

33
А-874

БАКАЛАВР. АКАДЕМИЧЕСКИЙ КУРС

А. П. Архипов

СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

УЧЕБНИК и ПРАКТИКУМ

2-е издание



СООТВЕТСТВУЕТ
ПРОГРАММАМ
ВЕДУЩИХ НАУЧНО-
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ
ШКОЛ

Юрайт
ИЗДАТЕЛЬСТВО

biblio-online.ru

УМО ВО рекомендует

А. П. Архипов

СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

УЧЕБНИК И ПРАКТИКУМ
ДЛЯ АКАДЕМИЧЕСКОГО БАКАЛАВРИАТА

2-е издание, переработанное и дополненное

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебника для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по экономическим направлениям*

Книга доступна в электронной библиотечной системе
biblio-online.ru

Москва • Юрайт • 2019

УДК 369(075.8)
ББК 65.272я73
А87

Автор:

Архипов Александр Петрович — профессор, доктор экономических наук, кандидат технических наук, профессор кафедры управления рисками, страхования и ценных бумаг финансового факультета Российского экономического университета имени Г. В. Плеханова.

Рецензенты:

Сафонов А. Л. — доктор экономических наук, профессор, проректор по развитию Академии труда и социальных отношений;

Кириллова Н. Д. — профессор, доктор экономических наук, профессор кафедры страхового дела Финансового университета при Правительстве Российской Федерации.

Архипов, А. П.

А87 Социальное страхование : учебник и практикум для академического бакалавриата / А. П. Архипов. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Издательство Юрайт, 2019. — 301 с. — Серия : Бакалавр. Академический курс.

ISBN 978-5-534-01524-9

В учебнике системно излагаются вопросы истории, теории, законодательной основы, понятийный аппарат, виды, методы и тарифы обязательного и добровольного социального страхования в сферах здравоохранения, пенсионного обеспечения и профессиональных рисков. Изложены принципы организации систем медицинского, пенсионного и социального страхования, требования к страховщикам и условиям их работы.

Приведены необходимые для понимания курса выдержки из нормативных документов по всем видам социального страхования в России, рассмотрены основные стратегии и концепции социального развития России, приведены формулы для расчета страховых тарифов и дан общий обзор организации социального страхования в развитых зарубежных странах.

Соответствует актуальным требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Для студентов и аспирантов экономических и финансовых высших учебных заведений, но может применяться в учебных программах бакалавров, а также в иных системах образования и профессиональной переподготовки кадров, специалистами государственных внебюджетных и корпоративных фондов и органов социальной защиты населения, страховых компаний и всеми, желающими получить более подробное представление о современном социальном страховании.

УДК 369(075.8)
ББК 65.272я73



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

ISBN 978-5-534-01524-9

© Архипов А. П., 2014
© Архипов А. П., 2016, с изменениями
© ООО «Издательство Юрайт», 2019

Оглавление

Предисловие	6
Принятые сокращения.....	8
Глава 1. Развитие и становление социального страхования в России и мире	12
1.1. Социальные риски и их историческая трансформация	12
1.2. История социального обеспечения и социального страхования в России.....	22
1.3. Мировой опыт построения национальных систем обязательного социального страхования.....	38
1.4. Современные концепции социального страхования и переход к социальному государству	41
1.5. Финансовые источники социального обеспечения.....	43
1.6. Модели управления системой социального страхования	48
1.7. Особенности системы и институциональных основ социального страхования в России.....	51
Выводы.....	58
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>59</i>
Глава 2. Медицинское страхование	60
2.1. Исторический обзор развития медицинского страхования в России.....	60
2.2. Структура и правовые основы современной системы медицинского страхования в России.....	75
2.3. Обязательное и добровольное медицинское страхование	89
2.4. Роль медицинского страхования в финансировании здравоохранения	95
2.5. Источники финансирования и тарификация медицинского страхования	101
2.6. Основные проблемы медицинского страхования и поиски решений.....	108
Выводы.....	110
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>111</i>
Глава 3. Пенсионное страхование	112
3.1. Исторический обзор становления и развития пенсионного страхования в России.....	112
3.2. Структура и правовые основы пенсионной системы в современной России.....	125
3.2.1. Государственное пенсионное обеспечение	125
3.2.2. Обязательное пенсионное страхование	130
3.2.3. Негосударственное пенсионное страхование	149
3.3. Источники финансирования пенсионного страхования	156

3.4. Основные направления реформирования пенсионной системы.....	160
Выводы.....	163
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>164</i>
Глава 4. Страхование от несчастных случаев и заболеваний	165
4.1. Исторический обзор страхования от несчастных случаев и заболеваний в России.....	165
4.2. Структура и правовые основы системы страхования от несчастных случаев и заболеваний в России.....	169
4.3. Обязательное социальное страхование от несчастных случаев и заболеваний.....	171
4.3.1. Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.....	171
4.3.2. Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	182
4.3.3. Добровольное страхование от несчастных случаев и болезней	188
4.4. Источники финансирования страхования от несчастных случаев и заболеваний.....	192
4.5. Тарификация рисков в социальном страховании от несчастных случаев, заболеваний и в связи с материнством.....	194
4.5.1. Расчет тарифа в обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.....	194
4.5.2. Оценка и тарификация профессионального риска в обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	198
4.5.3. Расчет тарифа в добровольном страховании от несчастных случаев и болезней	205
4.6. Основные проблемы обязательного социального страхования от несчастных случаев, заболеваний и в связи с материнством и поиски их решений.....	208
Выводы.....	210
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>211</i>
Глава 5. Стратегии социального развития России	213
5.1. Государственная социальная политика и социальное страхование	213
5.2. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.....	221
5.3. Направления долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации.....	227
5.4. Государственная программа развития здравоохранения	231
5.5. Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации.....	241
Выводы.....	247
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>248</i>
Глава 6. Взаимодействие государства и бизнеса в социальной сфере	249
6.1. Трансформация роли бизнеса в социальной сфере.....	249
6.2. Государственное стимулирование социальной ответственности бизнеса.....	259

6.3. Государственно-частное партнерство в социальной сфере.....	262
6.4. Персональные социальные программы	267
Выводы.....	271
<i>Вопросы и задания для самоконтроля.....</i>	<i>273</i>
Практикум	274
Библиография.....	287
Словарь терминов	290

Предисловие

Большая часть работающих людей живет исключительно своим заработком. Работать, т.е. продавать свой труд, трудящийся может до тех пор, пока он здоров и работоспособен. Болезнь, увечье, старость, а у женщин — беременность и послеродовой период, лишают работника работоспособности. Он и его семья впадают в нужду. Смерть кормильца приводит к голоду и обнищанию семьи. Такая необеспеченность трудящихся влечет за собой неуверенность в завтрашнем дне и заметно снижает качество жизни. Обеспечить работника во всех случаях нужды может лишь одно средство. Это — социальное обеспечение, которое обычно реализуется через систему социального страхования. «Социальным» оно называется потому, что связано с жизнью и деятельностью всего общества и присущими ему общественными, или социальными, рисками.

