

На правах рукописи

**АНТРОПОВ ВЛАДИСЛАВ ВЛАДИМИРОВИЧ**

**ЭКОНОМИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ СОЦИАЛЬНОЙ  
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ В ГОСУДАРСТВАХ ЕС**

Специальность 08.00.14 - Мировая экономика

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора экономических наук

Москва - 2007 г.

Диссертация выполнена на кафедре экономической теории Московского государственного технического университета им. Н.Э.Баумана

Научный консультант: доктор экономических наук, профессор  
Осьмова Маркиана Николаевна

Официальные оппоненты: доктор экономических наук, профессор  
Жильцов Евгений Николаевич

доктор экономических наук, профессор  
Сабельников Леонид Владимирович

доктор экономических наук, профессор  
Халова Гюльнар Османовна

Ведущая организация: Институт Европы Российской академии наук

Защита состоится 25 октября 2007 г. в 15 час. 15 мин. на заседании диссертационного совета Д 501.002.03 в Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова по адресу: 111991, ГСП-1, Москва, Ленинские горы, МГУ им. М.В.Ломоносова, II корпус гуманитарных факультетов, экономический факультет, ауд. 1.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке им. А.М. Горького II корпуса гуманитарных факультетов МГУ им. М.В.Ломоносова.

Автореферат разослан “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2007 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета

С.В.Пенкина

## I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** В конце XX в. социальная защита населения стала основным атрибутом социальной политики любого цивилизованного государства. Задача большинства систем социальной защиты состоит в поддержании стабильности доходов людей, предоставлении равного доступа к медицинской помощи и оказании необходимых социальных услуг. Как организованная система она существует во многих странах мира. В экономически развитых государствах социальная защита является важнейшей частью национальной экономики, затраты на которую сегодня составляют более четверти валового внутреннего продукта. Наиболее развитые системы социальной защиты имеют страны Европейского союза. Именно в них появились и получили развитие первые социальные программы. Благодаря системам социальной защиты современные европейские экономики получили название социально-ориентированных. Как показывает опыт западно-европейских государств, существование продуманной системы социальной защиты, охватывающей всех граждан, не только приводит к улучшению их благосостояния, расширяет и укрепляет трудовые ресурсы страны, но и способствует экономическому росту и стабилизации политической и социальной ситуации в стране. Тем самым социальная защита оказывает позитивное влияние на общество, содействуя социальному согласию и обеспечению общего чувства социальной защищенности среди его членов.

Определяющее влияние на системы социальной защиты в странах ЕС оказывают современные демографические тенденции (падение рождаемости ниже уровня естественного воспроизводства населения и его старение), усиление европейской интеграции и экономической глобализации. Это вызывает необходимость поиска в странах Евросоюза новых путей для достижения оптимального соотношения между экономическими и социальными составляющими общественного развития, которые позволили бы избежать конфликта между приоритетами экономического развития и принципами социальной справедливости. С этой точки зрения представляется интересной оценка наиболее эффективных вариантов модернизации существующих систем социальной защиты в странах ЕС на примере отдельных их программ (пенсионного обеспечения, медицинского страхования и обслуживания, социальной помощи).

В Конституции Российской Федерации зафиксировано, что Россия является правовым социальным государством. Словом “социальное” подчеркивается то обстоятельство, что такое государство призвано осуществлять политику, направленную на обеспечение определенного уровня благосостояния всех своих граждан, поддержку социально слабых групп населения и утверждение в обществе социальной справедливости. Неотъемлемой частью социального государства является система социальной защиты населения, необходимая для реализации материального благополучия граждан, содействия социальному согласию и солидарности в обществе. Перед Россией стоит задача создания такой системы социальной защиты, которая смогла бы достаточно быстро и качественно поднять уровень жизни социально неблагополучных групп населения и в то же время не оказывать сдерживающего влияния на развитие экономики. Решение этой задачи может быть найдено в создании гибких, способных быстро адаптироваться в новых экономических условиях программ социальной защиты, основывающихся на лучших мировых достижениях и учитывающих национальные особенности развития.

Поставленная в России задача создания социально-ориентированной рыночной

экономики требует осмысления характера развития и специфики функционирования систем социальной защиты в других странах. Такое осмысление может помочь определить пути дальнейшего развития этого института в России. Переходное состояние системы социальной защиты нашей страны открывает благоприятные возможности для использования наиболее удачных и эффективных примеров из опыта социально-экономического развития отдельных стран. Поэтому исследование опыта стран Евросоюза в области формирования, организации и функционирования социальной защиты населения представляется актуальным для современной России. Это связано, с одной стороны, с многообразием моделей и подходов к социальной защите, накопленных в этих государствах в течение длительного времени, которые позволяют учитывать положительные элементы такого опыта, а с другой - общностью исторических, социальных и культурных оснований России и европейских стран. Наиболее верным подходом был бы учет и использование достоинств не столько зарубежных моделей в целом, сколько отдельных, прошедших успешную апробацию на практике, элементов этих моделей.

**Степень разработанности проблемы.** Исследования проблем социальной защиты населения как одной из комплексных систем развитой рыночной экономики занимают важное место в работах многочисленных ученых и практиков в экономически развитых странах, в деятельности Международной организации труда, Европейского союза, Совета Европы, международных финансовых организаций, таких как Международный банк реконструкции и развития, Международный валютный фонд. Исключительно вопросами социальной защиты занимается Международная ассоциация социальной защиты. Наиболее пристальное внимание к проблемам социальной защиты приходится на 1970 - е - начало 1980-х годов, когда вопросы социальной политики и социальной защиты рассматривались как один из важнейших элементов теории социального государства. Это было связано со значительным ростом социальных расходов в общей структуре ВВП многих европейских стран, поэтому многие специалисты считали этот показатель основным в построении теорий "социального государства". Это способствовало развитию систем социальной защиты в этих странах, основанному на учете взаимосвязей, существующих между отдельными элементами самих систем социальной защиты, а также с учетом конкретной социально-экономической ситуации. И несмотря на то, что национальные системы социальной защиты во всех странах с рыночной экономикой еще далеки от совершенства, их развитие не в последнюю очередь определяется достаточно высоким уровнем профессионализма специалистов, которые занимаются формированием политики в данной сфере.

Общетеоретические основы формирования и развития социального государства и системы социальной защиты населения заложены в работах классиков экономической мысли - А.Смита, Дж.Кейнса, Ф.Хайека, М.Фридмена, Дж.Бьюкенена. В частности, проблема государственного контроля над системой социальной защиты нашла свое отражение в работах сторонников неоклассического воззрения А.Маршалла, А.Пигу. Модель социального маневрирования доходами населения и активного вмешательства государства в вопросы регулирования социальной защиты раскрыты в исследованиях Дж.Кейнса. Отдельные положения экономической теории благосостояния представлены теорией экономической оптимальности В.Парето. Соотношение социальной справедливости с категориями равенства и свободы исследовались М.Фридменом и Дж.Ролзом. Проблемы становления и развития "социального рыночного хозяйства", основой существования которого было положение о том, что правительство должно уравнивать требования экономической свободы, эффективности и роста, с одной стороны, и потребность в

социальной справедливости при распределении доходов, с другой, рассматривали в своих работах А.Мюллер-Армак, В.Ойкен, Л.Эрхард. Вопросы социальной защиты получили достаточно серьезную разработку также в работах таких известных экономистов, как У.Беверидж, Г.Аарон, Г.Эспинг-Андерсен, А.Аткинсон, П.Пирсон, Дж.Стиглиц, В.Шмаль, М.Г.Шмидт и других. На сегодняшний день внимание многих зарубежных специалистов в области социальной защиты сосредоточено на поиске новых путей для достижения оптимального соотношения между экономическими и социальными составляющими общественного развития, которые позволили бы избежать конфликта между приоритетами экономического развития и принципами социальной справедливости.

Исследования в области социальной защиты нельзя назвать традиционными для отечественной науки, что можно объяснить тем, что в настоящее время только начинает складываться научное направление, для которого характерно комплексное изучение вопросов организации, финансирования и управления системой социальной защиты в российских условиях. Это нашло отражение в работах таких ведущих специалистов в этой области, как Бабич А.М., Егоров Е.В., Жильцов Е.Н., Кадомцева С.В., Роик В.Д., Ракитский Б.В., Седова М.Л., Слезингер Г.Э., Якушев Л.П. Наряду с перечисленными учеными значительный вклад в период перестройки и кардинальных рыночных реформ в развитие теории и практики рынка труда, занятости и защиты от безработицы внесли Зущина Г.М., Заславский, И.Е., Плакся В.И., Ржаницына Л.С. и др. Исследованию способов и направлений реализации социального государства в России посвящены работы Гриценко Н.Н., Волгина Н.А., Гонтмахера Е.Ш., Калашникова С.В., Торлопова В.А. и др. Необходимо отметить труды по общим проблемам мировой экономики, глобализации и региональной экономической интеграции таких ведущих российских экономистов, как Борко Ю.А., Глухарев Л.И., Железова В.Ф., Ильин М.С., Колесов В.П. Некипелов А.И., Кулаков М.В., Осьмова М.Н., Фаминский И.П., Шемятенков В.Г., Шенаев В.Н., Чибриков Г.Г., которые оказали большую помощь при формировании научной концепции диссертации.

Несмотря на наличие работ, посвященных проблемам социальной защиты населения, зарубежный опыт социальной защиты исследовался явно недостаточно. Прежде всего это касается организации социальной защиты в государствах Европейского союза. Важность изучения этого опыта предопределяется следующими обстоятельствами. Во-первых, в экономически развитых странах ЕС накоплен наиболее богатый опыт организации и совершенствования социальной защиты, во-вторых, этот опыт характеризуется многообразием моделей и подходов к социальной защите, сосуществующих в рамках Европейского союза, что дает возможность использовать наиболее удачные, соответствующие российской специфике элементы этих моделей. Таким образом, несмотря на наличие исследований в данной области, проблему исследования зарубежного опыта социальной защиты и возможностей его использования в России следует признать недостаточно разработанной, что и предопределило выбор темы диссертационного исследования.

**Цель и задачи исследования.** Целью диссертационной работы является разработка теоретических основ социальной защиты населения в странах Европейского союза и комплекса предложений, касающихся основных направлений реформирования системы социальной защиты в России на основе анализа экономических моделей социальной защиты населения в государствах ЕС.

Реализация поставленной цели потребовала решения следующих задач:

- раскрыть сущность и роль социальной защиты населения в процессе

общественного воспроизводства, определить принципы организации социальной защиты;

- выявить существующие теоретические подходы к формированию социальной защиты населения;
- установить основные этапы эволюции систем социальной защиты населения в ЕС и факторы, оказавшие воздействие на их формирование в различных странах ЕС;
- определить специфику европейской интеграции в области социальной защиты;
- дать классификацию основных концепций и экономических моделей социальной защиты в ЕС;
- обобщить опыт организации и функционирования экономических моделей социальной защиты населения в странах Европейского союза;
- провести сравнительный анализ программ социальной защиты в государствах ЕС и разработать методологические подходы к классификации следующих программ социальной защиты в странах ЕС: пенсионного обеспечения, медицинского страхования и обслуживания, страхования по безработице, страхования от несчастных случаев на производстве и социальной помощи;
- выявить факторы, воздействующие на формирование системы социальной защиты населения в России;
- разработать рекомендации по развитию приоритетных направлений развития системы социальной защиты населения в России.

**Объект и предмет исследования.** Объектом исследования являются экономические модели социальной защиты населения стран Европейского союза как комплексные системы, взятые в их историческом развитии. Предметом исследования являются социально-экономические факторы и закономерности, обуславливающие современное состояние и определяющие направления развития и совершенствования экономических моделей социальной защиты в ЕС.

**Теоретические и методологические основы исследования.** Теоретической базой исследования являются труды классиков экономической теории, работы ведущих российских и зарубежных ученых и практиков в области формирования и регулирования социальной защиты населения.

Методологическая основа работы определялась характером предмета, целью и задачами исследования. В работе применялись методы системного и сравнительного анализа, качественной и количественной оценки рассматриваемых явлений, статистической обработки эмпирических данных и графической интерпретации исследуемых процессов.

**Информационная база.** Информационной базой исследования, обеспечивающей достоверность выводов, явились данные монографических изданий и периодической печати, материалы официальной государственной статистики, законодательные и нормативные акты РФ, регулирующие отношения в области социальной защиты населения, программные, прогнозные, аналитические и концептуальные материалы; статистические, аналитические и законодательные материалы зарубежных государств, директивы Европейского союза по вопросам социальной политики и социальной защиты, конвенции и рекомендации Международной организации труда (МОТ), материалы Международной ассоциации социальной защиты, аналитические материалы и разработки автора, полученные в ходе научно-образовательной деятельности в вузе, а также во время научных стажировок за рубежом.

Эмпирической базой исследования являются основные характеристики национальных систем социальной защиты в их историческом развитии. Работа основана на изучении систем социальной защиты зарубежных стран и российской

системы социальной защиты.

**Научная новизна диссертации** представлена следующими положениями и выводами:

- дана авторская трактовка понятия “социальная защита населения” с учетом опыта организации социальной защиты населения в странах ЕС. В отличие от существующих зарубежных и отечественных теоретических подходов, трактующих социальную защиту либо достаточно широко и включающих в нее социальное страхование, социальную помощь, а также ряд других крупных элементов жизнедеятельности - получение образования, семейные пособия, обеспечение жильем, либо слишком узко - как обеспечение минимального дохода на уровне прожиточного уровня, понятие социальной защиты населения определяется как система управления социальными рисками с целью компенсации ущерба, снижения или предупреждения их воздействия на процесс расширенного воспроизводства населения;
- на основе предложенной новой классификации базовых принципов организации социальной защиты населения в ЕС (принципы социального страхования, социального обеспечения и вспомоществования), учитывающей общие признаки национальных систем социальной защиты и виды покрытия социальных рисков, сформулирован новый подход к анализу систем социальной защиты государств ЕС, состоящий в возможности сегментирования этих систем с целью выявления их сущностных качеств;
- определены закономерности эволюции систем социальной защиты в странах ЕС: от первоначальных форм религиозной социальной помощи и добровольных страховых касс до национальных систем социальной защиты, создаваемых и регулируемых государством. Доказано, что последовательность введения систем обязательного социального страхования в странах ЕС (медицинское страхование, пенсионное страхование, страхование от несчастных случаев, страхование по безработице) обусловлена двумя факторами - степенью сложности организации этих систем и их соответствием принципам либеральной рыночной экономики;
- выявлен комплекс факторов, определяющих функциональные особенности национальных систем социальной защиты стран ЕС. Среди них: добровольность или обязательность социального страхования, уровень государственного участия, степень охвата населения услугами социальной защиты, объем предоставляемых социальных услуг и выплат, характер перераспределения доходов на цели социальной защиты, условия получения социальных услуг;
- дана авторская классификация пенсионных систем в странах ЕС, основанная на выделенных в исследовании признаках: степень охвата населения пенсионным обеспечением, условия, необходимые для получения права на пенсию, источники финансирования. На основании данных критериев в диссертации выделены две модели пенсионного обеспечения в странах ЕС: универсальная и страховая;
- проведена систематизация основных инструментов реформирования пенсионного обеспечения, используемых правительствами стран-членов ЕС для преодоления демографических и финансовых проблем, характерных для национальных пенсионных систем: повышение возрастной границы выхода на пенсию и увеличение необходимого страхового стажа, изменение порядка индексации пенсионных выплат, стимулирование развития дополнительных профессиональных накопительных пенсионных программ и схем

- индивидуального пенсионного страхования, уменьшение коэффициента замещения, увеличение страховых взносов и модернизация базы их исчисления;
- выявлены и систематизированы специфические характерные черты действующих в ЕС моделей финансирования здравоохранения. Для системы национального здравоохранения это: равенство доступа к медицинским услугам всех граждан страны, низкий уровень административных издержек, возможность сдерживания государством расходов на медицинское обслуживание с помощью макроэкономических методов. Для системы страховой медицины: децентрализованный характер управления системы с помощью некоммерческих страховых фондов, адресность и целевой характер медицинской помощи, возможность страховщиков и застрахованных осуществлять контроль за использованием страховых средств и качеством медицинской помощи, прозрачность финансирования;
  - предложена авторская классификация национальных систем страхования по безработице в странах ЕС. Классификация базируется на выделении в структуре пособий по безработице в странах ЕС двух частей: страховой части пособия и помощи по безработице. На этом основании выявлено три типа национальных систем поддержки по безработице в ЕС: 1) только страхование по безработице, 2) страхование по безработице и помощь по безработице, 3) страхование по безработице и социальная помощь, предоставляемая по окончании выплаты страхового пособия;
  - сформулированы предложения по модернизации современной системы социальной защиты в России с учетом опыта стран ЕС: 1) усиление страховых механизмов финансирования социальной защиты при трехканальном формировании страховых фондов за счет взносов работников, работодателей и государства. Такой метод финансирования обеспечивает совместную ответственность участников за предупреждение и компенсацию рисков, совместное управление и контроль страховых фондов. 2) стимулирование систем социальной защиты, построенных на принципе адресности отдельных социальных программ (например, программ социальной помощи) как способа разрешения финансовых трудностей в организации социальной защиты. В свою очередь, адресность предоставляемых социальных услуг требует создания нормативной базы и технического обеспечения в виде системы индивидуального учета социально неблагополучных домохозяйств (как это практикуется в ЕС) путем введения единого номера социальной помощи;
  - с учетом анализа вариантов решения пенсионных проблем в странах ЕС разработаны рекомендации по совершенствованию российской системы пенсионного обеспечения, а именно: 1) развитие программ негосударственного пенсионного страхования; 2) оптимальное сочетание распределительного и накопительного принципов финансирования пенсионной системы с помощью: приоритетного использования распределительных принципов при формировании базовых пенсионных схем, применения накопительных принципов в пенсионных системах второго и третьего уровней и повышения устойчивости финансового рынка России; 3) расширение налоговой базы для финансирования пенсионного обеспечения за счет: увеличения доли федерального и регионального бюджетов в финансировании пенсионной системы, увеличения заработной платы работников в бюджетной сфере и минимальной заработной платы, повышения мотивации работодателей к уплате страховых взносов за счет усиления страхового принципа в пенсионном обеспечении, отмены регрессивного характера единого социального налога. 4) информационная прозрачность

- пенсионной реформы;
- сформулированы предложения по реформированию отечественной модели обязательного медицинского страхования с учетом организации медицинского страхования в странах-членах ЕС, которые заключаются в следующем: 1) установление единой организационно-финансовой модели ОМС; 2) изменение концептуальной основы финансирования системы ОМС, что, в частности, может быть достигнуто путем повышения части ставки ЕСН, направляемой на ОМС и перехода на принцип семейного страхования; 3) введение системы паритетного участия работодателя и работника в финансировании обязательного медицинского страхования; 4) развитие программ добровольного медицинского страхования.

