеличение, но все още е много далеч от необходимото. Дори и да приемем, че основната част от грижите ще останат в семейството (неформални грижи) и капацитетът да се увеличава, това е крайно недостатъчно. А създаването на повече капацитет в системата ще изисква адекватно финансиране.

4) приложи се пилотен проект за организацията на интегрирани социално-здравни услуги в семейна среда в четири общини в област Враца, който според нас е от ключово значение за бъдещата организация на дългосрочните грижи;

5) направи се оценка на средната годишна издръжка на социално-здравна услуга в семейна среда;

6) разработи се и се утвърди национален стандарт за професията „Социален асистент“;

7) подготви се проект за Закон за физическите лица и мерките за подкрепа;

8) въведе се задължителната здравна карта с идеята да се трансформират част от болничните легла от остра за дългосрочна грижа и да се въвеждат три нови клинични пътеки за продължително лечение (Салчев, Развитие на стратегиите и политиката в областта на дългосрочните грижи в България, 2017);

9) дадени са заявки за реформиране на системата за оценяване и признаване на статуса на хората с увреждания.

Това, което не е направено, но за което вече има достатъчна степен на зрялост на системите е:

1) организирането и превръщането на дългосрочната грижа в отделна система, която да осигурява постоянна във времето интегрирана социално-здравна, включително психологична услуга с широко покритие на нуждаещите се на територията на цялата страна и достъпна за всички социални групи. Тя трябва да включва, както организиране и регламентиране на дейностите на нов тип домове за медико-социални грижи, както и по-рано представеното в изложението предложение за организация на дейността на мобилни социално-здравни центрове.

2) преодоляване на проблема с постоянно недофинансиране на дългосрочните грижи и намаляване на плащанията „от джоба“ чрез прехвърляне на организацията по финансиране (ако не изцяло, то поне частично) от системата на социално подпомагане към системата на обществено осигуряване, чрез въвеждане на осигурителни вноски;

3) превръщането на дългосрочната грижа в отделен правен институт и законовото регламентиране на ясни унифицирани стандарти за това какво е потребност от грижа; регламентиране на дейностите на домовете за медико-социални грижи; и отделно залагане в обща наредба на унифицирани стандарти за качество на услугите (включително стандарти

за гъвкавост и персонално подбрана грижа, за отношението и избягването на проблема със социалната дистанция при грижите);

4) стимулиране на създаването на отделни специалности и получаването на професионална подготовка за работа с възрастни хора и хора с увреждания в рамките на образователната система в средните училища, коледите и висшите училища по медицина;

5) създаването на браншови организации за работещите в сферата на дългосрочните грижи с цел допълнителната професионализация, повишаване на престижа и привлекателността на професиите, признаване на техния опит, достойно заплащане, контрол върху качеството на работата им;

6) стимулиране на практиките на планиране на старостта в областта на дългосрочните грижи, чрез въвеждането на законови регулации и организиране на информирането и консултирането на хората;

7) деинституционализация не чрез намаляване на броя на специализираните институции, за които и сега има винаги чакащи, а чрез увеличаване на услугите в семейна среда, близка до семейната среда или други услуги в общността, пред вид вероятния размер на потребностите от дългосрочна грижа: в момента има много чакащи за палиативна грижа и пациенти с психични разстройства, за които е подходяща основно грижа в специализирани институции. В същото време АСП започна процедура по закриване на специализирани институции, за които има оценка, че не отговарят на редица изисквания. Предложението ни е да не се закриват тези институции, а чрез съвместни усилия на МТСП и МЗ да се реформират в хосписи (ако е технически и архитектурно възможно), така че да се отговори на растящата нужда от подобни институции. Този подход е по-ефективен в сравнение с подхода закриване и след това търсене на подходящ сграден фонд и разкриване на нови институции.

8) подпомагане на семействата и близките, които полагат грижа за хората, които не могат да водят независим живот чрез остойностяване на неформалния им труд, признаването му за трудов и осигурителен стаж, поемането на осигуровките от страна на обществото (в най-добрия случай от акумулираните средства по фонд „Дългосрочна грижа“ в рамките на ДОО), финансови компенсации или възнаграждения, създаване на възможности да ползват платени и неплатени отпуски и т.н.

9) разработване на единна политика, ориентирана към превенцията на изпадането в подобни състояния на физическа невъзможност за самостоятелен живот.