Управление социальными рисками с целью снижения и компенсации их последствий является одной из важнейших задач общества и государства. Сегодня практически во всех странах успешное решение вопросов социального обеспечения и социального страхования становится важнейшим условием социально-экономического развития.

Предлагаемый читателю учебник посвящен рассмотрению и анализу всех используемых в России видов социального страхования в их взаимодействии между собой и основан на изучении и обобщении нормативных правовых актов, теоретических основ и лучших отечественных практик, и собственном многолетнем опыте работы автора в системе социального страхования.

Учебник включает шесть глав, первая из которых посвящена теории социального страхования, во второй, третьей и четвертой рассматриваются правовые основы и методы обязательного и добровольного медицинского, пенсионного страхования и страхования профессиональных рисков, пятая посвящена современным стратегиям социально-экономического развития России, в шестой главе — взаимодействие государства и бизнеса в социальной сфере. По каждому виду социального страхования приведена методика расчета страховых тарифов. В рамках бакалавриата можно ограничиться главами 1–4, в магистратуре следует изучать полный курс.

За время, прошедшее с 1-го издания учебника, коренным образом изменилось обязательное пенсионное страхование, были внесены поправки и в другие виды обязательного социального страхования. Эти и другие изменения отражены в новом издании.

Содержание учебника соответствует актуальным требованиям федеральных государственных образовательных стандартов высшего образова-

ния по направлениям «Менеджмент», «Финансы и кредит» и другим экономическим направлениям и специальностям.

Учебный курс «Социальное страхование» входит в программы высшего профессионального образования для подготовки магистров со специализацией (профилем) страхование.

В результате изучения дисциплины «Социальное страхование» студент будет:

знать

- сущность и содержание основных финансово-правовых категорий, отражающих предметную область данного учебного курса;
- многообразие форм и направлений социальной поддержки граждан России в определенных жизненных ситуациях;
- основные тенденции развития института социального страхования в России;

уметь

- оперировать ключевыми понятиями и категориями системы социального страхования и социального обеспечения;
- применять полученные знания для анализа статистических, информационных и нормативных материалов по применению и совершенствованию социального страхования и социального обеспечения;
- делать расчеты по определению размера страхового обеспечения и трудовой пенсии;

владеть

- понятийным аппаратом современного социального страхования;
- навыками организации, планирования экономических процессов в сфере социального обслуживания;
- способностью проводить исследования по выявлению уровня социального благополучия у разных групп населения.

Учебник предназначен для системы высшего профессионального образования в сфере экономики, менеджмента и финансов и системы профессиональной переподготовки. Он может быть полезен начинающим специалистам государственных внебюджетных и корпоративных фондов, организаций социальной защиты населения и страховых компаний.

Принятые сокращения

Нормативные правовые акты (в редакциях действующих на 01.12.2015)

Конституция РФ – Конституция Российской Федерации, принята все-народным голосованием 12.12.1993 (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ и от 30.12.2008 № 7-ФКЗ)

БК РФ – Бюджетный кодекс Российской Федерации от 31.07.1998 № 145-ФЗ

ГК РФ – Гражданский кодекс Российской Федерации: часть первая от 30.11.1994 № 51-ФЗ; часть вторая от 26.01.1996 № 14-ФЗ; часть третья от 26.11.2001 № 146-ФЗ; часть четвертая от 18.12.2006 № 230-ФЗ

КоАП РФ – Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях – Федеральный закон от 30.12.2001 № 195-ФЗ

НК РФ – Налоговый кодекс Российской Федерации: часть первая от 31.07.1998 № 146-ФЗ; часть вторая от 05.08.2000 № 117-ФЗ

Закон о внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам обязательного пенсионного страхования – Федеральный закон от 03.12.2012 № 243-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам обязательного пенсионного страхования»

Закон о гарантировании прав застрахованных лиц в системе обязательного пенсионного страхования – Федеральный закон от 28.12.2013 № 422-ФЗ «О гарантировании прав застрахованных лиц в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации при формировании и инвестировании средств пенсионных накоплений, установлении и осуществлении выплат за счет средств пенсионных накоплений»

Закон о государственно-частном партнерстве – Федеральный закон от 13.07.2015 № 224-ФЗ «О государственно-частном партнерстве, муниципально-частном партнерстве в Российской Федерации и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации»

Закон о государственном пенсионном обеспечении – Федеральный закон от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»

Закон о государственных пособиях гражданам, имеющим детей – Федеральный закон от 19.05.1995 № 81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»

Закон о дополнительных страховых взносах – Федеральный закон от 30.04.2008 № 56-ФЗ «О дополнительных страховых взносах на накопи-

тельную часть трудовой пенсии и государственной поддержке формирования пенсионных накоплений»

Закон об инвестировании средств – Федеральный закон от 24.07.2002 № 111-ФЗ «Об инвестировании средств для финансирования накопительной части трудовой пенсии в Российской Федерации»

Закон о медицинском страховании – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Закон о негосударственных пенсионных фондах – Федеральный закон от 07.05.1998 № 75-ФЗ «О негосударственных пенсионных фондах»

Закон об обязательном пенсионном страховании – Федеральный закон от 15.12.2001 № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»

Закон об обязательном социальном страховании от несчастных случаев – Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

Закон об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности – Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

Закон об организации страхового дела – Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»

Закон об основах обязательного социального страхования – Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»

Закон об основах охраны здоровья граждан – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Закон о пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу – Закон РФ от 12.02.1993 № 4468-1 «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей»

Закон о персональных данных – Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных»

Закон о порядке финансирования выплат за счет средств пенсионных накоплений – Федеральный закон от 30.11.2011 № 360-ФЗ «О порядке финансирования выплат за счет средств пенсионных накоплений»

Закон о страховых взносах – Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»

Закон о страховых тарифах на обязательное социальное страхование – Федеральный закон от 02.12.2013 № 323-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на про-

изводстве и профессиональных заболеваний на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»

Закон о страховых пенсиях – Федеральный закон от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»

Закон о трудовых пенсиях – Федеральный закон от 17.12.2001 № 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации»

Программа развития здравоохранения – государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения», утверждена распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р

Концепция демографической политики – Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утверждена Указом Президента РФ от 09.10.2007 № 1351

Концепция-2020 – Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утверждена распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р

Порядок подтверждения основного вида экономической деятельности – приказ Минздравсоцразвития РФ от 31.01.2006 № 55 «Об утверждении порядка подтверждения основного вида экономической деятельности страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний – юридического лица, а также видов экономической деятельности подразделений страхователя, являющихся самостоятельными классификационными единицами»

Правила отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска – постановление Правительства РФ от 01.12.2005 № 713 «Об утверждении Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска»

Стратегия – Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации, утверждена распоряжением Правительства РФ от 25.12.2012 № 2524-р