**Практическая значимость исследования.** Практическая значимость работы заключается в возможном использовании ее результатов для дальнейшей разработки теоретических положений, касающихся вопросов социальной политики и социальной защиты населения. Положения, выводы, информационные базы данных и практические предложения могут быть использованы в практике организации системы социальной защиты населения в России. Результаты проведенного исследования могут быть применены федеральными и региональными ведомствами при формировании и реализации государственных мер социальной защиты, федеральных и региональных программ социальной поддержки населения, а также страховыми организациями в решении задач организации и управления системами социального страхования граждан.

Материалы диссертации могут быть использованы при подготовке и чтении курсов мировой экономики, экономики труда, социальной политики и экономической теории, а также в разработке учебно-методических материалов по проблемам социальной политики и социальной защиты.

**Апробация результатов диссертации.** Работа прошла апробацию на кафедре экономической теории факультета “Инженерный бизнес и менеджмент” МГТУ им. Н.Э.Баумана и на кафедре экономики зарубежных стран и внешнеэкономических связей экономического факультета МГУ им. М.В.Ломоносова. Основные результаты и выводы диссертации использовались автором в лекционных курсах, читаемых на факультете “Инженерный бизнес и менеджмент” в МГТУ им.Н.Э.Баумана и на экономическом факультете университета г.Аугсбург (ФРГ) в 2003 г.

Основные положения диссертации отражены в 18 научных публикациях общим объемом 43,5 п.л., в том числе в двух монографиях и 15 статьях, опубликованных в изданиях, рекомендованных ВАК.

Исследования диссертанта получили финансовую поддержку зарубежных научных фондов (фонда Ханнса Зайделя и Немецкой службы академических обменов).

**Структура диссертации** Работа состоит из введения, четырех глав, заключения, списка использованных источников и литературы и приложения.

## Введение

### Глава 1. Теоретические основы социальной защиты населения.

1. Социальная защита населения как экономическая категория, ее основные принципы и задачи
2. Теоретические подходы к формированию социальной защиты населения: соотношение между социальной справедливостью и экономической эффективностью
3. Эволюция систем социальной защиты в Европе
4. Социальная защита и экономическая интеграция: механизмы взаимодействия
5. Основные концепции и модели социальной защиты

### Глава 2. Основные экономические модели социальной защиты населения в странах Европейского союза.

1. Континентальная модель социальной защиты (Германия, Франция)
2. Англосаксонская модель социальной защиты (Великобритания)
3. Скандинавская модель социальной защиты (Швеция)
4. Южно-европейская модель социальной защиты (Италия)

### Глава 3. Сравнительный анализ программ социальной защиты населения в государствах ЕС.

1. Пенсионное обеспечение
2. Медицинское страхование
3. Страхование по безработице
4. Страхование от несчастных случаев на производстве
5. Социальная помощь

### Глава 4. Формирование системы социальной защиты населения в России с использованием опыта стран ЕС.

1. Особенности функциональной организации системы социальной защиты населения РФ и направления ее модернизации
2. Совершенствование российской системы пенсионного обеспечения
3. Направления реформирования отечественной модели обязательного медицинского страхования

## Заключение

## Источники и литература

## Приложение

## II. ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Содержание понятия “социальная защита населения” и необходимость социальной защиты в современной рыночной экономике

Социальная защита населения - достаточно новое понятие, появившееся в отечественной экономической литературе сравнительно недавно, с началом перехода России от плановой экономики к рыночному хозяйству. Анализ категории социальной защиты позволяет сделать вывод, что, во-первых, понимание социальной защиты в России и за рубежом часто носит политизированный характер и зависит от конкретной социально-экономической ситуации. Во-вторых, несмотря на развитие социальной защиты в современной России, она пока не принята общественным сознанием в качестве самостоятельного социального института. По этой причине до настоящего времени содержание понятия “социальная защита” не получило окончательного определения. Это проявляется в неустойчивости и противоречивости подходов к решению этого вопроса в отечественной литературе.

В качестве предмета социальной защиты необходимо рассматривать прежде всего социальные риски. С помощью системы различных мер, входящих в систему социальной защиты государство управляет социальными рисками с целью компенсации ущерба, способствует снижению или предупреждению их воздействия на процесс расширенного воспроизводства населения.

*Таким образом, социальная защита населения - это система управления социальными рисками с целью компенсации ущерба, снижения или предупреждения их воздействия на процесс расширенного воспроизводства населения. Как социально-экономическая категория социальная защита представляет собой отношения по перераспределению национального дохода в целях обеспечения установленных социальных стандартов жизни для каждого человека в условиях действия социальных рисков.*

Большинство систем социальной защиты включают в себя следующие основные составные элементы:

- пенсионное страхование (по старости, инвалидности, потери кормильца);
- медицинское страхование;
- страхование от несчастных случаев на производстве;
- страхование по безработице.

В зарубежной и отечественной исследовательской литературе такие системы обозначаются как системы социального страхования. Однако, по мнению автора, это наименование представляется двусмысленным, поскольку не все части систем социальной защиты основываются на принципе социального страхования. К системе социальной защиты наряду с приведенными выше элементами принадлежат также социальная помощь и социальные трансферты в рамках жилищной, образовательной и семейной политики. В реальной практике существуют все перечисленные виды социальной защиты населения, однако определяющей формой из них в условиях рыночной экономики является обязательное социальное страхование.

Необходимость государственной социальной защиты обуславливается рядом факторов. Во-первых, это особенность организации современной рыночной экономики, в которой значительное число его членов являются наемными работниками. Поэтому в отличие от доиндустриальной аграрной экономики временная или длительная утрата трудоспособности в организованном на основе

рыночного разделения труда и профессиональной специализации обществе может привести к потере трудящимися источников существования. Во-вторых, невозможность современной семьи из-за небольшого числа ее членов служить неформальным институтом защиты против социальных рисков. В-третьих, невозможность удовлетворительной социальной поддержки со стороны церковных, коммунальных, общественных или благотворительных организаций. Разумеется, существование таких институтов, действующих на локальном уровне, можно рассматривать как дополнительный, но не основной вид социальной защиты. В-четвертых, снижение социальных рисков путем добровольного личного страхования невозможно для большинства граждан, поскольку такое страхование предусматривает достаточно высокие страховые взносы. В отличие от добровольного личного, обязательное (государственное) социальное страхование охватывает большинство населения с разным уровнем доходов. В-пятых, чрезвычайно важным в условиях современной экономики является страхование рисков, не всегда охватываемых частными программами, например таких, как безработица и инфляция. По этой причине государственные социальные программы могут стать единственными, способными противостоять циклическим колебаниям. Последним фактором, обуславливающим необходимость государственной социальной защиты, является то, что отсутствие обязательного страхования рисков приводит к экономическим издержкам, неизбежно возникающим в случае существования незастрахованных лиц, которым общество вынуждено предоставлять социальную помощь при наступлении страхового случая.

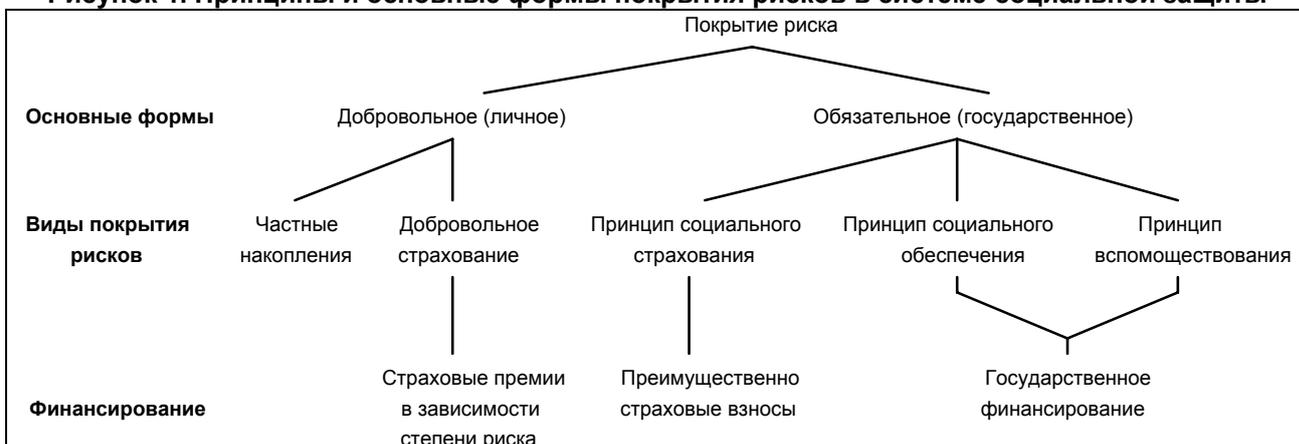
#### Принципы социальной защиты населения

Национальные системы социальной защиты сформировались с учетом специфики экономического, социального и культурного развития стран. Однако, несмотря на различия в путях развития и особенностях организации, качестве и объеме услуг, а также методах финансирования, все системы социальной защиты функционируют на основе единых принципов (*Рисунок 1*).

1) *Принцип социального страхования.* Согласно этому принципу финансирование предоставляемых услуг осуществляется за счет взносов членов страхового объединения, которые при наступлении страхового случая получают социальные выплаты, объем которых ориентируется на размер страховых взносов (принцип эквивалентности). Внося в качестве взноса определенную часть заработной платы в фонд социального страхования, застрахованные в случае потери дохода имеют право на получение финансового возмещения (при условии выплаты страховых взносов), объем которых соотносится с размером прежней заработной платы. Помимо правила эквивалентности, т.е. обусловленности объема страховой компенсации объемом индивидуальных взносов, принцип социального страхования включает также элементы перераспределения. Существующие различия между добровольным личным и социальным страхованием вносят определенные коррективы в действие принципа страхования. В случае добровольного личного страхования страховые взносы рассчитываются для каждого застрахованного в соответствии с вероятностью наступления риска, а страховые выплаты ориентированы на размер взносов согласно принципу индивидуальной эквивалентности. В основе же социального страхования лежит модифицированный принцип индивидуального страхования: взносы в социальном страховании не рассчитываются исходя из вероятности риска для каждого застрахованного (например, они не зависят от возраста или семейного положения, кроме того, в некоторых случаях неработающие члены семьи, не уплачивающие страховых

взносов, могут иметь право на страховые выплаты). Следовательно, в отличие от добровольного личного страхования предоставляемые в рамках социального страхования выплаты не находятся в прямой зависимости от предыдущих взносов. Возможность социальной модификации принципа эквивалентности основывается на том, что данный принцип сочетается с принципом объединения рисков и общественной солидарности. Общественно значимый характер фондов социального страхования предполагает обязательный характер участия в системе социальной защиты.

**Рисунок 1. Принципы и основные формы покрытия рисков в системе социальной защиты**



Особенностью социального страхования в отличие от добровольного личного является также перераспределение доходов через систему солидарного поручительства в пользу менее финансово обеспеченных членов. Социальная защита и социальное выравнивание достигается в результате того, что люди с большей вероятностью социального риска не исключаются, а, наоборот, в отличие от добровольного личного страхования страхуются вне зависимости от уровня их дохода. Следует также отметить, что финансирование социального страхования может частично осуществляться не только за счет взносов работников и работодателей, но и за счет дотаций или кредитов государства. Таким образом, принцип социального страхования предусматривает тесную взаимозависимость обеспечения и предварительного вклада, что в значительной мере исключает пользование неположенным. По сути это приводит к тому, что построенные таким образом системы социальной защиты одобряются участниками, особенно когда речь идет о группах застрахованных с относительно гомогенным составом. Принцип социального страхования играет значительную роль прежде всего в системах социальной защиты Германии, Австрии, Франции, Италии и Нидерландов, финансирование которых осуществляется либо на основе трехстороннего участия работников, работодателей и государства (например, в ФРГ и Австрии), либо преимущественно за счет работодателей и государства (как это происходит в Италии и Франции).

2). *Принцип социального обеспечения.* В отличие от принципа страхования в рамках принципа социального обеспечения социальные услуги и выплаты предоставляются по другим основаниям (например, обеспечение государственных служащих и жертв войны) и финансируются за счет налоговых поступлений в бюджет. На основе данного принципа происходит финансирование программ государственной социальной политики, системы среднего и высшего образования. Если в Германии принцип социального обеспечения рассматривается прежде всего как принцип возмещения полученного ущерба со стороны государства, то в других европейских странах этот принцип является в большей степени принципом

солидарного участия всех членов общества, а не только государства по отношению к определенным группам лиц. Получатели социальных услуг и выплат, на которых распространяется данный принцип, как правило, не платили ранее никаких взносов, однако обеспечили себе на это право вследствие особых заслуг, оказанных ими государству (например, государственные служащие). Разумеется, финансирование за счет бюджетных средств напрямую зависит от эффективности экономики и от состояния бюджета и может приводить к перегрузке государственных финансов и другим негативным последствиям, однако применение этого принципа необходимо в случаях невозможности предоставления гарантий по отношению к таким рискам, где нельзя использовать принцип страхования. Принцип социального обеспечения является определяющим в системах социальной защиты с унифицированными базовыми социальными услугами, где они предоставляются всем гражданам государства. Такие системы функционируют в Скандинавских странах (Дании, Швеции, Финляндии), а также в Великобритании. Принцип страхования играет в таких экономиках меньшее значение, поскольку для них свойственны высокие объемы перераспределения национального дохода и финансирование социальных услуг через государственный бюджет для уменьшения имущественного неравенства. Характерной чертой подобных экономик является также преимущественно бюджетное финансирование социальных программ (особенно в Дании, Великобритании и Швеции), а также государственная организация социальных учреждений (например, Национальная служба здравоохранения Великобритании).

3). *Принцип вспомоществования.* Согласно этому принципу социальные выплаты и услуги может получить каждый нуждающийся в необходимом для него объеме в том случае, если для получателя не представляется возможности самостоятельно выйти из бедственного положения. Так же, как и принцип социального обеспечения, данный принцип предусматривает финансирование социальных нужд из средств налогообложения. Особенностью основанных на принципе вспомоществования социальных программ (таких, как социальная помощь) является необходимость проверки нуждаемости бенефициара. Элементы социального вспомоществования являются непременной частью системы социальной защиты в рыночной экономике, поскольку только лишь с помощью принципов социального страхования и социального обеспечения невозможно учесть все возможные страховые риски и построить многоплановую и всеохватывающую систему социальной защиты населения. Несвершенство организации социальной защиты на основе этого принципа связано с необходимостью проверки нуждаемости и, как следствие, отсутствием определенности в объеме нужных социальных услуг.