Всичко изброено показва, че демографската ситуация изисква спешни мерки, които да започнат от днес за решаването на сложната задача по организиране на адекватна система за дългосрочни грижи. От една страна това е системата, в която предстои най-много работа по адаптиране към остаряването на населението в сравнение с всички останали системи, в които има постигнато поне по-адекватно покритие на услугите, както и по-често се наблюдава системност в предоставянето на услуги. Ограниченото време изисква най-концентрирани усилия в тази система, което я превръща в приоритетна през следващите години. От друга страна политиките са подготвили фундамента към дългоочаквана последваща еволюция.

Дискусия вместо заключение: някои важни решения за развитие на системата

През периода май 2017 – юни 2018 г. под ръководството на ИИНЧ, БАН екипи от учени от БАН, университетите и консултантите от практиката подготвиха комплекс от мерки в шест направления по проект „Мерки за преодоляване на демографската криза“ по поръчка на Министерски съвет. В рамките на група „Стареене, смъртност и качество на живот“ подготвихме 109 мерки в общо 10 работни пакета. Броят на мерките във всеки пакет се различава в зависимост от проблематиката, спешността на необходимите реформи, степента на зрялост и постигнатото до момента от политиките. В някои проблемни области предстои много работа, предизвикателствата са много и в напреднал стадий на развитие, а политиките значително изостават. Такава област е Дългосрочната грижа за възрастни хора и хора с увреждания. Поради спешността на необходимите реформи, тук са предложени най-много мерки, които са обособени в пет групи, а областта на въздействие според нас е приоритетна сред останалите. Може да се очаква, че всяка мярка ще има различен по обхват и дълбочина ефект върху социално-икономическата и демографската системи. Подчертавам, че мерките не случайно са групирани в пакети. Прилагането им заедно повишава възможността за положителен синергичен ефект, т.е. за по-висока резултатност. Взети по отделно някои от тях могат да имат дори неблагоприятен ефект върху системите.

С настоящия доклад бих искала да поставя началото на една важна и дълго отлагана дискусия за това как да бъде организирана дългосрочната грижа. Преди да бъдат реализирани така необходимите мерки за развитие на системата, е необходимо да се създадат условия за това. Поради това преди всички останали мерки трябва да бъде приложена най-спешната – организирането на финансирането на дългосрочната грижа.

Има редица аргументи в полза на това дългосрочната грижа да бъде изведена от системата на социалното подпомагане и услуги и да бъде прехвърлена в системата на социалното осигуряване. В момента това само е загатнато като вариант в Националната стратегия за дългосрочна грижа, но няма предвидени мерки в рамките на наскоро приетия План за дългосрочна грижа. А тази мярка би следвало да бъде приоритетна и въведена в най-кратки срокове, за да може системата да заработи до 2030 г. Представям някои от основните аргументи в полза на подобно решение.

На първо място в условията на неблагоприятни тенденции в демографските процеси и постоянно недофинансиране в ресора на социалното подпомагане, осигуряването за достойни старини няма разумна алтернатива. Ако проблемът негласно се negliжира и дългосрочна грижа остане в зоната на социалното подпомагане с прокарането на мерки за частични и незначителни подобрения, финансирането постоянно ще е под въпрос в зависимост от ограничените възможности на републиканския бюджет и несигурните, временно прилагани донорски програми с грантове от европейски фондове. (Славова, август, 2017)

Създаването на фонд „Дългосрочна грижа“ е част от преодоляване на проблема с постоянно недофинансиране на необходимия обхват на дългосрочните грижи и намаляване на плащанията „от джоба“. Последните механизми за финансиране на социалните услуги са претърпели значителни промени, насочени към постигане на финансова устойчивост. През 2008 г. бе въведена система от единни стандарти за финансиране на всички видове социални услуги - институциите и общността - делегирани от държавата. Средствата от националния бюджет за всички социални услуги (вкл. услуги в общността и специализирани институции за деца и възрастни), като държавни мандати, са значителни. От 2008 г. те се поддържат на едно и също ниво без значителни промени. Освен това съществуват целеви национални програми (например „Асистенти на хора с увреждания“, малък брой нискобюджетни проекти на общини проекти, които са финансирани МТСП. Социални услуги, финансирани

от самите общини (в рамките на техните бюджети). Това означава, че размерът и качеството на социалните услуги, предоставяни от местните власти, варират значително в зависимост от общинския бюджет. Останалите услуги са финансирани по различни оперативни програми. Това означава временен характер на услугите. (например, 17127 потребители са получили услуга „Личен асистент“ по проект „Нови възможности за грижа“, но за срок от 13 месеца.