Прочие сокращения

АН – Академия наук

Банк России – Центральный банк Российской Федерации

ВВП – валовой внутренний продукт

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВС – Верховный Совет

ВЦИК – Всероссийский Центральный Исполнительный Комитет

Госдума – Государственная Дума

ДМС – добровольное медицинское страхование

Евросоюз (ЕС) – Европейский союз

ИПК – индивидуальный пенсионный коэффициент

МОТ – Международная организация труда

НДФЛ – налог на доходы физических лиц

НПФ – негосударственный пенсионный фонд

ОМС – обязательное медицинское страхование

ООН – Организация Объединенных Наций

ОЭСР – Организация экономического сотрудничества и развития
ПФР – Пенсионный фонд Российской Федерации
РАН – Российская академия наук
РСФСР – Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика
РФ – Российская Федерация
СМИ – средства массовой информации
СМО – страховые медицинские организации
СНК – Совет Народных Комиссаров
Совмин (СМ) – Совет Министров СССР
СССР – Союз Советских Социалистических Республик
ФОТ – фонд оплаты труда, облагаемый обязательными страховыми взносами
ФСС – Фонд социального страхования Российской Федерации
ФСФР – Федеральная служба по финансовым рынкам
ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ЦИК – Центральный Исполнительный Комитет

Глава 1

РАЗВИТИЕ И СТАНОВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И МИРЕ

В результате изучения главы студент будет:

- *знать* основные понятия и виды социального страхования, исторические этапы его развития, финансовые источники, структуру построения, основные институты;
- *уметь* формулировать цель и задачи социального страхования по его основным видам, оценивать влияние социального страхования на общество и отдельного человека;
- *владеть* пониманием взаимосвязи социального страхования и социально-экономического благополучия человека.

Ключевые термины: социальные риски, социальное признание, социальное обеспечение, социальное страхование, социальное бюджетирование, производственный травматизм, управление социальным риском, государственные внебюджетные фонды, страховщики, страхователи и застрахованные в обязательном социальном страховании.

1.1. Социальные риски и их историческая трансформация

Окружающая среда в некоторых своих состояниях представляет опасность для живых организмов, в том числе и для человека. Эти состояния могут быть определенными и длительными, но могут возникать периодически, случайно. В этом, возможно, проявляется принцип неопределенности Гейзенберга¹, но, скорее всего, происходит взаимодействие такого большого числа неслучайных факторов, что результат этого взаимодействия не может быть рассчитан точно при современных вычислительных возможностях и воспринимается как неопределенный и случайный. Сегодня это пытаются описать с помощью теории хаоса². Формально, теория хаоса определяется как учение о сложных нелинейных динамических системах, основанное на математических концепциях рекурсии, в форме рекурсивного процесса или набора дифференциальных уравнений, моделирующих физическую систему.

Живые существа в силу проявления инстинкта самосохранения, присущего всем живым организмам, стараются защититься от опасных проявлений окружающей среды и в зависимости от уровня своего развития предугадать наступление этих проявлений. По мере своего развития люди (и многие животные) осознают (либо приобретают рефлекс), что в каче-

¹ Мандельштам Л. И., Тамм И. Е. Соотношение неопределенности энергия-время в нерелятивистской квантовой механике // Известия АН СССР. Серия физическая. 1945. Т. 9. С. 122–128.

² Арнольд В. И. Теория катастроф. М.: Едиториал УРСС, 2004. С. 128.

стве защиты от неблагоприятных проявлений окружающей среды, которые можно предвидеть (расчет, сознательный или интуитивный), подходит метод создания запасов. Далее по мере возникновения и развития человеческого общества люди осознали, что запасы эффективнее делать коллективно, в максимально сохраняемой и ликвидной форме, а распределять их следует среди пострадавших как от действий стихии, так и от социальных явлений (утраты трудоспособности, кормильца и пр.).

Внимание к условиям труда человека, в том числе к вопросам защиты его здоровья, отмечается на самых ранних стадиях развития человечества. Ряд научных трудов Аристотеля, Гиппократ и других ученых древности посвящены изучению этого вопроса. Предоставление социальной помощи гражданам в случае болезни имеет давнюю традицию. Еще в Древней Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получении травмы, утраты трудоспособности вследствие длительного заболевания или увечья. В средние века защитой населения в случае болезни или наступления инвалидности занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы) и церковь.

На дальнейшее развитие социальной помощи и социального страхования оказало влияние экономическое развитие общества и трудовых отношений, а также развитие практики и теории страхования. Так, в частности, немецкий ученый А. Вагнер, автор теории распределения и возмещения вреда, рассматривал социальное страхование как форму высшей солидарности, которая только и может привести к победе над односторонним классовым эгоизмом при помощи трех средств: выравнивании интересов, любви к отечеству и религии¹. В основе другой теории, предложенной итальянским экономистом Т. Гобби, лежит категория эвентуальной потребности, которая включает в круг задач страхования, помимо необходимости возмещения прямого непосредственного имущественного вреда, покрытие других видов вреда, включая и социальные — утрата дохода из-за потери трудоспособности вследствие болезни, несчастного случая или утрата возможности получать средства к существованию (старость, смерть кормильца). Важным моментом теории эвентуальной потребности является введение понятия будущей потребности (заранее неизвестной и случайной), а также организации распределения связанных с этим затрат между множеством лиц, подверженных данным рискам.

Социально-философская доктрина субсидиарности (субсидия — помощь, поддержка), или оптимальной поддержки, В. Э. фон Кеттелера тесно связана с доктринами естественных прав человека и правового государства. Предмет ее рассмотрения — распределение компетенции и властных полномочий между органами государственной власти и структурами гражданского общества. Организационные, правовые и экономические механизмы построения субсидиарных отношений базируются на децентрализации властных полномочий и распределении компетенции, функций и ответственности между отдельными субъектами — государством, мест-

¹ *Архипов А. П.* О теоретических основах страховой деятельности // *Финансы.* 2010. № 1. С. 39–43.

ным самоуправлением, работниками и работодателями. В области социальной защиты этот подход реализуется в механизмах самоуправления организаций социального страхования, что способствует значительному ослаблению общественных конфликтов в сфере социальных отношений¹.

Еще одной доктриной (которая разрабатывалась О. Контом, Л. Дюги, Л. Буржуа, Э. Дюркгеймом), оказавшей существенное влияние на формирование института социального страхования, является доктрина солидарности. Смысловое содержание понятия «солидарность» (лат. *solidare* – прочно соединять, связывать) означает взаимосвязанность и взаимную ответственность индивида и общества. Солидарность опирается на укорененную в общественном сознании моральную установку на взаимопомощь людей. Считается, что в любом обществе его члены взаимосвязаны, а следовательно, должны отвечать друг за друга и помогать друг другу. Содержание и формы солидарности (семейная, профессиональная, соседская, общинная, городская, национальная) во многом определяют внутреннюю структуру общества.

Собственно, идея распространения страховых соглашений на людей в связи с риском потери дохода возникает в конце XVIII в. Однако она сразу столкнулась с возражением, что применение принципа страхования к людям будет подрывать чувство личной ответственности и провоцировать беззаботное отношение к своему будущему. Однако социалисты полагали, что роль государства в системе социального страхования связана с решением тех задач, которые не удастся решить на основе добровольного обмена между независимыми друг от друга обладателями прав собственности. Подробно дискуссия между либералами, настаивавшими на личной ответственности каждого гражданина и собственника, и социалистами, апеллировавшими к социальной солидарности, описана французским исследователем П. Розанваллоном².