4). *Принцип социальной солидарности* предусматривает взаимную помощь всех участников социальной защиты, связанную с перераспределением средств между различными социально-экономическими и демографическими группами населения. Можно выделить три составляющие данного принципа. Первая предполагает рассмотрение социальной солидарности как объединения различных рисков при одинаковых страховых взносах. Второй компонент социальной солидарности связан с рассмотрением его как модели интертемпорального (межвременного) перераспределения. Иначе говоря, речь идет о так называемом договоре поколений, необходимом для перераспределения доходов от трудоспособных молодых к нетрудоспособным старым участникам системы социальной защиты. Третий элемент принципа предполагает понимание его в качестве основы интерперсонального (межличностного) перераспределения. В данном случае перераспределение доходов осуществляется: а) между наиболее богатыми и наиболее бедными группами участников системы социальной защиты, б)

непосредственно между застрахованными субъектами и с) между застрахованными и незастрахованными участниками.

### Закономерности эволюции систем социальной защиты

Формирование современных систем социальной защиты связано с процессом индустриализации, усилением государственного регулирования социальных процессов, усложнением социально-демографической структуры общества. Первоначально социальные риски покрывались в добровольном порядке за счет создания фондов взаимопомощи среди ремесленников и купцов (цеховые кассы), затем среди наемных работников (кассы взаимного страхования рабочих). Индустриализация и вызванная ею массовая пролетаризация населения, низкий уровень жизни трудящихся привели во конце XIX в. к возникновению обязательного социального страхования с участием работодателей и государства и оформлением соответствующего гражданского и трудового законодательства.

В работе выявлено, что очередность введения отдельных систем обязательного социального страхования в европейских странах состоит в том, что, как правило, первым вводилось страхование от несчастных случаев, затем медицинское страхование, пенсионное и значительно позже - страхование по безработице. Данную последовательность внедрения систем социального страхования можно объяснить с помощью двух факторов. Первый - различная степень сложности организации страховых систем. Второй - соответствие этих систем принципам либеральной рыночной экономики. Традиции либеральной рыночной экономики изменялись как с появлением обязательного социального страхования, так и посредством того, что государство брало на себя ответственность за управление и финансирование социальных программ, до тех пор существовавших на попечении церкви, местных и общественных организаций. В отличие от других отраслей социального страхования введение страхования от несчастных случаев на производстве можно рассматривать как событие в наименьшей степени затронувшее прежние принципы либеральной экономики. Обеспечение по старости и болезни, наоборот, означало более значительную трансформацию принципов либеральной рыночной экономики, поскольку было связано с переносом охватываемых этими программами рисков как главных источников бедности из индивидуальной в сферу коллективной ответственности. Одновременно системы социального страхования по возрасту и болезни требовали также более высокого уровня административных инноваций, чем страхование от несчастных случаев, осуществление которого оставалось предоставленным самим работодателям. Наконец, финансирование медицинского и пенсионного страхования требовало значительно больших средств, а расчет соотношения между взносами и социальными услугами и выплатами ставил перед страховщиками более сложные административные и финансовые задачи. Реализация страхования по безработице была связана с самыми большими трудностями. Прежде всего, это было обусловлено интерпретацией безработицы как социального риска, вызванного общественно-экономическими причинами. Кроме того, зависимость от циклических колебаний делала безработицу недостаточно страхуемым риском. Отличительной чертой периода появления страхования по безработице было преобладание неоклассического подхода к экономической политике, отрицающего необходимость существенного вмешательства государства в экономические процессы. В соответствии с таким подходом безработица понималась как результат добровольного выбора индивида, а ее рост в периоды неблагоприятной экономической конъюнктуры - как временное явление, преодоление которого

возможно благодаря действию саморегулирующихся рыночных механизмов. В связи с этим основные меры были связаны прежде всего со смягчением последствий безработицы в периоды экономических кризисов.

В отличие от существовавших ранее форм коллективной взаимопомощи, возникающие в конце XIX - начале XX вв. системы обязательного социального страхования обладают рядом качественных особенностей. Во-первых, они основываются на законодательном регулировании государством. Во-вторых, они предоставляют социальные выплаты и услуги в случае наступления социальных рисков: несчастного случая на производстве, болезни, инвалидности, старости, смерти кормильца и безработицы. В-третьих, область их применения не ограничивается отдельными специальностями или группами наемных работников, а широта охвата работников социальными выплатами связана лишь с размерами их дохода. Таким образом, в отличие от ранних форм социальной защиты новые системы страхования охватывали большее количество работников. В-четвертых, эти системы имеют обязательный характер, что означает, с одной стороны, необходимость социального страхования для трудящихся, а с другой - налагает на государство определенные обязанности (законодательные и административные) в отношении социального страхования. В-пятых, в финансировании систем социального страхования принимает участие и наемный работник, и работодатель, и государство. Наконец, важной особенностью систем социального страхования является то, что социальное обеспечение рассматривается теперь как право гражданина на получение социальных услуг и выплат и не связано (как это было ранее в случае программ социального призрения) с его социально-политической дискриминацией. Следовательно, оформление систем социального страхования означало полный поворот в отношении принципов социальной поддержки. Если раньше социальное призрение рассматривалось как средство сохранения общественного порядка, то теперь социальное страхование стало связано с пониманием необходимости компенсации потери дохода как предпосылки индивидуального, а значит, и общественного благополучия.

Таким образом, ключевой идеей обязательного социального страхования было разделение ответственности по страхованию социальных рисков между работодателем, наемным работником и государством. Кроме того, обязательное социальное страхование наемных работников подчеркивало принцип индивидуальной ответственности за собственное благополучие, но в отличие от добровольного личного страхования обеспечивало солидарное выравнивание. Участие же работодателей и государства, кроме того, акцентировало идею социальной солидарности.

Пик развития систем социальной защиты приходится на 1960-1970 гг., когда многие государства приняли на себя высокие обязательства по обеспечению социальной защиты населения. Этому способствовали ускоренные темпы экономического роста, усиление роли государства в социально-экономических процессах, научное оформление теории "социального государства" (таблица 1).

В процессе расширения программ социальной защиты в западно-европейских странах в этот период можно выделить две определяющие тенденции. Первая тенденция состояла в том, что наибольшее увеличение расходов пришлось на те социальные программы (медицинское, пенсионное страхование), которые не были связаны со сферой производства и рынком труда и распространялись на такие большие по численности и важные с политической точки зрения группы избирателей, как, например, пенсионеры. Вторая тенденция заключалась в существенно меньшем росте расходов на социальные программы, обусловленные

проблемами рынка труда или заработной платы (страхование по безработице). Эта ситуация объясняется следующими обстоятельствами: во-первых, состав безработных более гетерогенен, чем пенсионеров, и изменяется достаточно быстро, во-вторых, немаловажным фактором являются существующие опасения политиков и экономистов о вредности высоких расходов на пособия по безработице, поскольку сами по себе они способствуют не столько ее уменьшению, сколько увеличению. По этой причине сокращение социального финансирования производилось преимущественно за счет имеющих меньший общественный резонанс программ, таких, как страхование по безработице, нежели посредством снижения расходов на более социально значимые пенсионное и медицинское страхование.

**Таблица 1. Расходы на социальную защиту в девяти странах ЕС в период 1950 - 2000 гг.**

Страна	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
Германия	14,8	14,2	15	16,6	17	23,7	24	23,8	25,4	28,9	29,5
Дания	8,4	9,8	11,1	12,2	16,6	22,5	29,9	25,9	28,7	32,2	28,8
Финляндия	6,7	7,6	8,7	10,6	13,1	15,7	18	22	25,1	31,8	25,2
Франция	-	13,4	13,4	15,8	15,3	24,1	26,7	28,7	27,6	30,7	29,7
Великобритания	10	9,5	11	11,7	13,8	16	17,3	20	22,9	28,2	26,8
Италия	8,5	10	11,7	14,8	16,3	21,2	21,5	11,3	24,3	24,8	25,2
Нидерланды	7,1	8,4	11,1	15,7	20	25,5	28,3	29,1	32,4	30,9	27,4
Австрия	12,4	12,8	13,8	17,8	18,8	20,2	22,5	25,2	26,7	29,6	28,2
Швеция	8,3	9,9	11	13,6	18,8	25	31,9	14,7	33,1	35,5	32,2
В среднем	8,4	10,6	11,8	14,3	16,6	21,5	24,4	22,3	27,3	30,2	28,1

Составлено по: Schmidt M. Sozialpolitik. - Opladen, 1980. - S. 137; Eurostat Yearbook 2002. - Luxemburg, 2002. - P. 186.

Последующие экономические кризисы изменили ситуацию, в результате чего в 1980 - 1990 гг. обозначились основные проблемы современного этапа развития систем социальной защиты. Они были вызваны причинами социально-демографического, политического и экономического характера. Особую важность в последние десятилетия XX в. приобрели демографические факторы. Падение рождаемости в большинстве европейских стран ниже уровня естественного воспроизводства населения, а также увеличение средней продолжительности жизни и рост доли людей пенсионного возраста создают финансовые проблемы для пенсионных систем и медицинского страхования. К 1990-м годам тенденция расширения социальной защиты исчерпала свои возможности, приблизившись к пороговым значениям. Поэтому в эти годы постепенно происходит переоценка социальной роли государства, связанная с отказом от всеобщей государственной поддержки социальной защиты в пользу менее дорогостоящих корпоративных или коллективно-договорных форм, использующих принцип страхования.

#### Особенности европейской интеграции в сфере социальной защиты стран ЕС

На современном этапе социальная политика стран Евросоюза сохраняет национальную компетенцию регулирования, а потому в рамках принятых документов Европейское сообщество не располагает правовой основой для содействия в принятии коммунитарного социального законодательства, воздействующего на национальные системы социальной защиты. Если в области денежно-кредитного и торгового регулирования существуют обязывающие конкретные соглашения, то в сфере социальной защиты можно говорить лишь о координации социальных программ, осуществляемых государствами-членами, и лишь затем о перераспределении ограниченных финансовых ресурсов для осуществления социальных программ, содействующих развитию интеграции в целом.

Большим достижением социальной политики ЕС стало подписание соглашений об образовании единого страхового пространства и координации национальных законодательств в области социальной защиты. По сути это означает не только возможность свободного перемещения в границах Союза, но и трудоустройство в любом государстве ЕС при сохранении права на национальную социальную защиту. Однако подписанные соглашения не унифицировали национальные законодательства в единую европейскую систему, поскольку подобная унификация, по мнению автора, вряд ли возможна в ближайшем будущем в связи с существенными различиями в социальных стандартах различных государств. Это связано также с тем, что страны ЕС по-прежнему находятся на разных уровнях экономического развития, поэтому социальные расходы в расчете на душу населения, выраженные в абсолютных показателях, различаются в несколько раз. Так, в 2003 г. (до расширения) в пятерку стран с наивысшими показателями входили Люксембург (12 653 евро), Дания (10 782), Швеция (99 333), а в тройку с самыми низкими - Греция (3 671), Португалия (3 192) и Испания (3 656 евро)<sup>1</sup>. Поэтому, несмотря на определенное перераспределение валового продукта в Евросоюзе, в том числе и через созданный для этого Фонд сплочения, его масштабы достаточно скромны, а увеличения их ожидать не приходится, поскольку это было бы сопряжено со снижением социальных стандартов и уровня жизни в более развитых странах. Вывод из сказанного таков: очевидно, что национальные системы социальной защиты и их финансы и в дальнейшем останутся в ведении стран-членов ЕС.

В настоящее время в наднациональном социальном законодательстве действует принцип, согласно которому при перемещении гражданина внутри пространства ЕС он никогда не попадет в худшую ситуацию в отношении прав на социальную защиту в сравнении с той, как если бы он работал в своей стране всю свою жизнь. Поскольку в некоторых странах ЕС правила социального страхования основаны на принципе гражданства (универсальные системы), а в других - на принципе страхования, т.е. принадлежности работника и его семьи к страховой организации, то для того, чтобы избежать случаев двойного страхования или никакого вообще, соглашения описывают правила социальной защиты в каждом отдельном случае для мигрирующей рабочей силы. Соглашения описывают периоды, которые необходимы для приобретения права на пособие в другой стране, тем самым приводя в соответствие национальные законодательства в области социальной защиты.

Итак, в настоящее время европейские национальные системы социальной защиты сохраняют свою автономность, что в определенной степени тормозит процесс европейской интеграции. Несмотря на это, а также на то, что объединение рынков потенциально создает угрозу “социального демпинга”, Евросоюз фиксирует в своих программных документах принцип сохранения уже достигнутых в тех или иных государствах-членах ЕС социальных стандартов. В этом случае ЕС не стремится к регулированию всех аспектов национальных систем социальной защиты, общие нормы ЕС определяют лишь минимальные социальные стандарты (они были зафиксированы в Хартии основных социальных прав трудящихся 1989 г. и включают в себя гарантированный режим труда и отдыха, максимальную продолжительность рабочей недели и т.д.), ниже которых национальные правительства стран-участниц обязуются не опускать уровень социальной защиты.

---

<sup>1</sup>European Social Statistics. Social Protection. Expenditure and Receipts. Data 1995-2003. - Luxembourg, 2006. - P. 15.

### Экономические модели социальной защиты в государствах Европейского союза

Под экономической моделью социальной защиты можно понимать сложившиеся принципы организации и функционирования ее программ в той или иной стране. В странах Европейского союза доминируют четыре основные модели: континентальная или бисмарковская, англосаксонская или модель Бевериджа, скандинавская и южно-европейская<sup>2</sup>.

Континентальная модель (модель Бисмарка) устанавливает жесткую связь между уровнем социальной защиты и длительностью профессиональной деятельности. В ее основе лежит социальное страхование, услуги которого финансируются в основном за счет взносов работодателей и застрахованных. В основе этой модели лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями. Они аккумулируют социальные отчисления из заработной платы, из которых и производятся страховые выплаты. Финансирование таких систем, как правило, не осуществляется из государственного бюджета, так как принцип бюджетной универсальности противоположен такой модели социальной защиты. Однако в современных условиях существования социального государства в Европе с его обширной сетью социальных программ, эта модель социальной защиты, как правило, не всегда основывается только на данном принципе. Поэтому для малообеспеченных членов общества, не имеющих возможности получать страховые социальные выплаты по ряду причин (например, вследствие отсутствия необходимого страхового стажа), национальная солидарность реализуется через системы социальной помощи. В этом случае речь может идти о вспомогательных механизмах, которые являются отступлениями от основной логики "бисмарковской" модели. Несмотря на существование принципа обязательности социального страхования (например, в Германии обязательность социального страхования предписана законом), он соблюдается не в полной мере. Это связано с существованием предельных уровней заработной платы, выше которых принадлежность к режимам социального страхования не является обязательной (возможно только добровольное страхование), или лимитированием отчислений (в этом случае в рамках обязательного социального страхования отчисления производятся только в пределах предельной заработной платы, а социальные выплаты исчисляются в отношении к этому уровню). Таким образом, в основе этой модели лежит принцип актуарной справедливости, когда величина страховых выплат определяется в первую очередь величиной страховых взносов. В момент своего рождения в Германии в конце XIX в. немецкая система социальной защиты воспроизводила именно эту модель. На сегодняшний день значительное развитие системы социальной помощи (строящейся на принципе вспомоществования, а не страхования) приводит к модификации этой модели и увеличению доли бюджетного финансирования социальной защиты.

Англосаксонская модель (модель Бевериджа) представлена в Европе Великобританией и Ирландией. В ее основе лежит доклад английского экономиста У.Бевериджа, представленный правительству Великобритании в 1942 г.<sup>3</sup> Значительное влияние на выдвинутые Бевериджем положения оказали идеи Кейнса о том, что динамика общественного производства и занятости определяются факторами платежеспособного спроса, а следовательно, перераспределение доходов в интересах социальных групп, получающих более низкие доходы, способно

<sup>2</sup>Europäische Kommission. Soziale Sicherheit in Europa. - Luxemburg, 1995. - S. 1995; Hanesch W. Soziale Sicherung im europäischen Vergleich // Aus Politik und Zeitgeschichte. - Bd.34-35/98. - S. 3-10.

<sup>3</sup>См.: Beveridge W. Full Employment in a Free Society. - London, 1944.

повысить денежный спрос массовых покупателей. Модель базируется на следующих принципах: принцип всеобщности (универсальности) системы социальной защиты - распространение ее на всех нуждающихся в материальной помощи граждан; принцип единообразия и унификации социальных услуг и выплат, что выражается в одинаковом размере пенсий, пособий и медицинского обслуживания, а также условий их предоставления.

Принцип распределительной справедливости - основополагающий в данной модели, так как в данном случае речь идет не о профессиональной (как в случае с моделью Бисмарка), а о национальной солидарности. Финансирование таких систем социальной защиты производится как за счет страховых взносов, так и из средств налогообложения. Так, финансирование семейных пособий и здравоохранения осуществляется из государственного бюджета, а прочих социальных пособий - за счет страховых взносов наемных работников и работодателей. В отличие от континентальной, эта модель включает в себя социальное страхование с достаточно низкими социальными выплатами и социальную помощь, которая в этой системе играет доминирующую роль.