На второ място концептуално е спорно дали дългосрочната грижа трябва да остане в социалните услуги, финансирани на общо основание, защото така тя предполага, че всички получатели на услуги са „социално слаби“, а в случая критерият е различен.

На трето място схемата ще даде възможност на хората, настанени в държавните и частните старчески домове и хосписи, получаващи грижа у дома да получават парична или под друга форма помощ/обезщетение от фонд „Дългосрочна грижа“, с която да заплащат за услугата, да ползват помощни средства, да подпомагат близките си, които са напуснали работа или са преминали на непълно работно време, за да се грижат за тях и т.н.

Не на последно място: във всички успешни системи се изповядват принципите на солидарността, в която публичните политики все повече и постепенно, но не задължително и с приоритет поемат част от отговорността за благоденствието на възрастните и старите хора в обществото като облекчават грижите в семейството и респективно намаляват неговото участие в отговорността за това благоденствие. Сред страните, които са сред най-успешните примери за прехвърляне на дългосрочната грижа в системата на осигуряване са Германия, Люксембург и Япония, Франция, Австрия.

В периода 15 март – 13 април 2018г. в рамките на проект „Мерки за преодоляване на демографската криза беше направено е анкетно проучване сред българското население на 18 и повече години на тема „Работна сила, миграции и стареене на населението“. Проучването подпомогна дефинирането и подбора на адекватни мерки в областта на дългосрочната грижа, здравната система, пенсионната система, политики за хората в края на трудовата кариера. Един от въпросите, които бяха зададени на респондентите беше свързан с представеното предложение за начините на финансиране на социалните и здравни услуги за възрастни хора и хора с увреждания.

Като цяло предложението за осигурителна система в дългосрочната грижа среща малка подкрепа от хората. Само 20.9 % подкрепят подобно решение. Най-много подкрепа

има за това дългосрочната грижа да се финансира изцяло от държавата – от данъците (31.4 %). Най-малка (но в рамките на разлика с извадкова грешка) подкрепа има за това, което се прави сега в системата – грижите да се финансират споделено от държавата чрез данъците и от получателите (19.4 %). Като цяло резултатите показват слаба култура и непознаване на проблематиката от населението: 28.4 % посочват, че не могат да преценят. Темата за финансирането на дългосрочните грижи все още не е влязла в обществения дебат и хората не са осмислили възможностите за нейното развитие, въпреки нейната важност. От друга страна темата за грижата за възрастни родители, роднини много по-често се припознава като значим проблем. Наложително е започването на публичен дебат, за да се развие обществена чувствителност по въпроса, което да постави основата на крайно необходима промяна, за да посрещне нашето общество спокойно настоящето и бъдещето.

Цитирани източници

- Alkire, S. (2002). Dimensions of Human Development. *World Development*, Vol. 30(No. 2), 181–205.
- Baltes P, S. J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology* 49(2), 123-135.
- Barnes, M., Blom, A., Cox, K., Lessof, C., & Walker, A. (2006). *The Social Exclusion of Older People: Evidence from the first wave of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)*. London: Queen’s Printer and Controller of Her Majesty’s Stationery Office.
- Becker, G. (1993). Nobel Lecture: The Economic Way of Looking at Behavior. *Journal of Political Economy*, 101(June), 385-409.
- European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs. (2011). *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG)*. Brussels: European Union.
- Hoff, A. (2008). *Final report of the research project “Tackling Poverty and Social Exclusion of Older People – Lessons from Europe*. Oxford: Working paper 308, Oxford Institute of Ageing.
- Larsson, K. (2007). The social situation of older people. *International Journal of Social Welfare* , 203-218.
- Malmberg, B. (2007). Demography and social development. *International Journal of Social Welfare*, 16, 21–34.
- Marmot, M. (2015). *The Health Gap. The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.
- Martins, O. J. (2006). *Projections of OECD Health And Long-Term Care Public Expenditures*. OECD Economics Department Working Papers, No. 477, ECO/WKP(2006)5. Извлечено от <http://www.oecd.org/dataoecd/57/>