Социальные риски существовали на всем протяжении развития человечества. По мере восходящего развития общества увеличивалось их число и возрастала мера опасности. С возникновением капиталистических отношений социальный риск стал неотъемлемой чертой общества. Сообразно развитию экономики и общественных отношений развивалось и понятие социальных рисков. В конечном итоге властные структуры осознали, что выделение части общественного и личного дохода на ликвидацию бедности и поддержку людей, утративших способность и возможность зарабатывать на жизнь своим трудом, обходится дешевле, нежели революционные изменения общественного строя. В результате к концу XIX в. в развитых экономических странах сложилась и в XX в. распространилась на большинство стран система социального страхования, включавшая защиту большей части или всего населения от социальных рисков утраты трудоспособности вследствие болезней, травм, старения. В немалой степени этому способствовали Вторая мировая война, приведшая к объединению экономик европейских стран и технический прогресс.

¹ Роиц В. Д. Социальная модель государства: опыт стран Европы и выбор современной России // Аналитический вестник Совета Федерации. 2006. № 6 (294). С. 54–80.

² Розанваллон П. Новый социальный вопрос. Переосмысливая государство всеобщего благосостояния: пер. с фр. М.: Ad marginem, 1997. С. 18–31.

camc

Структура смертности в зависимости от причин¹

Страна	Год	Число умерших на 100 000 чел. населения вследствие:							
		Инфекционные и паразитарные болезни	Злокачественные новообразования	Болезни системы кровообращения			Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины смерти, в том числе, несчастные случаи
				всего	ишемическая болезнь сердца	цереброваскулярные болезни			
Россия	2009	22,4	180,9	684,3	352,4	221,4	49,5	56,7	145,2
Страны Евросоюза									
Австрия	2009	5,3	157,9	213,0	97,8	33,6	28,3	26,3	38,8
Бельгия	2005	15,3	174,5	198,2	67,5	43,7	68,9	29,4	50,3
Болгария	2009	6,4	161,2	605,0	116,1	174,9	39,7	32,2	39,2
Великобритания	2008	7,8	175,9	181,5	87,7	47,1	74,7	33,3	27,9
Венгрия	2009	3,8	243,2	421,2	214,8	90,8	44,3	65,6	58,9
Германия	2009	10,4	159,8	217,1	84,4	37,6	39,5	30,6	27,9
Греция	2009	6,2	153,5	244,6	67,4	74,7	53,7	14,5	29,9
Дания	2009	9,3	188,9	159,5	59,8	41,4	66,5	34,2	32,2
Ирландия	2009	5,2	180,8	190,1	102,3	40,5	70,6	24,3	41,1
Испания	2008	11,2	154,6	151,4	47,4	38,2	52,8	27,2	26,8
Италия	2008	8,2	161,2	173,8	60,3	47,3	28,6	21,4	27,4
Кипр	2009	7,4	123,1	194,4	70,7	36,9	39,4	14,5	34,7

¹ Российский статистический ежегодник. 2011 : стат. сб. / Росстат. М., 2011. С. 795.

Окончание табл. 1.1

Страна	Год	Число умерших на 100 000 чел. населения вследствие:							
		Инфекционные и паразитарные болезни	Злокачественные новообразования	Болезни системы кровообращения			Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Внешние причины смерти, в том числе, несчастные случаи
				всего	ишемическая болезнь сердца	цереброваскулярные болезни			
Латвия	2009	11,9	193,5	479,5	254,5	132,3	22,7	37,4	86,7
Литва	2009	11,9	190,5	496,8	305,1	119,5	35,7	56,3	115,9
Люксембург	2008	16,0	152,4	189,3	57,5	42,9	39,8	26,2	37,8
Мальта	2007	4,2	155,0	231,5	119,9	59,4	52,2	19,1	30,1
Нидерланды	2009	8,1	182,4	150,2	42,8	34,0	52,8	20,7	26,4
Польша	2009	6,3	201,6	355,4	96,7	72,2	41,8	37,0	57,3
Португалия	2006	17,1	156,2	177,6	42,2	74,7	63,7	29,3	32,9
Румыния	2009	10,1	181,4	548,4	188,8	169,8	50,6	66,0	52,6
Словакия	2009	6,0	197,0	450,0	270,1	94,9	51,7	49,9	51,1
Словения	2009	3,0	198,5	231,7	64,4	66,2	37,8	40,8	61,2
Финляндия	2009	4,9	134,8	218,1	122,5	45,9	24,4	34,9	63,8
Франция	2008	10,2	166,7	124,0	33,8	27,0	27,2	24,5	44,0
Чехия	2009	7,8	197,5	357,2	170,2	79,1	43,8	35,9	48,2
Швеция	2009	10,4	144,8	186,9	83,7	40,5	30,7	17,9	37,1
Эстония	2009	9,6	187,3	423,6	204,8	66,2	23,9	36,7	87,7

Таблица 1.2

Причины смертности в России в 2014 г.

Причины смерти	Всего, чел.		На 100 тыс. населения	
	2014 г.	2013 г.	2014 г.	2013 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	31 143	31 145	21,3	21,4
В том числе:				
кишечные инфекции	335	311	0,2	0,2
туберкулез (все формы)	14 382	16 150	9,8	11,1
другие инфекционные и паразитарные болезни	16 426	14 684	11,2	10,1
Новообразования	293 636	293 714	201,1	201,6
В том числе злокачественные	290 182	290 587	198,7	199,4
Болезни системы кровообращения	954 553	1 019 891	653,7	700,0
В том числе:				
гипертоническая болезнь	19 689	21 500	13,5	14,8
ишемическая болезнь,	502 815	541 719	344,3	371,8
из них инфаркт миокарда	65 489	65 464	44,8	44,9
цереброваскулярные болезни	297 870	314 305	204,0	215,7
другие болезни системы кровообращения	134 179	142 367	91,9	97,7
Болезни органов дыхания	77 466	72 715	53,0	49,9
В том числе:				
грипп и ОРЗ	490	625	0,3	0,4
пневмония	38 438	37 246	26,3	25,6
другие болезни органов дыхания	38 538	34 844	26,4	23,9
Болезни органов пищеварения	96 590	88 810	66,1	61,0
Внешние причины смерти	173 523	174 046	118,8	119,5
В том числе:				
все виды транспортных несчастных случаев,	28 865	28 721	19,8	19,7
из них ДТП	20 372	20 455	14,0	14,0
случайные отравления алкоголем	9 722	9 966	6,7	6,8
прочие отравления	10 498	10 857	7,2	7,5

Причины смерти	Всего, чел.		На 100 тыс. населения	
	2014 г.	2013 г.	2014 г.	2013 г.
случайные утопления	7262	7242	5,0	5,0
самоубийства	26637	28624	18,2	19,6
убийства	12735	14077	8,7	9,7
прочие внешние причины	77804	74559	53,3	51,2
Прочие болезни	286702	230302	196,3	158,1
Всего умерших от всех причин	1913613	1910623	1310,5	1311,4

Эти факторы в сочетании с плохо налаженной системой учета и регистрации случаев травматизма на производстве и профессиональных заболеваний маскируют реально возрастающие опасности, связанные с трудовой деятельностью. Следует помнить, что публикуемые в развивающихся странах официальные данные о несчастных случаях и происшествиях на производстве не отражают реально сложившуюся там ситуацию.