Скандинавская модель социальной защиты характерна для Дании, Швеции и Финляндии. Социальная защита в ней понимается как законное право гражданина. Отличительной чертой скандинавской модели является широкий охват различных социальных рисков и жизненных ситуаций, которые требуют поддержки общества. Получение социальных услуг и выплат, как правило, гарантируется всем жителям страны и не обуславливается занятостью и уплатой страховых взносов. В целом уровень социальной защищенности, предлагаемый этой моделью, довольно высок. Не в последнюю очередь это достигается за счет активной перераспределительной политики, направленной на выравнивание доходов. Необходимым предварительным условием функционирования данной модели является высоко организованное общество, строящееся на основе приверженности принципам институционального общества благосостояния.

Финансирование систем социальной защиты, относящихся к данной модели, осуществляется преимущественно за счет налогообложения, хотя определенную роль играют страховые взносы предпринимателей и наемных работников. Единственной частью социальной защиты, выделенной из общей системы является страхование по безработице, которое является добровольным и управляется профсоюзами. До недавнего времени работающие по найму были практически освобождены от уплаты страховых взносов и участвовали в системе социальной защиты путем уплаты налогов. Однако в последнее десятилетие XX в. наметилась тенденция постепенного возрастания доли участия работающих по найму в финансировании страховых программ и увеличения страховых отчислений из заработной платы. Это же тенденция прослеживается и по отношению к предпринимателям, тогда как социальные расходы государства в последние годы заметно сократились.

Южно-европейская модель социальной защиты представлена в Италии, Испании, Греции и Португалии. Лишь в последние десятилетия под влиянием социально-экономических и структурных изменений в этих государствах были созданы или усовершенствованы системы социальной защиты. В отличие от предыдущих данную модель можно интерпретировать скорее как развивающуюся, переходную, а потому не имеющую четкой организации. Именно поэтому "рудиментарность" этой модели отмечается в качестве ее основной особенности различными западными

исследователями<sup>4</sup>. Как правило, уровень социальной защищенности, характерный для данной модели, относительно низок, а задача социальной защиты рассматривается часто как забота родственников и семьи. Поэтому семья и другие институты гражданского общества играют здесь не последнюю роль, а социальная политика носит преимущественно пассивный характер и ориентирована на компенсацию потерь в доходах отдельных категорий граждан. Характерной чертой данной модели является также асимметричная структура социальных расходов. Так, в Италии это проявляется в том, что наиболее крупную часть социальных расходов составляет пенсионное обеспечение (14,7% ВВП при среднеевропейском уровне - 12,5%), тогда как на поддержку семьи, материнства, образования и политику занятости затрачиваются сравнительно незначительные средства (около 1%)<sup>5</sup>.

### Особенности систем социальной защиты в странах ЕС

На основе существующей типологизации экономических моделей социальной защиты стран ЕС, получившей закрепление в документах Европейской Комиссии (континентальная, англосаксонская, скандинавская и южно-европейская) в диссертации определены особенности систем социальной защиты пяти стран Евросоюза: Германии, Франции, Великобритании, Швеции и Италии.

В системе социальной защиты ФРГ центральное место занимает социальное страхование. Организация системы социальной защиты в ФРГ строится по принципу самоуправления, согласно которому учреждения социального страхования наделены правовой, финансовой и организационной независимостью от институтов государственного управления. Тем не менее государство создает правовую основу, на которой строятся отношения между страхователем и страхуемым, оно осуществляет правовой надзор за деятельностью органов социальной защиты, имеет право осуществлять проверку финансовой и коммерческой деятельности страховых организаций.

В организационном отношении для системы социальной защиты ФРГ характерна разобщенность учреждений, осуществляющих социальное страхование: как независимые действуют организации по пенсионному обеспечению, медицинские страховые организации и др. Наряду с социальным страхованием в системе социальной защиты предусмотрены механизмы социальной помощи, предоставляемой в случае, если все виды страховых социальных пособий исчерпаны. Финансирование системы социальной защиты в Германии осуществляется из взносов застрахованных лиц наемного труда и работодателей, за счет государственного бюджета, а также за счет комбинации обеих разновидностей финансирования. Гарантом выполнения социальных обязательств выступает государство, перераспределяя часть средств на покрытие расходов в виде государственных дотаций. Причиной этого является признание государством особой роли, которую играют органы социальной защиты в условиях социальной рыночной экономики, состоящей в решении задач по поддержанию стабильности и социальной справедливости, необходимых для успешного функционирования и развития социально-экономической сферы страны.

Особенность французской системы социальной защиты - очень сложная организационная структура, а также высокая доля расходов на социальные программы, которая превышает средний уровень по ЕС. С 1970 по 2003 гг. расходы

---

<sup>4</sup>Hanesch W. Soziale Sicherung im europäischen Vergleich // Aus Politik und Zeitgeschichte. - Bd. 34-35/98. - S. 3-10.

<sup>5</sup>Pensions in Europe: Expenditure and Beneficiaries/ Eurostat / Theme 3-8/2004. - Luxemburg, 2004. - P. 2. Средний размер пенсии в Италии в конце 90-х гг. XX в. был самым высоким в Европе после Франции и Нидерландов.

на социальную защиту во Франции выросли с 17,5% до 30,9%<sup>6</sup>. По данным Статистического бюро ЕС, такая доля социальных затрат ставит Францию на четвертое место после Швеции и Дании<sup>7</sup>. Для нее характерны следующие особенности. Во-первых, существование разветвленной системы профессионально-отраслевых схем социального страхования. Во-вторых, наличие развитой системы семейных пособий, которая стала результатом длительной эволюции, в ходе которой вводились и совершенствовались различные инструменты государственной семейной политики и формы семейных пособий. В-третьих, большая роль дополнительных систем социальной защиты, особенно в области пенсионного и медицинского страхования. Характерная особенность французской системы социальной защиты состоит также в том, что в основе функционирования не только государственных схем социального страхования, но и обязательных дополнительных профессиональных систем страхования лежит распределительный принцип финансирования.

Управление социальной защитой во Франции организовано иерархически в виде действующих на национальном и региональном уровнях страховых касс, ответственных за тот или иной вид социальной защиты. Региональные и местные кассы социального страхования являются самоуправляемыми организациями, каждая из которых имеет собственное правление, состоящее из представителей застрахованных и работодателей. Основным источником финансирования системы социальной защиты во Франции служат страховые взносы работников и работодателей. Исключение составляет страхование по безработице и семейные пособия, доля государственных дотаций в которых существенно выше, нежели в других отраслях социального обеспечения, а также страхование от несчастных случаев, финансируемое исключительно за счет взносов работодателя.

Для британской системы социальной защиты населения характерны две специфические особенности. Во-первых, в рамках этой системы отсутствуют специальные, организационно оформленные институты, занимающиеся страхованием конкретных видов социальных рисков - страхования по старости, по болезни, от безработицы, от несчастных случаев на производстве и др. Все программы социальной защиты объединены в рамках единой системы социальной защиты. Во-вторых, для системы социальной защиты Великобритании характерна большая роль государственных учреждений в обеспечении социальными услугами и выплатами, а также - в силу исторического развития - их тесная связь с частными страховыми программами. Структура финансирования системы социальной защиты в Великобритании определяется разделением этой системы на две части - национальное здравоохранение и национальное социальное страхование, первая из которых финансируется преимущественно из государственного бюджета, а вторая - за счет страховых взносов наемных работников и предпринимателей. Помимо здравоохранения, которое почти на 90% субсидируется за счет бюджета, налоговое финансирование характерно для обеспечения от несчастных случаев на производстве, а также семейных пособий. Таким образом, характерной особенностью британской государственной системы социальной защиты является то, что она не предусматривает существование целевых страховых взносов, предназначенных для содержания конкретных страховых программ (пенсионного, медицинского страхования, пенсий по инвалидности и т.п.).

---

<sup>6</sup>Lechevalier A. Die französische "Protection sociale" // Sozialstaat in Europa. - Wiesbaden. 2001. - S. 103; Social Protection in the European Union 14 / 2006. - Luxemburg, 2006. - P. 6.

<sup>7</sup>См, напр.: Экономическая и социальная политика Франции / Генеральный комиссариат планирования. - Париж, 1992. - С. 71.

Основополагающим принципом шведской социальной защиты является ее универсальность, то есть охват всех слоев населения. Вторым по важности принципом, характерным для многих европейских "социальных экономик", в наибольшей степени реализованным в Швеции, является принцип социальной солидарности, состоящий в том, что все граждане равным образом и вне зависимости от их социального статуса принимают участие в финансировании системы социальной защиты, внося соразмерный своим доходам вклад. Необходимым элементом в такой системе выступает государство, берущее на себя функции перераспределения социальных благ от обеспеченных к наиболее уязвимым категориям населения. Если принимать в расчет только доход в форме зарплаты (в среднем около 2,5 тыс. долларов в месяц), то 36% населения страны можно было бы отнести к разряду бедных (наивысший показатель в группе промышленно развитых стран мира). Однако после перераспределения совокупного общественного дохода через систему налогов и социальных выплат (1/3 госбюджета уходит на социальные нужды) плюс социальные статьи расходов муниципальных бюджетов и выплаты из пенсионных и иных страховых фондов), в категорию бедных попадает всего лишь 5,6% населения. Сравнимые аналогичные показатели для США составляют соответственно 27 и 17%<sup>8</sup>. Дороговизна подобной системы (уровень налогообложения в Швеции является одним из самых высоких в мире) в полной мере компенсируется высокой степенью социальной защищенности населения, отсутствием шокирующих контрастов между богатством и бедностью, и соответственно, высокой политической и социальной стабильностью.

Южно-европейская модель социальной защиты не имеет четкой организации. Одной из основных проблем социальной политики Италии является историческое для этой страны различие в доходах населения в северных и южных регионах, что отражается статистикой по безработице. По отношению к общему уровню безработицы в Италии (11,3%), уровень безработицы на севере страны составлял около 7,5% (что приближается к среднеевропейским величинам), а для юга - более 20%. Особенно отчетливо это проявляется в той роли, которую в условиях итальянской системы социальной защиты начинают играть некоторые ее виды. Прежде всего это касается пенсии по инвалидности, которая в экономически слабых регионах помимо своего основного назначения выполняет роль помощи по безработице и социальной помощи. Существенной проблемой итальянской системы социальной защиты является одновременное существование плохо социально-гарантированных секторов в экономике и секторов, в которых в силу различных обстоятельств (например, широкого развития профсоюзного движения - особенно на севере страны) гарантированность социальных услуг более высока. Особенностью итальянской системы социальной защиты является также неудовлетворительная защита от рисков людей, которые в силу различных причин оказались без каких-либо доходов. В силу этих, а также ряда других обстоятельств итальянская социальная политика часто характеризовалась как "рудиментарная"<sup>9</sup>.

Следующей по значимости проблемой является асимметричная структура социальных расходов. Это проявляется, в частности, в том, что наиболее крупную часть социальных расходов составляет пенсионное обеспечение - 15,4% в ВВП (при среднеевропейском уровне - 11,9%), тогда как на поддержку семьи, материнства, образования и политику занятости затрачиваются сравнительно незначительные средства (около 0,8%). Проблему значительной доли пенсионеров в общей

<sup>8</sup>Hecló H., Madsen H. Polisy and Politics in Sweden. - Philadelphia, 1987. - P. 154.

<sup>9</sup>Gohr A. Der italienische Wohlfahrtstaat: Entwicklungen, Probleme und die europäische Herausforderung // Sozialstaat in Europa. - Wiesbaden, 2001. - S. 150.

структуре населения осложняет также неблагоприятное демографическое развитие в стране, средний показатель рождаемости в которой составляет 1,26 ребенка на семью - один из самых низких в Европе. Все это сопровождается ростом доли пожилых в стране как следствие увеличения продолжительности жизни: в 1997 г. количество 65-летних составляло 16,7% всего населения. Хронической проблемой является высокий уровень государственной задолженности (государственный долг в 90-е годы вырос более чем на 120% валового национального продукта) - все это ограничивает финансовую свободу государства в социальной сфере. К проблемам социальной защиты относятся и недостаточная ответственность как социальных органов, так и получателей социальных услуг и выплат по отношению к основополагающим принципам системы социального страхования.

Методологические подходы к классификации программ социальной защиты населения; принципы организации и финансовый механизм основных программ социальной защиты в странах ЕС

В исследовании определены методологические подходы к классификации программ социальной защиты, раскрыты принципы и финансовый механизм основных программ социальной защиты (пенсионного обеспечения, медицинского страхования, страхования по безработице, страхования от несчастных случаев и социальной помощи) в ЕС.

1) В работе обосновано, что более точная классификация пенсионных систем в странах Евросоюза может быть осуществлена не путем вычленения составляющих элементов данной системы (трехуровневая структура пенсионных систем характерна практически для всех европейских стран), а с помощью следующих признаков: а) круг охваченного пенсионным обеспечением населения; б) условия, необходимые для получения права на пенсию; с) принципы и источники финансирования. На основании данных критериев в многообразии пенсионных систем Европейского союза можно выделить две основные модели пенсионного обеспечения<sup>10</sup>: универсальные (национальные) системы пенсионного обеспечения и системы, построенные по страховому принципу - страховые. Важным моментом типологизации пенсионных систем является круг охваченных пенсионным обеспечением, предпосылки, необходимые для получения права на пенсию, методы и источники финансирования, индексация пенсионных выплат, пенсионный возраст и другие критерии.

Важным условием реформирования системы пенсионного обеспечения в России может стать зарубежный опыт организации систем дополнительного пенсионного обеспечения. Проведенный в диссертации анализ показал, что в странах ЕС такие системы существуют либо в виде пенсионных программ государственного пенсионного обеспечения (например, государственные дополнительные пенсии в Великобритании), либо в форме профессиональных схем пенсионного обеспечения. Дополнительные системы пенсионного обеспечения используют в основном накопительный принцип как основу финансирования. Известным преимуществом такой системы является четкая увязка размеров и срока выплаты взносов с размером последующих выплат, а также возможность самого застрахованного контролировать сохранность средств на индивидуальном

---

<sup>10</sup>Пенсионное обеспечение граждан по старости является страхованием в смысле предоставления защиты против риска потери дохода вследствие полной или частичной потери трудоспособности в связи с наступлением старости. Однако экономический механизм осуществления такой защиты все же отличается от классического механизма страхования. Поэтому, как правило, чаще употребляется понятие "пенсионное обеспечение" и реже - "пенсионное страхование".

накопительном счете. Однако следует отметить, что дополнительные системы пенсионного обеспечения не всегда функционируют по накопительному принципу. Так, во Франции в профессиональных пенсионных системах используется в основном распределительный способ финансирования. Развитие обязательных государственных систем пенсионного обеспечения не сделало профессиональные схемы излишними, а даже наоборот повысило их значимость в новых экономических условиях начала XX в., характеризовавшихся ростом инфляции и обесценением частных сбережений.

Основной принцип классификации систем дополнительного пенсионного страхования - принцип обязательности или добровольности страхования. В отличие от добровольных, профессиональные пенсионные системы, как правило, оформляются либо коллективными соглашениями и действуют в рамках предприятия или отрасли (Франция, Италия), либо действуют в рамках национальных систем пенсионного обеспечения (Швеция, Дания, Великобритания), представляя второй уровень пенсионной системы, дополняющий базовый. Важным критерием классификации является также тот факт, что в странах с универсальными пенсионными системами, не обусловленными предыдущим доходом (Финляндия, Швеция, Норвегия, Великобритания) пенсионные программы дополнительного пенсионного страхования существуют в виде обязательных систем (1А). Великобритания выделяется из этой группы стран, предоставляя работникам возможность выхода из государственной программы дополнительного пенсионного страхования при условии участия в профессиональной программе пенсионного страхования. В Дании дополнительные профессиональные системы пенсионного страхования не являются обязательными, однако практически имеют такой статус, поскольку оформляются в рамках коллективного договора при поступлении на работу (1В). В странах со страховыми пенсионными системами профессиональные пенсионные схемы чаще всего оформляются на основе коллективных соглашений (Франция, Италия) (2В).

**Таблица 2. Системы дополнительного (производственного) пенсионного обеспечения в ЕС**

	<b>Базовые (обязательные)</b>	<b>пенсионные схемы</b>
<b>Пенсионные программы дополнительного пенсионного страхования</b>	<b>универсальные системы пенсионного обеспечения</b>	<b>страховые систем пенсионного обеспечения</b>
обязательные системы на основе закона (А)	Швеция (АТР), Великобритания (SERPS)*, Норвегия, Финляндия (TEL) (1А)	пенсионное обеспечение государственных служащих в Германии (2А)
обязательные профессиональные пенсионные схемы (на основе закона или коллективных соглашений) (В)	Дания (АТР), Швеция (ТР,СТР), Нидерланды (1В)	Франция (AGIRC - для руководящих работников, ARRCO - для наемных работников), Италия (для руководящих работников) (2В)
добровольные профессиональные пенсионные схемы (С)	Нидерланды, Дания, Великобритания. (1С)	Германия, Ирландия, Люксембург, Португалия, Испания, Бельгия, Австрия (2С)

\* с возможностью выхода из обязательной системы при условии участия застрахованного в производственной программе пенсионного страхования.