- Salchev, P. (2014). Long-term care. От I. Neykov, & P. Salchev, *Pensions, health and long-term care* (стр. 18-23). European Commission, DG Employment, Social Affairs and Inclusion.
- Scharf, T., Phillipson, C., Kingston, P., & Smith, A. E. (2001). Social Exclusion and Older People: Exploring the Connections. *Education and Ageing*, 16(3), 303-320.
- Sen, A. (2005). Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development*, 6, (2), 151-166.
- Stiglitz, J. E., Sen, A., & Fitoussi, J.-P. (2009). *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. Извлечено от www.stiglitz-sen-fitoussi.fr
- United Nations, D. o. (2015). *World Population Prospects. The 2015 Revision. Key Findings and Advance Tables* (Том Working Paper No. ESA/P/WP.241.). New York: UN.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*. DVD Edition: UN.
- Visco, I. (2000). *Welfare systems, ageing and work: an OECD perspective*. Banca Nazionale del Lavoro Quarterly Review No. 210. OECD. Извлечено от <http://www.oecd.org/dataoecd/53/52/2407835.pdf>
- Владиминова, К. (2008). Основни резултати от емпирично изследване за приложението на гъвкавите форми на заетост в малките и средни предприятия в България. От К. и. Владиминова, *Гъвкавост и сигурност на заетостта в малките и средни предприятия в България* (стр. 135-159). София: ИК Шанс.
- Димитров, М., & Цветарски, С. (2015). Смъртност и продължителност на живота. От В. М.-М.-М. Щ. Щерионов, *Цели, приоритети и политики за изпълнение на стратегията за демографско развитие на Република България (Доклад, разработен по поръчка на заместник-министър председателя и министър на труда и социалната политика на Република България)*. София: <http://www.mlsp.government.bg/ckfinder/userfiles/files/politiki/demografaska%20politika/nacionalni%20strategicheski%20>
- Златанов, С. (2003). *Остаряване на населението в България. Демографски аспекти, социално-икономически последици*. Непубликуван и защитен дисертационен труд.
- Йотова, Л. (2004). *Икономка на благосъстоянието. Теория и практика в условията на преход към пазарно стопанство в България*. София: Университетско издателство «Стопанство» на УНСС.
- Марикина, М. Т. (2006). *Конкурентоспособност и благосъстояние. Теоретикоприложни аспекти в развитите пазарни стопанства* (1-во изд.). София: Университетско издателство "Стопанство".
- МТСП. (2012). *Актуализирана национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България 2012 г. - 2030 г.* София: МТСП.
- МТСП. (2013). *Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020*. София: МТСП.
- МТСП. (2014). *Националната стратегия за дългосрочна грижа*. София: МТСП.

- НОИ. (2013). *Държавно обществено осигуряване през 2012 г.* . София: НОИ.
- НОИ. (2014). *Държавно обществено осигуряване през 2013 г.* . София: НОИ.
- НОИ. (2015). *Държавно обществено осигуряване през 2014 г.* . София: НОИ.
- НОИ. (2016). *Държавно обществено осигуряване през 2015 г.* . София: НОИ.
- НОИ. (2017). *Актьорски доклад 2016г.* . София: НОИ.
- Ролс, Д. (1999). *Политическият либерализъм*. София: Обсидиан.
- Салчев, П. (2017). *Развитие на стратегиите и политиката в областта на дългосрочните грижи в България*. София: В непубликуван доклад на Работна група „Смъртност, стареене и качество на живот“ по проект „Мерки за преодоляване на демографската криза“.
- Салчев, П. (2017). *Тенденциите в демографското развитие. Детска и преждевременна смъртност на хората между 35 и 65 години* . София: В непубликуван доклад на Работна група „Смъртност, стареене и качество на живот“ по проект „Мерки за преодоляване на демографската криза“.
- Световна банка. (2013). *Смекчаване на икономическото въздействие на застаряването на населението: Възможни варианти за България*. Световна банка.
- Славова, З. (август, 2017). *Организиране на дългосрочна грижа в осигурителната система в България за пенсионери във висока възраст в зависимо състояние*. София: Непубликуван доклад по проект "Мерки за преодоляване на демографската криза".
- Тошкова, С. (2005). *Социалните предизвикателства в икономическата теория – преоценка на либералната парадигма*. София: УИ “Стопанство”.
- Черкезова, С. (2012). *Политики за включване на възрастните хора в икономическия и социалния живот*. София: Непубликуван дисертационен труд.
- Шопов, Г. и. (2006). Фактори за прилагане на гъвкави форми на пенсиониране и насърчаване на заетостта на възрастните лица, Бюлетин на НОИ. *Бюлетин на НОИ* 6, 1-56.