И это только те социальные риски, которые связаны с производством в мирное время. Однако в последние годы мы наблюдаем резкое усиление ограниченных военных конфликтов, постепенно превращающихся в ширококомасштабные (Северная Африка, Ближний Восток и другие регионы), глобальные природные аномалии, приводящие к гибели тысяч и миллионов людей, утративших средства к существованию, неравномерное распределение общественного дохода, влекущее за собой обнищание целых стран, все большую чувствительность национальных экономик к локальным финансовым и экономическим кризисам, способствующую перерастанию местных кризисов в мировые.

В связи с развитием глобализации социальный риск стал элементом транснационального и межгосударственного взаимодействия, что дает основание некоторым социологам называть современное развитое общество «обществом риска».

Мнение эксперта

Общество риска подразумевает, что прошлое теряет свою детерминирующую силу для современности. На его место — как причина нынешней жизни и деятельности — приходит будущее, т.е. нечто несуществующее, конструируемое, вымышленное. Когда мы говорим о рисках, мы спорим о чем-то, чего нет, но что могло бы произойти, если сейчас немедленно не переложить руль в противоположном направлении.

В классовых обществах бытие определяет сознание, в то время как в обществе риска сознание определяет бытие. Соответственно политический потенциал общества риска должен рассматриваться и анализироваться в социологии и теории возникновения и распространения знания о рисках.

Цель глобального сообщества, объединившегося перед лицом незримой опасности, не в том, чтобы уничтожить риск, а в том, чтобы сделать его общезвестным, под-

контрольным, управляемым, но вопрос, как этого достичь в условиях современности, остается открытым.

Ульрих Бек, ФРГ, социолог,
автор теории общества рисков

Можно полностью согласиться с мнением У. Бека о том, что будущее несет нам новые социальные риски, однако тезис о новых социальных рисках, как новых возможностях развития и совершенствования общества, нуждается как минимум в осмыслении.

В настоящее время не только в российской, но и в западной социологии наблюдается методологическая неопределенность относительно понятия, сущности и типов социального риска. Содержание понятия «социальный риск» различно для социального обеспечения и социального страхования. Социальный риск можно понимать как вероятностное событие, наступающее в результате утраты заработка или другого трудового дохода, падения уровня жизни ниже отметки прожиточного минимума и по объективным социально значимым причинам создающее необходимость социальной защиты населения со стороны государства. Такой широкий подход к пониманию социального риска характерен для теории социального обеспечения, которая предполагает возможность получения социальной помощи независимо от трудовой деятельности и участия в социальном страховании.

В современных условиях применяют более узкое понятие. Под социальным риском можно понимать вероятность наступления материальной необеспеченности работников вследствие утраты заработка из-за потери трудоспособности (профессиональные и общие заболевания, несчастные случаи) или отсутствия спроса на труд (безработица). Данное определение более соответствует специфике социального страхования. Оно ограничивает круг субъектов социального риска только работниками¹.

Общепринятой теории социальных рисков до настоящего времени не создано, и мы не будем пытаться решить эту проблему в настоящем издании, а ограничимся рассмотрением традиционных социальных рисков в понимании Закона об основах обязательного социального страхования, который дает следующие определения.

Социальный страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого осуществляется обязательное социальное страхование. Видами социальных страховых рисков являются:

- 1) необходимость получения медицинской помощи;
- 2) утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) или другого дохода в связи с наступлением страхового случая;
- 3) дополнительные расходы застрахованного лица или членов его семьи в связи с наступлением страхового случая.

Страховыми случаями признаются достижение пенсионного возраста, наступление инвалидности, потеря кормильца, заболевание, травма, несчастный случай на производстве или профессиональное заболевание,

¹ Мачульская Е. Е. Право социального обеспечения : учебник. М. : Издательство Юрайт, 2010. С. 582.

беременность и роды, рождение ребенка (детей), уход за ребенком в возрасте до полутора лет и другие случаи, установленные федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

При наступлении одновременно нескольких страховых случаев порядок выплаты страхового обеспечения по каждому страховому случаю определяется в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Виды страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию:

- 1) оплата медицинской организации расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу необходимой медицинской помощи;
- 2) пенсия по старости;
- 3) пенсия по инвалидности;
- 4) пенсия по случаю потери кормильца;
- 5) пособие по временной нетрудоспособности;
- 6) страховые выплаты в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием, оплата дополнительных расходов на медицинскую реабилитацию, санаторно-курортное лечение, социальную и профессиональную реабилитацию;
- 7) пособие по беременности и родам;
- 8) ежемесячное пособие по уходу за ребенком;
- 9) иные виды страхового обеспечения, установленные федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования;
- 10) единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности;
- 11) единовременное пособие при рождении ребенка.

Важную роль в теории рисков играет концепция приемлемого риска. Основанием для назначения обязательных социальных страховых взносов для всех предприятий и организаций без исключения является аксиома опасности, согласно которой любая деятельность потенциально опасна. В силу этого мировое сообщество отвергло парадигму нулевого риска и придерживается позиции **приемлемого риска**. К настоящему времени концепция приемлемого уровня риска во многих странах Западной Европы и США получила не только общественное признание, но и законодательное оформление. В частности, Комитет по здравоохранению и промышленной безопасности (*HSE*) Великобритании установил его на уровне $6 \cdot 10^{-6}$ в год. Это означает, что при реализации любого производственного процесса, при воздействии всевозможных вредных и опасных факторов может погибнуть не более 6 человек на миллион работающих или их здоровью будет нанесен эквивалентный по тяжести ущерб в случае различных заболеваний и травм.

Применительно к социальному страхованию уровнем приемлемости социального риска являются условия признания случаев утраты трудоспособности страховыми случаями: возраст выхода на пенсию, степень утраты профессиональной трудоспособности, тяжесть заболевания и т.д., а также размеры страхового обеспечения. В конечном итоге уровень приемлемости социального риска определяется уровнем развития национальной экономики.

1.2. История социального обеспечения и социального страхования в России

Зарождение социального обеспечения в России, как и в других европейских странах, имеет глубокие исторические корни. Еще в Средние века в связи с резким расслоением общества на богатых и нищих полукрепостных жителей возникла острая необходимость в обеспечении широких масс населения минимальной социальной защитой. Решение этой проблемы было найдено в формировании и развитии обязательной благотворительной системы церковного и государственного призрения. В словаре В. Даля дается следующее определение данного термина: «призывать, призреть — это принять, приютить, пристроить, дать приют и пропитание, взять под покров свой и заботиться нуждами ближнего»¹.

Благотворительность была обязательной для служителей церкви, князей и бояр. Осуществлялась она посредством раздачи милостыни, продуктов в праздничные дни или во время голода и войн, предоставления крова странникам, нищим, увечным и сиротам в монастырях, на княжеских и боярских дворах. На эти цели церковь и имущие слои населения должны были выделять «десятину», т.е. 1/10 часть всех своих доходов. «От всего князя сюда десятую векцию, из торгу десятую неделю, а из домов на всяко лето от всякого стада и от всякого жита»².