Наконец, добровольные профессиональные пенсионные схемы представлены в большинстве стран Евросоюза преимущественно со страховыми пенсионными системами (2С), а также в некоторых государствах с универсальными пенсионными системами (Нидерланды и Ирландия, Великобритания) (таблица 2).

Организационно профессиональное пенсионное страхование в странах ЕС существует в виде:

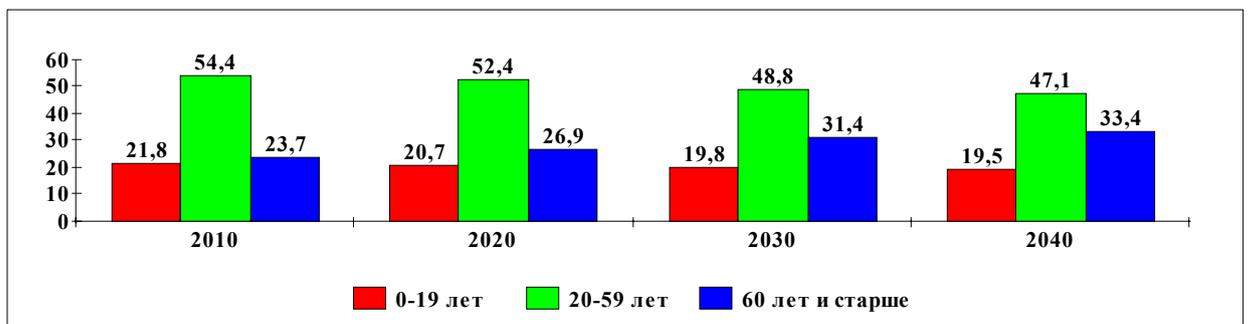
а) Внутрипроизводственных страховых пенсионных фондов, аккумулирующих накопления работников. Данная схема типична для ФРГ и Люксембурга.

б) Негосударственных пенсионных фондов. Эта “классическая” схема организации профессионального пенсионного страхования характерна для Великобритании и Ирландии, а в последние годы получила распространение в Италии и Испании. Существуют различные схемы внепроизводственной организации профессиональных программ пенсионного обеспечения. Пенсионные фонды могут создаваться как для обслуживания одной компании или сразу нескольких фирм в промышленности (такая форма работы пенсионных фондов получила развитие в Нидерландах).

с) Прямого страхования предпринимателем наемного работника или их группы. В последних двух случаях (когда происходит размещение страховых средств вне предприятия) речь идет о рынке ссудных капиталов. Эта форма пенсионного страхования присуща прежде всего англосаксонским странам. Примером этому служит факт, что в пенсионных фондах Великобритании сосредоточено 30% всего британского акционерного капитала, тогда как в начале 1990-х годов все страховые компании ФРГ (а не только занимающиеся пенсионным страхованием) имели в собственности лишь 11,8% всех наличных акций страны<sup>11</sup>.

В работе показано, что реформирование пенсионных систем в странах ЕС на ближайшее будущее будет прежде всего обусловлено демографическими причинами. Демографические тенденции последних лет свидетельствуют, что в ближайшей перспективе их развитие будет все более ощутимо сказываться на финансировании пенсионных систем. Старение населения и сокращение общей численности занятых приводит к росту социальных расходов в структуре государственного бюджета, увеличивается нагрузка на трудоспособных членов общества (см. диаграмму).

**Диаграмма. Возрастная структура населения в ЕС (в %), 2000-2040**



Источник: Eurostat: Europe in Figures, 2000

По прогнозам, к 2050 г. демографическая нагрузка (определяемая как соотношение численности населения в пенсионном возрасте и старше к численности трудоспособного населения) должна удвоиться. Очевидно, что существующие сегодня финансовые проблемы, характерные для государственных пенсионных систем, еще более обострятся в будущем. Это связано с тем, что большинство европейских систем основаны на взносах из заработной платы работников, а потому весьма чувствительны к любым колебаниям в соотношении между численностью экономически активного, платящего взносы населения и получателей пенсионных пособий.

<sup>11</sup>Altersicherung in der EG. - Frankfurt am Main, 1993. - S. 33.

Реформирование пенсионных систем в странах ЕС осуществляется сегодня по следующим направлениям:

- повышение возрастной границы выхода на пенсию и увеличение необходимого страхового стажа и периода отчислений в пенсионные фонды;
- изменение порядка индексации пенсионных выплат;
- стимулирование развития дополнительных профессиональных накопительных пенсионных программ и схем индивидуального пенсионного страхования;
- увеличение размеров страховых взносов и модернизация базы их исчисления.

Происходящий процесс реформирования пенсионных систем в странах Европейского союза представляет собой скорее корректировку существующих негативных тенденций. Постепенность и осторожность предпринимаемых мер связаны прежде всего с тем, что любые резкие изменения в данной области, которые могут привести к нарушению сложившегося социального баланса между поколениями, не находят широкой поддержки в обществе. Очевидно, что основной акцент в дальнейшем реформировании пенсионных систем должен быть сделан в отношении базовых пенсий, имеющих универсальный характер и не связанных с профессиональными особенностями их получателей. Государственная поддержка этого вида пенсионного обеспечения, а также одновременное развитие дополнительных пенсионных программ, представленных производственным пенсионным страхованием и индивидуальными пенсионными схемами, позволят избежать негативных тенденций, обусловленных социально-экономическими реалиями современного постиндустриального общества.

2) Многообразие существующих в странах ЕС систем организации медицинского страхования вызывает необходимость их типологизации с целью обобщения существующих сходств и различий. Кроме того, это имеет не только теоретическое, но и практическое значение в свете реформирования отечественной системы медицинского страхования, поскольку представляется возможность оценить преимущества и недостатки существующей в конкретной стране системы с целью использования накопленного опыта в российских условиях. С точки зрения организационно-финансовых особенностей в многообразии систем финансирования здравоохранения в странах Европейского союза можно выделить две основные модели: модель, основанную на социальном страховании и модель национального здравоохранения (бюджетную). Однако в связи с тем, что с течением времени каждое государство было вынуждено совершенствовать действующую систему, ни в одной из европейских стран они не представлены в чистом виде.

Система национального здравоохранения получила развитие в Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии, Италии. Основными чертами этой модели являются: всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансирование из налоговых поступлений, контроль со стороны парламента и управление правительственными органами. В качестве единственного «страховщика» в таких системах выступает, как правило, государство. В рамках этой модели возможны два варианта финансирования здравоохранения: либо путем создания государственных фондов, ресурсы которых в дальнейшем используются для финансирования медицинских учреждений, либо с помощью прямого финансирования медицинских учреждений минуя государственные фонды. В большинстве стран с национальными системами здравоохранения определение политики в области здравоохранения и ответственность за фактическое обеспечение медицинской помощи являются задачами министерства здравоохранения. Такова организация системы здравоохранения в Великобритании, в которой обеспечением населения медицинскими услугами занимается

Национальная служба здравоохранения (*National Health Service - NHS*) и ее местные отделения, предоставляющие медицинскую помощь через врачей общей практики. В национальных системах здравоохранения функции центрального правительства и органов управления на местах, как правило, четко разграничены. Основным принцип разделения ответственности заключается в том, что приоритеты и направления развития здравоохранения находятся в компетенции центральных органов управления, а организация и планирование деятельности медицинских учреждений на местах осуществляются местными органами власти. Важной характеристикой бюджетных схем организации здравоохранения является равенство доступа к медицинским услугам всех граждан страны, что можно рассматривать как наиболее ценную особенность данной модели здравоохранения, в определенной степени препятствующую формированию социального неравенства в этой области.

Модель национального здравоохранения, в отличие от страховых систем, характеризуется достаточно высокой экономичностью, что проявляется прежде всего в низком уровне административных издержек. Кроме того, государство имеет больше возможностей по сдерживанию расходов на медицинское обслуживание с помощью макроэкономических методов. По этой причине бюджетные системы здравоохранения, как правило, обходятся обществу дешевле, чем системы, работающие как страховые. Это связано с тем, что они более гибко реагируют на смену государственных приоритетов, когда дело доходит до усиления контроля за расходами. При финансировании из налоговых поступлений стимулы к сдерживанию расходов и способность сдерживать расходы объединены в одной структуре, что более эффективно, чем это возможно в случае страховой системы. Однако обратной стороной этого контроля являются политические издержки в форме роста общественного недовольства и критики со стороны поставщиков медицинских услуг. Таким образом, при бюджетном финансировании доля средств, идущая на здравоохранение, более подвержена колебаниям под влиянием смены политических приоритетов.

Следует отметить определенные недостатки данной модели. Во-первых, значительной слабостью бюджетных систем является склонность к монополизму. Его следствием становится: 1) снижение качества медицинских услуг из-за отсутствия возможности осуществления контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений со стороны потребителей медицинских услуг, 2) возникновение затратного механизма в расходовании средств без улучшения качественных характеристик здоровья населения, 3) усиление дефицита медицинских услуг, что приводит к длительному ожиданию в оказании медицинской помощи. Последнее обстоятельство может служить индикатором, указывающим на степень недофинансирования здравоохранения. Во-вторых, для этой модели характерен недостаточный учет потребностей пациента. В-третьих, т.к. управление здравоохранением осуществляется государственными органами и профессиональными работниками здравоохранения, имеющими статус государственных служащих, бюджетная модель отличается излишней бюрократизацией и авторитарностью управления. Преобладание общественной собственности в сфере здравоохранения приводит к ограничению свободного рынка медицинских услуг и контролю за инвестициями. В-четвертых, для нее характерно неравенство в распределении медицинской помощи между различными административными территориями, что проявляется в концентрации ресурсов здравоохранения в столицах и крупных городах. В-пятых, во всех бюджетных системах существует постоянное давление (особенно со стороны поставщиков медицинских услуг) в пользу увеличения частного финансирования и повышения

доли сборов с пользователей независимо от наличия частного страхования. В-шестых, врачи, практикующие в государственном и частном секторах, могут манипулировать сроками ожидания, чтобы поощрить больных к частным платежам. В-седьмых, недостатком этой модели является большая зависимость финансирования от меняющихся политических приоритетов (что отчетливо видно на примере Великобритании, расходы на здравоохранение в которой на протяжении последних 20 лет неоднократно менялись под воздействием политической конъюнктуры).

Страховая система здравоохранения в Европейском союзе представлена в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах и Франции. В основе этой модели лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями. Медицинское страхование, как правило, является обязательным для всех работающих по найму. В большинстве стран ЕС обязательным медицинским страхованием охвачено практически все население: так, например, в Австрии и Люксембурге только 1-3% населения остаются незастрахованными; в основном это богатые жители Люксембурга. В Германии большинство населения (88%) охвачено обязательным медицинским страхованием, а небольшая часть в законодательном порядке исключена из системы обязательного медицинского страхования, существует также третья группа, которая может выбирать между государственным и частным медицинским страхованием. В Нидерландах также предусмотрено разделение на основании размера доходов: лица с низкими доходами охватываются обязательной системой страхования, а лица с высокими доходами - частным медицинским страхованием. Величина страховых взносов рассчитывается на основе размера заработной платы и доходов. При этом происходит перераспределение средств от более высокооплачиваемых к менее обеспеченным, от молодых и одиноких - к пожилым и лицам, имеющим большие семьи. Тем самым обеспечивается социальная солидарность внутри группы застрахованных. Размер взносов обычно определяется размером заработной платы. Во всех странах ЕС часть взноса уплачивается работодателем, а другая - наемным работником. Аккумуляция собранных средств в страховой модели осуществляется в неправительственных неприбыльных фондах, которые выполняют роль посредника между застрахованными и поставщиками медицинских услуг (таблица 3). В ряде стран Евросоюза страховые фонды организуются на различных основах: профессиональной, территориальной, религиозной и даже политической. Управление этими организациями в большинстве стран однотипно и осуществляется представителями застрахованных и страховщиками. Таким образом, в отличие от систем национального здравоохранения, для данной модели характерно децентрализованное финансирование.

Автором обосновывается, что страховая система оплаты медицинской помощи, по сравнению с бюджетной, обладает следующими преимуществами: 1) поскольку в страховой модели страховые фонды формируются на целевой основе и рассчитаны на определенный круг лиц, то и страховая медицина тоже становится адресной и целевой. Это проявляется в ее большей, чем в бюджетной модели, ориентации на пациента: врач выступает в качестве первичной инстанции в системе здравоохранения, принимая на себя ответственность за обеспечение всех необходимых медицинских услуг.

**Таблица 3. Основные характеристики систем обязательного медицинского страхования в странах ЕС**

	Австрия	Бельгия	Германия	Франция	Люксембург	Нидерланды
Охват обязательным медицинским страхованием	99%	99-100%	88%	100%	97-99%	100% по схеме AWBZ и 64% по схеме ZFW*
Количество фондов обязательного медицинского страхования	24	100	420 в 7 ассоциациях	19	9	30
Ставка взноса (разделение платежей между работодателем и работником)	Варьирует в зависимости от профессии: 6,4 - 9,1%%	Единая: 7,4% (52 : 48)	Варьирует в зависимости от фонда: среднее значение 13,6% (50 : 50)	Единая: 13,6% (94 : 6)	Единая: 5,1% (50 : 50)	Единая: ABW 10,3% (0:100), ZFW 8,1% (78 :22)
Определение размера страховых взносов	Правительство	Правительство	Страховые медицинские фонды	Правительство	Объединение страховых медицинских фондов	Медицинские фонды
Объем взносов на ОМС в структуре всех расходов на здравоохранение	48%	62%	61%	74%	75%	73%

\* AWBZ - система всеобщего обязательного медицинского страхования; ZFW - обязательное медицинское страхование для работников с низкими и средними доходами, зарабатывающими менее 29300 евро. Составлено по: MISSOC, 2004; Busse R., Saltman R., and Dubois H. Organisation and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments // Social Health Insurance Systems in Western Europe. - Glasgow, 2004. - P.35.

Таким образом, факт зависимости доступа к лечению от взносов сообщает больному статус покупателя. Поэтому связь между страховщиком, застрахованным и врачом (лечебным учреждением) приобретает договорный характер; 2) меньшая зависимость от политической конъюнктуры; 3) значительная часть страховых поступлений остается, как правило, на местах и, в отличие от бюджетных систем, в которых средства перераспределяются в порядке территориального выравнивания, эти поступления служат источником финансирования различных местных программ здравоохранения; 4) возможность для страхователей и застрахованных осуществлять контроль за использованием страховых средств и качеством медицинской помощи, а застрахованным, кроме того, предоставляется широкая возможность выбора врача и лечебного учреждения. Сюда же относится и свобода выбора страховых фондов для работников и предпринимателей, что способствует конкуренции между различными страховыми компаниями. 5) возможность обеспечения более значительного притока средств предприятий и работников, заинтересованных в получении медицинской помощи. Это обстоятельство обусловлено прозрачностью финансирования страховой медицины, а также прямым, а не косвенным, как в случае бюджетного финансирования здравоохранения, формированием фондов. Однако данное преимущество зачастую порождает проблемы, которые связаны с удорожанием лечения, поскольку, не устанавливая жестких бюджетных ограничений, страховые системы усиливают действие затратного механизма, что приводит к дефициту средств страховых фондов и увеличению ставок страховых взносов предпринимателей и работников. Поэтому стоимость страховой модели в процентах к ВВП, как правило, выше, чем

модели национального здравоохранения<sup>12</sup>.

Сравнительные данные *таблицы 4* показывают, что за последние тридцать лет в большинстве стран со страховыми системами наблюдался почти двукратный рост расходов на медицинские услуги, чем в системах национального (бюджетного) здравоохранения. Проблема роста стоимости лечения решается в разных странах по-разному. В качестве мер, способных снизить рост расходов на здравоохранение предполагается и уменьшение количества медицинских услуг, предоставляемых в рамках обязательного медицинского страхования за счет увеличения доли участия пациента в оплате медицинских услуг, и унификация ставок страховых взносов и предоставляемых услуг. Реформы последних лет сделали системы страховой медицины более гибкими, совмещающими в себе как централизованные, так и децентрализованные принципы управления. Конечно, нельзя говорить о том, что концептуальная основа модели изменилась: произошедшие изменения не устранили специфику страхового финансирования здравоохранения, но сделали ее менее подверженной конъюнктурным колебаниям.

**Таблица 4. Расходы на здравоохранение в отдельных странах Европейского союза**

<b>Динамика расходов на медицинское обслуживание в странах с системами страхового здравоохранения (в % к ВВП)</b>										
Страна	1965	1970	1980	1990	1995	2000	2002	Изменение (%) 1970 - 1980	Изменение (%) 1980 - 1990	Изменение (%) 1990 - 2002
Германия	5,1	6,2	8,7	8,5	10,2	10,6	10,9	2,5	-0,2	2,4
Франция	5,2	5,4	7,1	8,6	9,8	9,3	9,7	1,7	1,5	1,1
Бельгия	3,9	4,1	6,4	7,4	8,4	8,7	9,1	2,4	1	1,7

<b>Динамика расходов на медицинское обслуживание в странах с системами бюджетного здравоохранения (в % к ВВП)</b>										
Страна	1965	1970	1980	1990	1995	2000	2002	Изменение (%) 1970 - 1980	Изменение (%) 1980 - 1990	Изменение (%) 1990 - 2002
Швеция	5,5	6,9	9,1	8,4	8,4	8,4	9,2	2,2	-0,7	0,8
Дания	4,8	6,1	9,1	8,5	8,2	8,4	8,8	2,2	-0,6	-0,1
Англия	4,1	4,5	5,6	6	7	7,3	7,7	1,1	0,4	1,7

Составлено по: Bloor K., Maynard A. Universal Coverage and Cost Control: The United Kingdom National Health Service // Handbook of International Health Care Systems. - New York. - 2002. - P.557; European Economy. The Impact of Ageing on Public Expenditure: Projections for the EU-25 Member States on Pension, Healthcare, long-term Care, Education and Unemployment transfers (2004 - 50). Special Report №1, Luxembourg, 2006. - P.106.

К недостаткам страховой модели следует отнести ее небольшие возможности по охране общественного здоровья и санитарного просвещения, а также осуществлению мер профилактической медицинской помощи. Причина этого - недостаточные финансовые возможности страховых фондов. Слабостью страхового финансирования здравоохранения, связанной с децентрализованным характером организации, является также сложность управления и координации деятельности здравоохранения. Особенно важное значение эта черта приобретает в странах с ограниченными ресурсами и значительной неоднородностью территориального деления. Именно поэтому успех реформы медицинского страхования в России во многом будет зависеть от качества управления медицинским страхованием. Наконец, самым серьезным недостатком данной системы можно считать угрозу финансовой жизнеспособности страховой модели здравоохранения, которая может быть вызвана экономическими и

<sup>12</sup>Впрочем, все относительно. Поэтому разница в доле расходов между обеими моделями не столь велика. Так, Канада с ее бюджетным финансированием здравоохранения (9,3%) не намного отстает от немецкой и французской систем, основанных на социальном страховании - они занимают по этому показателю второе и четвертое места (10,6 и 9,6%) после США и Швейцарии.

демографическими изменениями. На сегодняшний день именно демографические изменения в структуре населения развитых европейских стран - старение населения и падение рождаемости - становятся основными причинами кризиса современных систем страховой медицины.

3) С теоретической точки зрения в основе построения всех систем поддержки по безработице в странах ЕС можно выделить два общих принципа социальной защиты: принцип социального страхования и вспомоществования. В первом случае выплаты по безработице обусловлены предыдущими страховыми взносами и предыдущим доходом. Период выплаты пособия ограничен и зависит от продолжительности предыдущей занятости. Во втором случае речь идет о выплате безработным гарантируемого минимального дохода (помощи по безработице), который рассчитывается на основе индивидуальных потребностей бенефициара, а его размер, как правило, меньше страхового пособия. Система выплат по безработице также подчиняется указанным принципам, поэтому в большинстве стран-членов ЕС пособия по безработице состоят из двух частей: первой, базирующейся на принципе страхования и выплачиваемой в течение начального периода безработицы, и второй, предоставляемой в случае длительной безработицы - помощи по безработице. Однако на практике между этими двумя типами пособий часто не существует четкой границы. В одних странах (Великобритания) первая (страховая) часть пособия уже содержит элементы принципа вспомоществования, в то время как в других (Германия) вторая часть пособия сохраняет некоторые элементы принципа страхования. Сравнение систем страхования по безработице показывает, что соотношение этих двух принципов в странах ЕС различно. Так, в Германии, Испании и Франции - в странах континентальной модели социальной защиты - пособия по безработице обусловлены предыдущим периодом занятости и страховыми взносами, а потому принцип страхования является определяющим. В Великобритании и других государствах с системой социальной защиты Бевериджа пособия базируются на принципе вспомоществования и устанавливаются с учетом индивидуальных потребностей безработного (семейного положения, количества детей и т.п.), и финансируются из государственного бюджета.

Важным моментом являются различия в размерах пособий по безработице, выплачиваемых в рамках этих систем. Анализ показал, что средний размер пособий по безработице, как правило, более низкий в странах, где он строго увязан с предыдущим доходом (Германия, Франция и др.), нежели в странах (Дания, Бельгия), где такая связь выражена меньше или отсутствует. Это обусловлено тем, что в первом случае основными получателями пособий становятся либо молодые люди, предыдущий период занятости и размер дохода которых предусматривают относительно низкий уровень защиты, либо длительно безработные лица, получающие помощь по безработице. Автор считает, что системы обеспечения по безработице на основе принципа страхования будут постепенно терять существенную часть их защитной функции в силу объективных особенностей современного рынка труда и роста безработицы. Это будет способствовать увеличению числа людей без права на получение полного пособия по безработице. Важным моментом следует считать также зависимость размера страховых выплат от формы занятости. Поскольку в страховых системах эта величина напрямую связана с непрерывностью страхового стажа и предыдущим доходом, то переход от полной к частичной занятости ведет к уменьшению размера пособия. И, наоборот, в системах, где такая связь отсутствует, частичная занятость не приводит к снижению объема выплат в случае безработицы. Это можно видеть на примере женской

безработицы, что можно рассматривать как функцию большой концентрации женщин в секторе частичной занятости.

Страны ЕС различаются также тем, является ли помощь по безработице отдельным пособием, или оно интегрировано в систему социальной помощи. На этом основании, по мнению автора, можно выделить три типа национальных систем поддержки по безработице в Европейском союзе:

- Только страхование по безработице (Греция и Португалия), при котором вторая часть, выплачиваемая в случае длительной безработицы, не предусмотрена.
- Страхование по безработице и помощь по безработице (Германия, Франция, Ирландия, Австрия, Нидерланды, Испания и Швеция).
- Страхование по безработице и социальная помощь, предоставляемая по окончании периода выплаты страхового пособия (Италия, Бельгия, Люксембург, Великобритания, Дания и Финляндия).

Важным признаком типологизации является признак обязательности или добровольности страхования по безработице. За исключением трех Скандинавских стран (Дания, Швеция, Финляндия), для которых характерно добровольное участие в страховании по безработице, организацией которого занимаются профсоюзы, в большинстве европейских стран оно является обязательным (Германия, Франция, Великобритания, Испания, Италия и др.). Это подразумевает различия в степени охвата населения страхованием по безработице, хотя и здесь они не столь велики и касаются в основном ненаемных, самозанятых работников.

В странах ЕС используются различные методы финансирования страхования по безработице. В зависимости от особенностей сложившейся системы социальной защиты комбинации источников и методов финансирования в разных странах ЕС могут быть различными: финансирование исключительно за счет взносов наемных работников (Швеция), только из взносов работодателей (Испания) или только из бюджетных средств (Люксембург). Однако эти случаи не следует рассматривать как типичные, поскольку для большинства европейских государств характерны смешанные системы финансирования, в которых принимают участие и наемные работники, и работодатели, и государство. Так, в Швеции страхование по безработице (официально) оплачивается взносами наемных работников, однако работодатели должны финансировать так называемый фонд рынка рабочей силы, средства которого покрывают 65% издержек страхования по безработице. Общим моментом, характерным практически для всех стран ЕС, где существует двухуровневая система обеспечения по безработице (пособие + помощь), является способ финансирования первой и второй части пособия. В отличие от страховой части, которая носит преимущественно взносочный характер, вторая его часть - помощь по безработице - обычно финансируется за счет налогообложения.

4) В отличие от других видов социальной защиты, в системах страхования от несчастных случаев на производстве стран ЕС не существует больших различий. Это связано с общими для европейских стран принципами организации данного вида страхования рисков, сложившимися в момент зарождения страхования от несчастных случаев. Кроме того, это обусловлено общепринятой страховой практикой, когда профессиональные риски, как правило, покрываются только за счет работодателя, несущего в данном случае большую ответственность за их возникновение, чем работник. Таким образом, системы страхования от несчастных случаев на производстве в странах ЕС отличаются лишь в деталях, к которым можно отнести особенности финансирования и организации. Так, если в Германии этой областью социального страхования занимаются профсоюзы, то в Великобритании она является частью общей системы социальной защиты и управляется на

государственном уровне. Исключением из общей практики являются Нидерланды, где страхование от несчастных случаев и профессиональных заболеваний как таковое отсутствует, а производственные риски страхуются в рамках системы медицинского страхования и страхования по инвалидности.

По сравнению с организационной структурой, финансирование достаточно унифицировано: за исключением Великобритании и Нидерландов страхование от несчастных случаев на производстве финансируется исключительно за счет взносов работодателей. Как правило, размер взносов, уплачиваемых работодателем устанавливается в зависимости от уровня профессионального риска в отрасли и на предприятии, расчет которого основан на данных о числе несчастных случаев и профессиональных заболеваний, а также числа занятых на нем работников. Так, в Швеции, Франции и других странах финансирование осуществляется из взносов работодателей, которые варьируют в зависимости от количества занятых на предприятии работников. Исключением является только Великобритания, где страхование от несчастных случаев включено в общую систему социальной защиты, финансируемой как работодателями, так и работниками через уплату единого социального взноса, а также Нидерланды, где оплата издержек осуществляется также на паритетной основе.

Уровень возмещения утраченного дохода в системах страхования от несчастных случаев на производстве обычно выше, чем уровень пособий, выплачиваемых в рамках медицинского страхования, однако их размер дифференцирован в зависимости от существующей в стране системы социальной защиты. В соответствии с размером предоставляемых денежных пособий можно выделить три группы стран: 1) с уровнем возмещения от 75% и выше 2) с уровнем возмещения 66% (2/3) предыдущего дохода и 3) с уровнем возмещения менее 2/3 предыдущего дохода, что представляет собой вид минимального социального обеспечения. Поскольку денежные пособия делятся на пособия по временной и постоянной утрате трудоспособности, размеры их также различны. Так, в Германии и Нидерландах пособие по постоянной утрате трудоспособности ниже, чем по временной, в то время как в Дании, Швеции и Испании как временное, так и постоянное пособие одинаковы и составляют не менее 75% предыдущего дохода. Исключением из общей практики является Великобритания, где оба вида пособий по нетрудоспособности не превышают 2/3 предыдущей заработной платы, выполняя тем самым функцию социальной помощи (таблица 5).

**Таблица 5. Уровни возмещения по временной и постоянной нетрудоспособности в некоторых странах ЕС**

	Уровень возмещения		
	<i>75% предыдущего дохода</i>	<i>2/3 предыдущего дохода</i>	<i>менее 2/3 предыдущего дохода (социальная помощь)</i>
<b>Пособие по временной нетрудоспособности</b>	Германия, Дания, Франция, Швеция, Испания		Великобритания
<b>Пособие по постоянной нетрудоспособности</b>	Дания, Франция, Швеция, Испания	Германия	Великобритания

5) Социальная помощь имеет свои характерные особенности и задачи, что способствует ее выделению в отдельный вид социальной защиты в большинстве стран. Основной ее целью является материальная поддержка населения, не охваченного программами социального страхования, длительно безработных лиц, малоимущих, беженцев и т.п. В отличие от социального страхования, право на получение социальной помощи не обусловлено отношениями страхования, а

основано на одностороннем праве на получение материальной поддержки, которое вызвано определенными жизненными обстоятельствами. Задача социальной помощи заключается не только в обеспечении минимально необходимого уровня жизни, но и в первую очередь в создании необходимых предпосылок для того, чтобы ее получатель мог полагаться на собственные силы. Этот принцип можно рассматривать как ключевой в рамках всех систем минимального социального обеспечения стран ЕС. Однако необходимо выделить и некоторые исключения из этого принципа, связанные, например, с воспитанием детей в неполных семьях. Типологизация существующих в странах ЕС систем социальной помощи затруднена, поскольку практически все они базируются на принципе вспомоществования, а потому существующие различия касаются в основном размеров предоставляемых пособий и их видов, определения круга лиц, имеющих право на получение социальной помощи, способов финансирования, а также размеров и формы предоставляемых субсидий на оплату жилья и коммунальные услуги.

Финансирование систем социальной помощи, как правило, производится из средств государственного бюджета (Великобритания, Франция, Португалия, Ирландия), из средств региональных или местных бюджетов (Австрия, Швеция, Италия, Испания и др.), а также на смешанной основе. Единственным исключением можно считать Бельгию, где в финансировании программ социальной помощи наряду с государством участвуют т.н. благотворительные союзы. Несмотря на существующие различия, в большинстве стран системы социальной помощи регулируются государственным социальным законодательством.

Анализ систем социальной помощи в государствах Европейского союза обнаруживает существенные различия в формах, объемах пособий и организации этих систем. Поэтому актуальным является вопрос об их возможном согласовании в рамках ЕС, связанный прежде всего с миграцией в регионы с лучшими условиями, предоставляемыми в странах с более обширными услугами социальной помощи. Решение этой проблемы осуществляется путем согласования систем социальной помощи различных государств, предупреждающее использование права на получение социальной помощи одновременно в нескольких странах или неправомерное пользование ею гражданами других стран ЕС. Очевидно, что социально-экономическая важность вопроса координации систем социальной помощи в будущем будет способствовать дальнейшему продвижению в этой области. Однако на сегодняшний день, так же как в случае других программ социальной защиты, принципы организации программ социальной помощи имеют национальную компетенцию регулирования.

#### Особенности системы социальной защиты населения в России и предложения по ее модернизации с учетом зарубежного опыта

Действующая в России система социальной защиты до сих пор сохраняет черты, характерные в большей степени для социальной помощи, чем страхования. При достаточно высокой страховой нагрузке на работодателя и регрессивном характере единого социального налога (ЕСН) уровень большинства социальных выплат недостаточен и не увязан с объемом вносимых страховых средств. Отсутствует реальное разделение системы социального страхования и социальной помощи. Это во многом объясняет массовую незаинтересованность занятого населения в своевременной уплате в полном объеме ЕСН в государственные социальные внебюджетные фонды. В настоящее время серьезным препятствием для развития системы социальной защиты в России стала тенденция консолидации средств

внебюджетных фондов в федеральном казначействе и резкое сокращение с 2005 г. тарифов ЕСН. Консолидация средств внебюджетных фондов в федеральном бюджете противоречит финансовой природе социального страхования, а сокращение тарифов ЕСН ведет к сокращению расходов на цели социального страхования.

По сравнению со странами Европейского союза объем финансирования социальной защиты в России составил в 2003 г. 11,9% от ВВП, что гораздо ниже, чем в развитых странах ЕС, но в целом сравним с аналогичными показателями в США и Японии. Однако в организационно-финансовом отношении отечественная система социальной защиты во многом совпадает с европейской. Это касается прежде всего такой ее составляющей, как выплата пенсий, которая в структуре общего бюджета социальной защиты является основной и достигла в 2003 г. 5,8% ВВП, а также финансирование здравоохранения, бюджетные расходы на которое в том же году составили 3,11% ВВП<sup>13</sup>. На основании проведенного в диссертации анализа автор приходит к выводу, что в настоящее время в практике осуществления российской социальной политики просматривается тенденция к переходу к субсидиарной модели, для которой характерно оказание социальной поддержки только самым незащищенным группам граждан при усилении финансирования социальных программ за счет внебюджетных источников, а также усилении доли личных средств в оплате социальных услуг.

Анализ эволюции отечественной системы социальной защиты показал непоследовательную смену подходов в ее организации, которая осуществляется то на принципах социального страхования, то на принципах социального обеспечения. Действующую в России систему социального страхования нельзя рассматривать в полном смысле как страховую, т.е. базирующуюся на общепринятых международных принципах страхования по ряду обстоятельств.

Во-первых, это неперсонифицированность страховых взносов в большинство внебюджетных страховых фондов. Этому способствует и внутренняя схема распределения расходов фондов, которая не имеет жесткого целевого характера, увязанного с целями страхования. Слабая связь между взносами и социальными выплатами приводит к тому, что для предпринимателя (а именно на последнего ложится основное бремя выплат) взносы в социальные фонды воспринимаются как дополнительный налог. Введение в 2001 г. единого социального налога по сути означало возврат к социальному обеспечению, которое выполняет чисто перераспределительные функции. Если раньше поступившие во внебюджетные фонды отчисления аккумулировались и направлялись на покрытие расходов по предотвращению или компенсации потерь от соответствующих рисков, то теперь они стали средствами государства, и оно может распоряжаться ими по своему усмотрению. Кроме того, переход к ЕСН не привел к заявленной цели - адекватному увеличению легальной заработной платы трудящихся. Все это наряду с низким уровнем оплаты труда и недостаточной эффективностью самих страховых институтов препятствует развитию институтов социальной защиты.