Церковный Устав 996 г., утвержденный Указом князя Владимира Святославовича, впервые законодательно определяет обязанность духовенства в Киевской Руси осуществлять за счет средств церкви попечительство — призрение бедных, надзор за лечьцами (медиками), содержание больницы и богадельни, принимать людей странных и нищих. С XI в. по примеру Византии при монастырях в Киевской Руси стали строиться больницы, предназначенные для обслуживания не только монастырского, но и окрестного населения. В то же время за счет благотворительных средств формировалась система призрения по кварталам городов для городского люда.

Церковная и государственная система призрения послужила основой формирования больничной помощи населению, которая финансировалась за счет благотворительных средств населения, бояр и средств церкви. Только в конце XVII в. отмечаются первые факты постоянных государственных расходов на цели социального призрения, в том числе медицинское обслуживание населения. Монастырский приказ действовал с 1650 по 1675 гг. и с 1701 по 1725 гг. Начиная с 1701 г. Монастырский приказ постоянно выделял средства на содержание больниц, богаделен, помощь нищим и выплату «вспомоществования женам, вдовам и детям служилых людей», а также на оплату содержания врачей, находящихся на государственной службе³.

¹ *Даль В. И.* Толковый словарь русского языка. Современное написание. М.: АСТ; Астрель, 2002.

² *Дрошнев В. В.* Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // *Страховое дело.* 2004. № 1, 2. С. 47–59.

³ Там же.

Система призрения от столетия к столетию развивалась, росло количество больниц, богаделен, воспитательных и смирительных домов, но в целом не происходило каких-либо радикальных изменений, ведущих к ее совершенствованию и переводу на новый качественный уровень. Лишь производимые Екатериной II в конце XVIII в. преобразования управления территориями Российской империи кардинально затронули существующую систему призрения. В 1775 г. для заведования местным благоустройством было создано специальное государственное учреждение социальной защиты населения – всеподольный «Приказ общественного призрения для дел призрения и народного образования». Приказ представлял собой управляемую губернатором административную канцелярию, подчиняющуюся непосредственно Министерству внутренних дел и Правительствующему сенату. Высшая администрация регламентировала все: определение работников на должности (от врачей до повивальной бабки), заведование хозяйством в больницах, поставку лечебных препаратов для медицинских учреждений всего государства, подведомственных Приказу общественного призрения. Данный Приказ в каждой из сорока существовавших в тот период губерний ведал созданием и организацией работы больниц, богаделен для увечных и престарелых работных, народных школ, сиротских и смирительных домов. В 1782 г. заведование народными школами было передано в комиссию по учреждению народных училищ. С введением Приказа общественного призрения был значительно расширен объем получателей медико-социальной помощи: от неимущих и бездомных до больных, увечных, престарелых и других нуждающихся лиц.

При создании губернских Приказов общественного призрения разрешалось предоставлять им субсидию из доходов губернии в размере 15 000 руб., а в дальнейшем они переводились на самофинансирование. Приказы имели право давать ссуды, помещать средства под проценты в банк, привлекать благотворительные капиталы, принимать частные и государственные вклады, вести хозяйственную деятельность, сдавать в аренду принадлежащую им недвижимость, участвовать в отдельных монопольных сферах бизнеса, как, например, продажа игральные карт и организация аптек.

Приказы общественного призрения имели учреждения для призрения (воспитательные дома для призрения незаконнорожденных детей, сиротские дома для сирот 7–12 лет, богадельни для увечных и престарелых лиц, а также для пропитания неимущих, работные дома для предоставления неимущим способа прокормиться собственным трудом) и для лечения (больницы и дома для умалишенных, которые впоследствии были переданы земству).

Капиталы Приказов общественного призрения составлялись из доходов от производственных учреждений, единовременных пожертвований, кружечных сборов, отчислений за разнообразные торговые, транспортные, нотариальные операции, а также от платы за лечение. Месячная плата за лечение в больницах Приказа колебалась от 4,3 руб. до 7,95 руб. в месяц. Это содержание взыскивалось с лиц «гражданского ведомства». За содержание военных нижних чинов в больницах Приказа Военным министерством вносилась покровительственная плата – от 25,25 коп. в Нижегородской губернии.

родской губернии до 49,3 коп. в Одесской губернии за день содержания. Кроме того, на погребение умершего отпускалось от 54,25 коп. до 1 руб. 15 коп. серебром. В детском приюте Покровской общины сестер милосердия содержание ребенка в отделении для приходящих детей стоило 60 руб. в год, а в отделении для грудных младенцев — 120 руб. в год, или 10 руб. в месяц. Средняя цена лекарства по рецепту составляла 40–50 коп.¹ Наличие платы за лечение значительно ограничивало доступность медицинской помощи для простого люда, а подавляющая часть крестьян были лишены и такой медицинской помощи.

Во второй половине XIX в. произошло существенное реформирование системы оказания медицинской помощи населению. Приказы общественного призрения были переведены с самофинансирования на государственное содержание. Для обеспечения их деятельности на службе Министерства внутренних дел находились: в 1856 г. — 1134 врача, а в 1863 г. — уже 2135 врачей, из них 800 врачей практиковали в столицах.

В губерниях России существовали значительные различия в обеспеченности населения врачами и аптеками. Так, соотношение числа врачей и обслуживаемого населения колебалось по центральным и окраинным губерниям от 1 врача на 2300 чел. населения (Санкт-Петербургская губерния) до 1 врача на 70 000 населения (Оренбургская губерния), т.е. в центральных губерниях обеспеченность врачами была в 20–30 раз выше, чем на окраинах империи. Аптеки открывались преимущественно в крупных городах, что наглядно характеризует их незначительное число в различных губерниях: от 2 аптек в Астраханской губернии до 70 аптек в Санкт-Петербургской губернии.

В 1869 г. кредитная часть капиталов Приказов общественного призрения перешла в ведение Министерства финансов, которое осуществляло разделение их по губерниям для финансирования организаций социального призрения. Для них также были введены постоянные государственные субсидии, но при этом оставались и элементы самофинансирования (доходы как от своей прямой хозяйственной деятельности, так и от инвестиционных операций).

Государственных средств на содержание медицинской помощи в городах не хватало, и было принято решение, утвержденное Александром II, собирать с населения незначительную плату, дающую право на дальнейшее «бесплатное» лечение.

В течение всего периода работы Приказов общественного призрения (1775–1860) отсутствовал общий орган управления всей медицинской помощью в стране и общественное здравоохранение было распределено по нескольким ведомствам. Тем не менее созданная система Приказов явилась важным этапом совершенствования медико-социального страхования населения. Приказ общественного призрения стал государственным органом, на который была возложена ответственность за организацию и финансирование медико-социальной помощи отдельным малоимущим слоям

¹ Дрошнев В. В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страхование. 2004. № 1, 2. С. 47–59.

населения страны. Однако значительная часть крестьянского населения оставалась без какой-либо социальной защиты со стороны государства. Медицинскую помощь сельские жители получали за счет собственных средств преимущественно у народных целителей или частнопрактикующих врачей.