Во-вторых, мировая практика социального страхования свидетельствует, что наибольший социальный эффект достигается при трехканальном формировании страховых фондов за счет взносов работников, работодателей и государства. Такой метод финансирования обеспечивает совместную ответственность участников за предупреждение и компенсацию рисков, совместное управление и контроль фондов. В случае обязательного социального страхования наиболее оправданным считается

---

<sup>13</sup>Социальное положение и уровень жизни населения России: Стат.сб / Госкомстат России. - М., 2004 - С. 234.

распределение, когда большая часть финансирования приходится на работодателя - 50%, 20-40% - на государство и 10 - 30% - на работника

На основании анализа факторов, определяющих сегодняшнее состояние системы социальной защиты в России в работе сформулированы следующие основные направления ее модернизации.

Во-первых, необходимо завершение формирования национальной системы социальной защиты, поскольку эффективная защита от социальных и профессиональных рисков может быть обеспечена в условиях взаимосвязи всех видов социальной защиты. Отсутствие единой системы социальной защиты ведет к тому, что каждый ее компонент выступает не как часть единого целого, а как нечто автономное. Это выражается, в частности, в отсутствии или слабом сотрудничестве страховых фондов друг с другом.

Во-вторых, необходимо усиление страховых механизмов финансирования социальной защиты, поскольку построение социального государства зависит от того, насколько страховые принципы будут реализованы в системе пенсионного, медицинского страхования, борьбе с безработицей и других секторах социальной защиты. Социальное страхование является основой социальной защиты и на его долю в развитых странах приходится 60-70% всех затрат социальной защиты и 15-25% ВВП. Как показывает мировая практика социального страхования, наибольший социальный эффект достигается при трехканальном формировании страховых фондов за счет взносов работников, работодателей и государства. Такой метод финансирования обеспечивает совместную ответственность участников за предупреждение и компенсацию рисков, совместное управление и контроль фондов.

В-третьих, формирование отечественной модели социальной защиты необходимо осуществлять с учетом российской специфики и успешного мирового опыта социальной защиты особенно в государствах Европейского союза. Это связано, с одной стороны, с многообразием моделей и подходов в социальной защите, накопленных в этих государствах в течение длительного времени, которые позволяют учитывать как положительные, так и отрицательные элементы такого опыта, а с другой - общностью исторических, социальных и культурных оснований России и европейских стран. Наиболее верным подходом был бы учет и использование достоинств не столько зарубежных моделей в целом, сколько отдельных, прошедших успешную апробацию на практике, элементов этих моделей.

В-четвертых, развитие социальной защиты предполагает адаптацию уже существующих социальных механизмов к рыночным отношениям и их развитие в новых условиях. Это означает, в частности, сохранение и развитие системы социальных услуг (дома престарелых и инвалидов и пр.), реализация предприятиями социозащитных функций и др.

В-пятых, одним из основных направлений модернизации должно стать развитие систем социальной защиты, построенных на принципе адресности отдельных социальных программ (например, программ социальной помощи) как способа разрешения финансовых трудностей в организации социальной защиты. В свою очередь, адресность предоставляемых социальных услуг требует создания нормативной базы и технического обеспечения в виде системы индивидуального учета социально неблагополучных домохозяйств (как это практикуется за рубежом), например, путем введения единого номера социальной помощи.

#### Система пенсионного обеспечения России и рекомендации по ее совершенствованию

Необходимость реформирования пенсионной системы в России была и в

перспективе будет определяться в основном двумя группами причин: демографическими и экономическими.

#### Демографические причины

В настоящее время демографическая ситуация в России приобрела особую остроту. Так в 2001 г. в стране насчитывалось 38,63 млн. пенсионеров против 70,97 млн занятых, то есть требуемое соотношение составляет всего лишь 1:1,84<sup>14</sup>. Согласно данным Госкомстата России, к 2015 г. на 1000 человек трудоспособного возраста будет приходиться уже 427 пенсионеров. Эти тенденции накладываются на достаточно "старую" возрастную структуру населения в трудоспособном возрасте: к 2015 г. около трети трудоспособного населения будет находиться в возрасте от 45 лет и старше<sup>15</sup>. Сравнительный анализ изменений рождаемости и смертности в России и развитых странах Запада дает возможность сделать вывод, что в целом ситуации в них достаточно близки. Однако несмотря на общие для России и развитых стран Запада черты, настоящая ситуация в России кардинально отличается тем, что показатели продолжительности жизни находятся на очень низком уровне не только по сравнению с другими странами мира, но и по отношению к уже достигнутому в 1960-х гг.

#### Экономические причины

Среди экономических причин, приведших к реформе пенсионного обеспечения, можно выделить четыре комплекса проблем.

Во-первых, переход к рыночным отношениям в середине 90-х гг. привел резкой дифференциации доходов населения. Экономическая деградация сказалась на величине заработной платы и пенсии, величина которых к 1999 г. снизилась на 32 и 39% соответственно. Снижение уровня жизни населения пытались предотвратить ростом социальных трансфертов, однако несмотря на это, с 1992 по 2003 гг. их доля в доходах населения практически не изменилась<sup>16</sup>. Перераспределение доходов, производимое Пенсионным фондом в целях недопущения снижения уровня жизни пенсионеров, приводило к поддержанию уровня минимальной пенсии, но при этом размер максимальной пенсии искусственно ограничивался. В настоящее время размер минимальной и максимальной пенсии различаются в три раза, тогда как заработная плата наименее и наиболее обеспеченных граждан - в десятки раз. Это обстоятельство снижало мотивацию к уплате страховых сборов. Во-вторых, снижение доходов населения, вызванное спадом производства 90-х годов, способствовало уменьшению доходов Пенсионного фонда. В-третьих, немаловажным фактором реформирования пенсионного обеспечения стало расширение теневой экономики и уклонение от уплаты налогов и взносов во внебюджетные социальные фонды. В связи с этим возникают объективные трудности со сбором страховых взносов в Пенсионный фонд в первую очередь из-за большого развития различных схем, обеспечивающих увод заработной платы из-под налогообложения. В-четвертых, особое значение в последние годы приобрел фактор безработицы. Сокращение численности занятых в народном хозяйстве привело к снижению количества плательщиков взносов в Пенсионный фонд РФ. Снижение доли государственного сектора в экономике страны в 90-е годы привело к сдвигу структуры занятости в сторону негосударственного сектора, доля занятых в котором составляет более 2/3 трудоспособного населения страны. Именно в этом секторе наиболее сильна тенденция к уклонению от уплаты налогов и взносов во

<sup>14</sup>Социальное положение и уровень жизни населения России.2002: Стат.сб. /Госкомстат России. - М.- 2002. - С. 71, 175.

<sup>15</sup>Там же. С. 43.

<sup>16</sup>Российский статистический ежегодник. 2003: Стат.сб./ Госкомстат России. - М., 2004. - С. 177.

внебюджетные фонды.

Совершенствование российской пенсионной системы исходя из ее современного состояния и зарубежного опыта может осуществляться по следующим направлениям.

1. Развитие многоуровневой пенсионной системы, где первый уровень представляют пенсии, не обусловленные предварительной выплатой страховых взносов. Второй уровень - обязательное пенсионное страхование работающих граждан с учетом величины страхового стажа и размера уплаченных взносов (в том числе и их накопительной части). И третий - добровольное профессиональное и личное пенсионное страхование. Учитывая зарубежный опыт, данное направление может быть реализовано при укреплении страховых принципов в существующей пенсионной системе с развитием добровольных частных форм пенсионного страхования и обеспечении сохранности пенсионных накоплений, а также улучшении инструментария, необходимого для повышения эффективности функционирования каждого из уровней системы и расширения финансовой базы пенсионного обеспечения.

2. Развитие программ дополнительного профессионального и добровольного личного пенсионного страхования. Такое развитие может осуществляться по двум направлениям. Во-первых, профессиональное пенсионное обеспечение работников, которое может проводиться на основе соглашений с профсоюзами и распространяться либо на конкретное предприятие, либо на все предприятия отрасли. Во-вторых, добровольное личное пенсионное страхование. В качестве возможных сценариев развития негосударственного пенсионного обеспечения может быть использован положительный опыт Германии (программа стимулирования негосударственного пенсионного страхования Ристера). Программа предусматривает субсидирование государством добровольного пенсионного страхования (как профессионального, так и личного), что в первую очередь выгодно для граждан с низкими и средними доходами, а также многодетных семей, хотя право на субсидии имеют все физические лица.

3. Оптимальное сочетание распределительного и накопительного принципов финансирования пенсионной системы. Опыт функционирования пенсионных систем стран ЕС показывает, что наиболее эффективными являются системы, построенные с использованием одновременно распределительных и накопительных механизмов. Как правило, такие системы строятся как трехуровневые, сочетающие обязательное государственное, профессиональное и добровольное личное страхование. Поэтому эффективность пенсионного обеспечения возрастает, когда распределительные и накопительные схемы рационально связаны единой организационной структурой, методами и средствами контроля. Для реализации данного направления необходимо: во-первых, приоритетное использование распределительных принципов при формировании базовых пенсионных схем, во-вторых, использование накопительных принципов в пенсионных системах второго и третьего уровней и в качестве необходимого условия для обеспечения этого направления - повышение устойчивости финансового рынка России.

4. Необходимым условием модернизации российской системы пенсионного обеспечения должно стать расширение взносной базы для финансирования пенсионного обеспечения, что возможно за счет использования различных вариантов и их комбинаций. Это может быть достигнуто за счет: 1) увеличения доли федерального и регионального бюджетов в финансировании пенсионной системы. За счет этих источников поступлений выплачиваются прежде всего пенсии, финансируемые по принципу обеспечения (пенсии военнослужащим, социальные

пенсии), а также в ряде случаев региональные доплаты к пенсионным выплатам (из бюджетов субъектов Российской Федерации), 2) увеличения заработной платы работников в бюджетной сфере, а также пересмотр минимальной заработной платы в сторону ее повышения, 3) повышения мотивации работодателей к уплате страховых взносов за счет усиления страхового принципа в пенсионном обеспечении. Наиболее эффективным способом здесь может быть опыт стран южно-европейской модели, которые использовали смешанный метод расчета пенсии - на основе общего страхового стажа и суммы уплаченных взносов, 4) отмены регрессивного характера единого социального налога. Данная мера отвечает принципу социальной справедливости, 5) совершенствование инструментария учета занятости и доходов населения, что позволит сократить теневой сектор экономики.

5. Информационная прозрачность пенсионной реформы, поскольку успешный ее ход возможен только при одобрении и активном участии всего общества. Для обеспечения информационной открытости пенсионной системы, в частности, необходимо: 1) предоставление гражданам широкой информации по частным управляющим компаниям и негосударственным пенсионным фондам. Это подразумевает проведение информационной кампании среди населения для того, чтобы добиться его активности, 2) систематическая публикация информации об итогах работы субъектов пенсионной системы (в первую очередь о доходности по пенсионным накоплениям, которую обеспечивают управляющие компании и пенсионные фонды), 3) обеспечение информационной прозрачности всей пенсионной системы, включая Пенсионный фонд России и Внешэкономбанк как официальную государственную управляющую компанию.

Таким образом, в концептуальном плане результатом пенсионной реформы в принципе должна стать система, которая отвечала основным параметрам пенсионных систем развитых стран Евросоюза. Во-первых, она должна сочетать эффективность и экономическую самодостаточность с социальной ориентированностью. Во-вторых, это должна быть система, рационально совмещающая распределительные и накопительные элементы. При этом первый - распределительный - уровень системы должен существенно улучшиться, чтобы упорядочить и увеличить выплаты тем гражданам (социально незащищенным, малоимущим), которые не смогли в течение трудовой жизни обеспечить себе пенсию в рамках дополнительного профессионального или индивидуального пенсионного обеспечения. И в-третьих, эта система должна формировать ответственное и мотивированное отношение большинства граждан к своим сбережениям как форме заботы о своем будущем. Причем государство здесь должно играть главную роль, поощряя и стимулируя рост пенсионных сбережений. Это возможно (как показывает опыт зарубежных стран) путем разработки законодательных актов, поддерживающих расширение инвестиционного потенциала в стране, что будет способствовать созданию привлекательного инвестиционного климата и в перспективе - постепенному улучшению пенсионного обеспечения.

#### Специфика российской системы обязательного медицинского страхования и предложения по ее реформированию

Российская схема ОМС обладает рядом специфических особенностей, не позволяющих полностью охарактеризовать ее как страховую.

Во-первых, экономический механизм любой страховой деятельности предполагает определенную форму организации страхового фонда, которая должна обладать следующими основными характеристиками: 1) централизацией страхового фонда, 2) созданием страхового фонда за счет децентрализованных источников, то

есть страховых взносов страхователей; 3) расходование средств страхового фонда должно использоваться для страхового обеспечения убытков по наступившим рискам; 4) управление средствами страхового фонда должно осуществляться некоммерческой страховой организацией (страховщиком). Российская практика организации обязательного медицинского страхования имеет значительные отступления от классического механизма страхования. В первую очередь это связано с тем, что создание страховых фондов осуществляется не страховой организацией, а специально созданными для этой цели государственными некоммерческими организациями - Федеральным и территориальными фондами ОМС. В классическом механизме страхования недостаточный размер страховой премии или возможность ее неуплаты одним страхователем не влияет существенным образом на общую финансовую устойчивость страховой компании вследствие использования ею обычного для страхования гарантийного механизма - страховых резервов, формируемых из взносов других страхователей. Организационный механизм российской системы ОМС, в котором перечисление средств страховой компании осуществляется только территориальным фондом ОМС ведет к нарушению автономности страховой организации. Поскольку как в функциях страховой организации, так и фонда ОМС присутствуют черты страховой деятельности, то такие отношения между двумя участниками этой системы следует отнести скорее к внутриорганизационным.

Во-вторых, в российской системе ОМС функции страховщика оказываются разделенными между территориальными фондами и страховыми организациями. В результате, получение ЕСН возложено на один субъект, а страховые выплаты осуществляет другой. Вступивший в действие в 1999 г. Закон РФ "Об основах обязательного социального страхования" наделяет фонды ОМС функцией страховщика, что в перспективе может привести к получению фондами монопольного права на распределение средств между лечебными учреждениями. Действующая практика организации обязательного медицинского страхования в России показывает, что такой сценарий более чем реален, поскольку в ряде регионов страны (например, в республике Татарстан, Самарской области и других), где действует "фондовая" модель организации ОМС, территориальные фонды ОМС практически заместили страховщиков, взяв на себя их функции. Оставшиеся в рамках этой модели страховые медицинские организации занимаются только учетом застрахованных, а от финансовых потоков отстранены.

Большинство проблем российской системы обязательного медицинского страхования обусловлены социально-экономической ситуацией в стране. В ряду этих проблем можно выделить следующие: 1) существование финансового дефицита и значительной дифференциации в обеспеченности населения медицинскими услугами в различных субъектах России, 2) установленная ставка единого социального налога в Федеральном и территориальных фондах обязательного медицинского страхования не обеспечивает даже минимальные нужды здравоохранения. База взносов в России (впрочем, как и в других странах с переходной экономикой) продолжает постоянно уменьшаться по ряду причин, среди которых - уклонение от налогов в официальном и теневом секторах экономики, 3) проблемы системного характера, связанные с реализацией Закона РФ "О медицинском страховании граждан в РФ", которые проявляются во взаимоотношениях участников системы обязательного медицинского страхования на межрегиональном уровне. К числу таких проблем относятся: а) фактическое отсутствие конвертируемости полисов ОМС, что приводит к затруднениям в получении медицинской помощи вне места постоянного жительства. Это

объясняется сложной системой взаиморасчетов между страховыми медицинскими организациями и территориальными фондами ОМС, б) разнообразие тарифов на медицинские услуги, принятых в различных субъектах РФ, что усложняет взаиморасчеты между регионами и вызывает спорные ситуации, с) различные объемы территориальных программ ОМС, а именно их несоответствие базовой программе ОМС, что обусловлено различными финансовыми возможностями регионов.

Совершенствование российской системы обязательного медицинского страхования исходя из ее современного состояния и зарубежного опыта может осуществляться по следующим направлениям.

1. Установление единой организационно-финансовой модели обязательного медицинского страхования. Разнообразие форм реализации одного закона было обусловлено различными экономическими условиями субъектов РФ. Однако сегодня, когда со времени принятия закона прошло более 10 лет, выработка единого для всех регионов подхода, отвечающего действующему законодательству, способствовала бы улучшению функционирования всей системы обязательного медицинского страхования в целом. Главным в этом направлении должно стать приведение нормативно-правовых актов территорий в соответствие с федеральной политикой в области ОМС.

2. Изменение концептуальной основы финансирования системы ОМС. Это может быть достигнуто за счет следующих способов:

- Повышения ставки единого социального налога, направляемой на ОМС. Как показывает опыт зарубежных стран, и прежде всего государств Восточной Европы, снижение налогового финансирования в целях поощрения частного сектора не привело к улучшению финансирования медицинского страхования, а, наоборот, способствовало хроническому дефициту фондов медицинского страхования, хотя его размеры были меньше, чем в России. На сегодняшний день ставка взносов на ОМС в России является одной из самых низких не только среди стран Восточной Европы, но даже среди бывших республик СССР. Так, в среднем ставки взносов для наемных работников составляют около 13% в странах, где социальное медицинское страхование служит основным механизмом финансирования здравоохранения и 2-4%, где оно является дополнительным источником его доходов.
- Переход на принцип семейного страхования. Это может быть осуществлено двумя способами: страхованием неработающих членов семьи по месту работы лица, на иждивении которого они находятся или прямым отчислением в фонды ОМС фиксированной в процентах части подоходного налога. При таком подходе государственный бюджет в этой части может быть освобожден от платежей на ОМС. За счет бюджета будет страховаться только часть пенсионеров и безработных (как это и делается в большинстве стран ЕС). Введение подобного механизма должно сопровождаться льготным подоходным налогом страхователей, страхующих неработающих членов семьи.

3. Введение системы паритетного участия работодателя и работника в финансировании обязательного медицинского страхования. Данный вариант софинансирования населением системы ОМС можно рассматривать как одно из возможных решений проблемы, которое позволит повысить финансирование до уровня, требуемого для финансирования услуг, подпадающих под государственные гарантии. Важным эффектом такого решения было бы не только увеличение объема средств, поступающих в систему ОМС, но и возникновение серьезного основания для застрахованных предъявлять требования к страховщикам и лечебным учреждениям по поводу оказания качественной медицинской помощи в полном

объеме, предусмотренном программами ОМС без неофициальных платежей из личных средств пациентов за те или иные услуги.

4. Стимулирование программ добровольного медицинского страхования. В данном аспекте представляется полезным опыт стран ЕС со страховыми системами здравоохранения, где лица, застрахованные в ОМС, имеют возможность заключить договор дополнительного добровольного медицинского страхования для расширения объема предоставляемых медицинских услуг. При этом услуги, оказываемые по программам ДМС не дублируют медицинскую помощь, оказываемую в системе ОМС. Таким образом, стержнем реформирования системы ОМС должен быть поиск социально приемлемых и экономически рациональных форм привлечения средств населения. При этом крайне важно, чтобы поступающие в медицинские учреждения средства не увеличивали теневые доходы в экономике, а расходовались на развитие системы здравоохранения.

5. Реализация прав застрахованных в системе медицинского страхования. Обязательный характер системы ОМС, в том числе по опыту других государств, предполагает, что застрахованный вправе обратиться в любое медицинское учреждение, работающее в системе обязательного медицинского страхования. Поэтому должен быть последовательно выдержан принцип обязательности, а значит всеобщности, который характерен для системы ОМС именно потому, что речь идет об обязательном страховании.

\* \* \* \* \*

Исследование мирового опыта и российской практики социальной защиты населения, анализ ее значения и роли в позитивном решении проблем современного этапа рыночной трансформации экономики России позволили автору сделать *обобщающие выводы* и сформулировать *предложения*, нацеленные на совершенствование существующей отечественной системы социальной защиты.

К числу основных выводов диссертационного исследования относятся:

1. Задача большинства систем социальной защиты состоит в поддержании стабильности доходов людей, предоставлении равного доступа к медицинской помощи и оказании необходимых социальных услуг. Как организованная система она существует во многих странах мира. В экономически развитых государствах социальная защита является важнейшей частью национальной экономики, затраты на которую сегодня составляют более четверти валового внутреннего продукта. Наиболее развитые системы социальной защиты имеют страны Европейского союза. Благодаря системам социальной защиты современные европейские экономики получили название социально-ориентированных. Переходное состояние системы социальной защиты нашей страны открывает благоприятные возможности для использования наиболее удачных и эффективных примеров из опыта формирования, организации и функционирования систем социальной защиты в странах Европейского союза.

2. В качестве предмета социальной защиты населения необходимо рассматривать социальные риски. С помощью системы различных мер, входящих в систему социальной защиты населения государство управляет социальными рисками с целью компенсации ущерба, способствует снижению или предупреждению их воздействия на процесс расширенного воспроизводства населения. Таким образом, социальную защиту населения необходимо рассматривать как систему управления социальными рисками с целью компенсации ущерба, снижения или предупреждения их воздействия на процесс расширенного воспроизводства населения. Как социально-экономическая категория социальная

защита представляет собой отношения по перераспределению национального дохода в целях обеспечения установленных социальных стандартов жизни для каждого человека в условиях действия социальных рисков.

3. Необходимость государственной социальной защиты населения вызывается следующими причинами: 1) особенность организации современной экономики, в которой значительное число людей трудятся по найму. Поэтому временная или длительная утрата трудоспособности в организованном на основе рыночного разделения труда и профессиональной специализации обществе может привести к потере трудящимися источников существования; 2) невозможность современной семьи из-за небольшого числа ее членов служить неформальным институтом защиты против социальных рисков; 3) невозможность удовлетворительного социального обеспечения со стороны церковных, коммунальных или общественных объединений или благотворительных организаций; 4) невозможность снижения социальных рисков путем добровольного личного страхования для большинства граждан, поскольку такое страхование предусматривает достаточно высокие страховые взносы; 5) государственные социальные программы могут стать единственными, способными противостоять циклическим колебаниям современной экономики; 6) отсутствие обязательного страхования социальных рисков вызывает возникновение экономических издержек в случае существования незастрахованных лиц, которым общество вынуждено предоставлять социальную помощь при наступлении страхового случая.

4. Формирование современных систем социальной защиты связано с процессом индустриализации, усилением государственного регулирования социальных процессов, усложнением социально-демографической структуры общества. Пик развития систем социальной защиты приходится на 1960-1970 гг., когда многие государства приняли на себя высокие обязательства по обеспечению социальной защиты населения. Этому способствовали ускоренные темпы экономического роста, усиление роли государства в социально-экономических процессах, оформление теории "социального государства". Последующие экономические кризисы изменили ситуацию, в результате чего в 1980 - 1990 гг. обозначились основные проблемы современного этапа развития систем социальной защиты. Они были вызваны рядом причин демографического, политического и экономического характера. К 1980-м годам тенденция расширения социальной защиты исчерпала свои возможности, приблизившись к пороговым значениям.

5. В настоящее время отдельные национальные системы социальной защиты в странах ЕС сохраняют свою автономность, что в определенной степени тормозит процесс европейской интеграции. Несмотря на это, а также на то, что объединение рынков потенциально создает угрозу "социального демпинга", Евросоюз фиксирует в своих программных документах принцип сохранения уже достигнутых в тех или иных государствах-членах ЕС социальных стандартов. В этом случае ЕС не стремится к регулированию всех аспектов национальных систем социальной защиты, общие нормы ЕС определяют лишь минимальные социальные стандарты, ниже которых национальные правительства стран-участниц обязуются не опускать уровень социальной защиты.

6. В исследовании сформулированы методологические подходы к классификации программ социальной защиты населения; принципы организации и финансовый механизм основных программ социальной защиты в странах ЕС. В Европейском союзе можно выделить две основные модели пенсионного обеспечения: универсальные (национальные) системы пенсионного обеспечения и системы, построенные по страховому принципу - страховые. Важным моментом

типологизации пенсионных систем является круг охваченных пенсионным обеспечением, предпосылки, необходимые для получения права на пенсию, методы и источники финансирования, индексация пенсионных выплат, пенсионный возраст и другие критерии.

Сегодняшние проблемы пенсионного обеспечения в странах ЕС обусловлены демографической ситуацией и меняющимися социально-экономическими условиями. Реформирование пенсионных систем в странах ЕС осуществляется по следующим направлениям: 1) повышение возрастной границы выхода на пенсию и увеличение необходимого страхового стажа; 2) изменение порядка индексации пенсионных выплат; 3) стимулирование развития дополнительных профессиональных накопительных пенсионных программ и схем индивидуального пенсионного страхования; 4) уменьшение коэффициента замещения.

7. С точки зрения организационно-финансовых особенностей среди систем обязательного медицинского страхования в странах Европейского союза можно выделить две основные модели: страховую модель и модель национального здравоохранения (бюджетную). Система национального здравоохранения получила развитие в Великобритании, Швеции, Дании, Ирландии, Италии. Основными чертами этой модели являются: всеобщий охват населения услугами здравоохранения, налоговое финансирование, контроль со стороны парламента и управление правительственными органами. В рамках этой модели возможны два варианта финансирования здравоохранения: путем создания государственных фондов, ресурсы которых в дальнейшем используются для финансирования медицинских учреждений, либо с помощью прямого финансирования медицинских учреждений минуя государственные фонды. Важная характеристика бюджетных систем - равенство доступа к медицинским услугам всех граждан страны, а также экономичность (низкий уровень административных издержек). Для бюджетной модели характерны определенные недостатки, это: склонность к монополизму, недостаточный учет потребностей пациента, бюрократизация и авторитарность управления, неравенство в распределении медицинской помощи между различными административными территориями, давление со стороны поставщиков медицинских услуг в пользу увеличения частного финансирования и повышения доли сборов с пользователей.

Страховая система здравоохранения представлена в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах и Франции. В основе модели страхового здравоохранения лежит принцип профессиональной солидарности, предусматривающий существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и предпринимателями. Страховая система оплаты медицинской помощи по сравнению с бюджетной следующими преимуществами: адресность и целевой характер медицинской помощи, меньшая зависимость от политической конъюнктуры, возможность для страхователей и застрахованных осуществлять контроль за использованием страховых средств и качеством медицинской помощи. К недостаткам страховой модели здравоохранения следует отнести: небольшие возможности по охране общественного здоровья и санитарного просвещения, сложность управления и координации деятельности здравоохранения, угроза финансовой жизнеспособности из-за экономических и демографических изменений.

8. На базе анализа факторов, определяющих сегодняшнее состояние системы социальной защиты России в работе сформулированы следующие основные направления ее модернизации: 1) завершение формирования национальной системы социальной защиты, поскольку эффективная защита от социальных и профессиональных рисков может быть обеспечена в условиях взаимосвязи всех

видов социальной защиты; 2) усиление страховых механизмов финансирования социальной защиты; 3) учет российской специфики и успешного мирового опыта социальной защиты особенно опыта государств Европейского союза; 4) адаптация уже существующих социальных механизмов к рыночным отношениям и их развитие в новых условиях; 5) развитие систем социальной защиты, построенных на адресности программ социальной помощи как способа разрешения финансовых трудностей в организации социальной защиты.

9. Необходимость реформирования пенсионной системы в России была и в перспективе будет обусловлена в основном двумя группами причин: демографическими (старение населения) и экономическими (резкая дифференциация и снижение доходов населения, расширение теневой экономики и уклонение от уплаты налогов и взносов во внебюджетные социальные фонды, рост безработицы). С учетом зарубежного опыта выделены следующие приоритетные предложения по совершенствованию российской системы пенсионного обеспечения: 1) развитие многоуровневой пенсионной системы, где первый уровень представляют пенсии, не обусловленные предварительной выплатой страховых взносов. Второй уровень - обязательное пенсионное страхование работающих граждан с учетом величины страхового стажа и размера уплаченных взносов (в том числе и их накопительной части). И третий - добровольное профессиональное и личное пенсионное страхование; 2) развитие программ дополнительного профессионального и индивидуального пенсионного страхования; 3) оптимальное сочетание распределительного и накопительного принципов финансирования пенсионной системы. Для этого необходимо: во-первых, приоритетное использование распределительных принципов при формировании базовых пенсионных схем, во-вторых, использование накопительных принципов в пенсионных системах второго и третьего уровней и в качестве необходимого условия для обеспечения этого направления - повышение устойчивости финансового рынка России; 4) расширение взносной базы для финансирования пенсионного обеспечения, что возможно за счет: увеличения доли федерального и регионального бюджетов в финансировании пенсионной системы, увеличения заработной платы работников в бюджетной сфере, пересмотра минимальной заработной платы в сторону ее повышения, повышения мотивации работодателей к уплате страховых взносов за счет усиления страхового принципа в пенсионном обеспечении; 5) информационная прозрачность пенсионной реформы.

10. Большинство проблем российской системы обязательного медицинского страхования обусловлены социально-экономической ситуацией в стране. Сюда следует отнести следующие проблемы: 1) финансовый дефицит и значительная дифференциация в обеспеченности населения медицинскими услугами в различных субъектах России; 2) установленная ставка единого социального налога в Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования не обеспечивает даже минимальные нужды здравоохранения; 3) проблемы системного характера, связанные с реализацией Закона РФ "О медицинском страховании граждан в РФ", к ним относятся: а) отсутствие конвертируемости полисов ОМС, что приводит к затруднениям в получении медицинской помощи вне места постоянного жительства, б) разнообразие тарифов на медицинские услуги, принятых в различных субъектах РФ, что усложняет взаиморасчеты между регионами и вызывает спорные ситуации, в) различные объемы территориальных программ ОМС, а именно их несоответствие базовой программе ОМС, что обусловлено различными финансовыми возможностями регионов.

Совершенствование системы обязательного медицинского страхования исходя из

ее современного состояния и зарубежного опыта может осуществляться по следующим направлениям. 1) установление единой организационно-финансовой модели обязательного медицинского страхования; 2) изменение концептуальной основы финансирования системы ОМС, что возможно за счет повышения ставки единого социального налога, направляемой на ОМС, перехода на принцип совместного (семейного) страхования. При таком подходе государственный бюджет в этой части может быть освобожден от платежей на ОМС; 3) введение системы паритетного участия работодателя и работника в финансировании обязательного медицинского страхования; 4) стимулирование программ добровольного медицинского страхования; 5) реализация и защита прав застрахованного в системе медицинского страхования.

По теме диссертации автором опубликовано 18 работ общим объемом 43,5 п.л.:

Статьи в журналах из перечня ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, определенного ВАК

1. Антропов В.В. Социальная помощь в Германии // Труд за рубежом. 2002. №3. - 0,6 п.л.
2. Антропов В.В. Страхование по безработице в Швеции // Труд за рубежом. 2004. №3. - 0,5 п.л.
3. Антропов В.В. Система социального обеспечения во Франции: опыт и перспективы // Труд за рубежом. 2005. №2. - 1,2 п.л.
4. Антропов В.В. Системы пенсионного обеспечения в странах ЕС // Труд и социальные отношения. 2005. №3. - 1 п.л.
5. Антропов В.В. Система социальной защиты в Великобритании // Труд за рубежом. 2005. №3. - 1,2 п.л.
6. Антропов В.В. Социальная защита в странах ЕС: современные тенденции, проблемы и перспективы // Труд за рубежом. 2005. №4. - 0,6 п.л.
7. Антропов В.В. Бюджетная система здравоохранения: три варианта одной модели // Экономика здравоохранения. 2005. № 11-12. - 0,6 п.л.
8. Антропов В.В. Системы медицинского страхования в государствах-членах ЕС // Труд за рубежом. 2006. №2. - 1 п.л.
9. Антропов В.В. Медицинское страхование в Германии // Экономика здравоохранения. 2005. №4. - 0,7 п.л.
10. Антропов В.В. Модели социальной защиты в странах Европейского союза // Мировая экономика и международные отношения. 2005. №11. - 1,1 п.л.
11. Антропов В.В. Шведская модель социальной защиты // Народонаселение. 2005. №4. - 0,8 п.л.
12. Антропов В.В. Здравоохранение и медицинское страхование в Швеции // Проблемы управления здравоохранением. 2006. №1. - 0,6 п.л.
13. Антропов В.В. Проблемы занятости и социальной защиты женщин в странах Евросоюза // Труд за рубежом. 2006. №1. - 0,6 п.л.
14. Антропов В.В. Здравоохранение в Германии: исцеление для всех // Современная Европа. 2006. №3. - 1,1 п.л.
15. Антропов В.В. Система социальной защиты населения в Италии // Управление персоналом. 2006. №8. - 1,1 п.л.

Монографии

16. Антропов В.В. Социальная рыночная экономика: путь Германии. - М.: Экономика, 2003. - 11,76 п.л.
17. Антропов В.В. Социальная защита в странах Европейского союза. - М.:

Экономика, 2006. - 17 п.л.

Публикации в зарубежных изданиях

18. Antropov V; Bossert A. Die soziale Komponente in der Wirtschaftsordnung der Russischen Foederation // Volkswirtschaftliche Diskussionsreihe, Universitaet Augsburg. 2005. №273 - 2 п.л.