Россия, как принято считать, в течение долгих лет отставала по экономическому развитию от многих европейских стран. Активное распространение страховых отношений, неразрывно связанное с общим уровнем социально-экономического развития, стало возможным только после отмены крепостного права. Но эти отношения, основанные на принципах взаимности, стали «вызревать» внутри российского общества уже во второй четверти XIX в. Организации добровольного социального страхования, действовавшие на взаимной основе, начали возникать в Российской империи раньше, чем было отменено крепостное право. Они учреждались, как правило, лицами одной профессии примерно с середины XIX в. Российские общества взаимного страхования, осуществлявшие страхование медико-социальных рисков на добровольной основе, обладали двумя специфическими чертами. Во-первых, наряду с принципом взаимопомощи в них в большей или меньшей степени использовался принцип благотворительности. Во-вторых, кроме выплаты пособий и пенсий они нередко осуществляли выдачу своим членам дешевых и доступных кредитов¹.

Важно!

Вместе с тем в России обязательное страхование, в значительном числе случаев основанное на принципах взаимности, нередко опережало добровольное, выполняло по отношению к нему просветительскую и культурную функции, формировало потребности в страховании у широких слоев населения. При этом государственная власть зачастую выступала инициатором внедрения в практику страхования принципов взаимности.

Отмена в России в 1861 г. крепостного права определила начало стремительного развития экономических и гражданских свобод, формирования капиталистических отношений, зарождения и концентрации промышленного и торгового капитала и развивания соответствующих финансовых институтов. В результате произошел бурный рост рабочего класса. Так, численность промышленных рабочих в последней трети XIX в. увеличилась в 20 раз — с 523 тыс. чел. в 1861 г. до 10 млн чел. к концу XIX в.

Массовое недовольство крестьян своим положением, осознание местным дворянством бедственного состояния дел в губерниях привели к всплеску политической и общественной активности населения, ответным репрессиям административного аппарата, открытой борьбе и противостоянию на всех уровнях власти, включая правительство и императорский двор. В результате этого Александр II утвердил 1 января 1864 г. закон о земстве в форме «Положения о земских учреждениях», действие которого было распространено на 34 губернии Европейской России. Собственно введение

¹ *Вигдорчик Н. А. Социальное страхование. СПб. : Практическая медицина, 1912. С. 46.*

земских учреждений началось с февраля 1865 г. и в большинстве губерний закончилось к 1867 г.

Круг деятельности земств был строго ограничен. Они занимались только местным хозяйством. Каждый шаг земских учреждений находился под контролем государственных служб. Постановления земств, получение ими займов, проекты смет, избрание на должности — все это рассматривалось и утверждалось министром внутренних дел или губернатором. Принципы организации городского самоуправления (установлены положением 1870 г.) были те же, что и у земского. Органы самоуправления — городская дума и городская управа. Земские и городские органы самоуправления не были подчинены государственной администрации, однако свою деятельность они осуществляли под контролем правительственной бюрократии в лице министра внутренних дел и губернаторов.

Законом от 1 января 1864 г. к земским повинностям были отнесены только местные повинности. Но данный принцип этим законом, как и последующими, не был проведен в чистом виде, и на счет земства относили чисто государственные потребности. Земские функции делились на обязательные и необязательные. К обязательным функциям, необходимым в первую очередь правительству, относились:

- 1) содержание арестантских помещений и квартир для членов полиции;
- 2) этапная повинность;
- 3) устройство и ремонт больших дорог;
- 4) выделение подвод для разъездов полицейских, жандармов и других государственных чиновников;
- 5) содержание мировых посредников и судей.

К необязательным функциям были отнесены социальные функции:

- 1) страхование сельскохозяйственных построек от пожаров;
- 2) содержание больниц и богаделен;
- 3) наем и отопление помещений для школ, содержание учителей;
- 4) устройство почты;
- 5) содержание и ремонт местных дорог;
- 6) оказание продовольственной помощи голодающим и др.

Политика государства в области улучшения охраны народного здоровья состояла в его отказе от участия во всяких хозяйственных операциях и в стремлении, по возможности, передать ближайшее непосредственное попечение о народном здравоохранении местным органам управления. Изменилась система управления здравоохранением. В большинстве губерний к этому времени Приказы общественного призрения как самостоятельные структуры перестали существовать, и их функции перешли к земским и городским учреждениям. Организация и финансирование медицины были возложены на земства, т.е. начался период земской медицины. Определение уездных и городских врачей было предоставлено местному начальству, а организация медицинской помощи населению в 1865 г. непосредственно передана в ведение и на усмотрение земства. Земская медицина явилась значительным шагом вперед по сравнению с дореформенной приказной медициной, поскольку повысилась доступность медицинской помощи сельскому населению, и она постепенно становилась бесплатной.

При учреждении земств им был предоставлен широкий простор по обложению, никаких оценочных норм не было установлено, общим основанием размера обложения служили ценности и доходность имуществ. Установление подробностей раскладки предоставлялось самому земству. Впоследствии же предел обложения торговли и промышленности был установлен специальными правилами от 21 ноября 1866 г. Законами от 08 июня 1893 г. и от 18 января 1899 г. были определены правила оценки недвижимых имуществ для обложения земским сбором, а законом от 12 июня 1900 г. — предельность земского обложения, на основании которого земства не могли повышать сбор с недвижимых имуществ более чем на 3% в год¹.

Земства получали средства от обложения земли, другого недвижимого имущества, промышленности и торговли и указанных в законе судебных пошлин и сборов с бумаг. Основанием для распоряжения земскими средствами служили земские сметы и раскладки, составляемые уездными и губернскими земскими управлениями и утверждаемые земскими собраниями, после чего они поступали на рассмотрение к губернатору. Основным источником доходов земств и городских учреждений самоуправления являлись поступления от налогообложения недвижимости — земли и строений (до 71,9% всех доходов в 1906 г.) и доходы от судебных сборов, штрафов, специальных капиталов. В целях повышения сбора налогов недвижимость неоднократно переоценивалась. В этой работе активное участие принимали земские организации.

Городам по всем главным источникам их доходов были даны нормы, устанавливающие пределы средств, которыми они могли располагать. При составлении средств городам, в противоположность земствам, необходимо было, прежде всего, определить свои доходы и только затем расходы. Городам предоставлялось взимать следующие сборы:

- с недвижимых имуществ (оценочный);
- документов на право торговли и промыслов;
- заведений трактирного промысла.

В случае необходимости от городской думы зависело введение в пользу города следующих сборов:

- с извозного промысла;
- лошадей и экипажей;
- собак;
- перевозного промысла и других мелких сборов.

Размер оценочного сбора с недвижимых имуществ определялся городской думой в процентах с чистого дохода этих имуществ, но не более 10% или в размере не более 1% от стоимости имущества, по усмотрению общественного управления. Таким образом, если у земств права в обложении недвижимых имуществ были свободны, то у городов был определен процент, выше которого они облагать не могли. То же самое происходило и с обложением документов на право торговли и промысла. С документов купеческих 1-й и 2-й гильдий взималось не более 15% с казенной цены, с остальных торговых и промысловых документов — не более 10%; с патен-

¹ Финансовая энциклопедия / под ред. И. А. Блинова, А. И. Буховецкого. М., 1924.

тов на заводы по производству напитков и с заведений по продаже питья — не более 25%.

С трактирных заведений сбор определялся следующим образом: городская дума назначала средний размер налога с каждого трактира и умножала его на число трактиров. Так получали общую сумму налога, которую трактиры должны были разделить между собой, при этом они делились на питейные и не питейные. С введением казенной винной монополии сборы с заведений и патентов на заведения для выделки и продажи питья сократились, так как данные казенные лавки не платили патентных сборов. В возмещение потерь городам выдавалось вознаграждение в размере, равном среднему сбору, полученному городом за пятилетие, предшествовавшее введению казенной продажи питья.

Сбор с казенного промысла не был широко распространен (в 1888 г. он существовал лишь в 208 городах) и не мог превышать 10 руб. в год с каждой лошади, используемой в извозе.

К мелким сборам относились следующие сборы:

- с актов засвидетельствования, протеста, предъявлений к взысканию;
- за клеймение мер и весов;
- за употребление общественных мер и весов на торговых местах (1 коп. с пуда взвешиваемого, ведра перемеряемых предметов);
- с аукционных продаж движимого имущества (до 2%).

В связи с усложняющейся экономической обстановкой в городах законодателю приходилось разрешать вводить и другие сборы для отдельных городов. Для финансирования городского и земского здравоохранения в ряде городов со всех граждан, живущих личным трудом и не принадлежащих к привилегированным сословиям, взимался больничный сбор. Так, существовал больничный сбор в городах Санкт-Петербург, Москва и других, устанавливались сборы с ввозимых и выводимых товаров (в 1888 г. 53 города из 686 имели эти сборы)¹.

Отражением растущей активности земств стал ежегодный рост их расходов (в 1910—1915 гг.) на 15—17%. Основными направлениями расходов того времени были школьное и медицинское дело, общественное призрение, дороги, экономическое благосостояние (табл. 1.3).

Таблица 1.3

Распределение земских расходов²

Направление расходов	Сумма расходов, тыс. руб.	Доля в общих расходах, %
Участие в расходах правительственных учреждений	15 130	4,4
Содержание земского управления	23 482	6,9

¹ Трунина И. Ю. Становление и развитие финансово-экономической основы местного самоуправления в России // Проблемы местного самоуправления. 2012. № 2 [эл. ресурс]. URL: <http://www.samoupravlenie.ru/48-02.php> (дата обращения: 04.01.2014).

² Субъект Российской Федерации и местное самоуправление: пути совершенствования экономического взаимодействия [эл. ресурс]. URL: <http://emsu.ru/lm/monf/library/MUN7/cont.htm> (дата обращения: 04.01.2014).

Направление расходов	Сумма расходов, тыс. руб.	Доля в общих расходах, %
Арестные помещения	1815	0,4
Дорожное дело	23663	6,9
Народное образование	93034	27,1
Общественное призрение	8128	2,4
Медицина	82835	24,2
Ветеринария	9920	2,9
Экономические мероприятия	24087	7,0
Прочие расходы	60227	17,8
Всего	342816	100,0

Период земской медицины характеризуется развитием и оптимизацией системы медицинского обслуживания на селе — ростом числа врачей и врачебных участков, уменьшением среднего радиуса врачебного участка и количества обслуживаемого населения. При создании земств в 1864—1865 гг. правительство передало им из Приказа общественного призрения 351 лечебное заведение. А к 1890 г. их уже было 1070. Благодаря земствам увеличилось число врачей и аптек, появились фельдшерские и медицинские курсы, началась борьба с оспой. Результатом деятельности земской медицины стало снижение уровня смертности с 37 чел. на тысячу жителей в 1867 г. до 27 чел. в 1917 г. Конечно, это была только начальная стадия развития медицины. По расчетам земских врачей, для того чтобы каждый заболевший мог на деле воспользоваться медицинской помощью, необходимо было иметь 1 лечебницу на 10 тыс. человек, а расстояние до нее не должно было превышать 10 км. В 1914 г. в земских губерниях 1 лечебница приходилась на 25 тыс. жителей, а среднее расстояние до больницы составляло 11 км. Если к моменту передачи лечебных учреждений земствам на селе числилось всего 48 врачей по 34 земским губерниям, то к 1870 г. их число составило 610, а к 1920 г. — возросло до 3100 врачей. С 1865 по 1870 гг. количество врачей увеличилось в 12,7 раза, а с 1870 по 1920 гг. — еще в 5,1 раза. Практически также увеличилось количество врачебных участков, что позволило в 3,4 раза уменьшить количество обслуживаемого населения на одном врачебном участке и в 2,3 раза сократить среднее расстояние до врача.

Существенной была роль земств в оказании помощи инвалидам, престарелым, слабоумным и другим категориям населения, нуждающимся в социальной помощи. В губерниях с земским самоуправлением таких лиц насчитывалось 1,5 млн чел. Средние расходы на «общественное призрение» в начале XX в. достигали, в расчете на 1 чел. — 2,5 руб. в год (для сравнения стоимость коровы в 1913 г. составляла 5 руб.).

За 25 лет реформ земского (регионального) управления были достигнуты значительные результаты и в развитии системы социального призрения. Увеличено почти в 7 раз число учреждений социального призрения, количество которых к 1891 г. достигло 4500. Повышена доля охвата всех

жителей страны социальным призрением, из которых 12 млн чел. получали социальную помощь. Появились и новые формы социального обеспечения: устройство санаториев и библиотек, улучшение санитарных условий проживания, устройство бюро по поиску работы, организация общественных работ, содействие профессиональному обучению. В сферу получателей социальной помощи были включены все малоимущие граждане, развивалась охрана детства и материнства, проводились превентивные мероприятия по борьбе с бедностью.

Система земской медицины, в значительной мере возникшая снизу, благодаря усилиям земской общественности, при всей ограниченности ее размеров, оказалась исключительно удачно приспособленной к нуждам русской деревни и в то же время оригинальной. Она не имела аналогов в Европе, а земский врач наряду с сельским учителем стал символом самоотверженности в служении общественному долгу.

Необходимо отметить важнейшую роль земства в развитии социального страхования в России. Речь идет о создании земских эмеритальных касс.

Положение о земских учреждениях 1864 г. не предусматривало предоставления пенсионного обеспечения служащим этих учреждений. Поэтому в конце 1860-х — начале 1870-х гг. некоторые земства подняли вопрос об организации эмеритальных касс. В 1883 г. были изданы «Главные основания для учреждения земских эмеритальных касс» с пятилетним сроком действия. Согласно этим Основаниям эмеритальные кассы для страхования земских служащих должны были учреждаться по ходатайству губернских земских собраний по одной в каждой губернии, при условии, что согласие на их учреждение было получено от всех уездных земств.

Уставы эмеритальных касс утверждались министром внутренних дел, а правила страхования в каждой конкретной кассе устанавливались губернским земским собранием.

В эмеритальной кассе по ее учреждению должны были обязательно участвовать все служащие, получавшие жалование в земских учреждениях и в подведомственных им установлениях и заведениях, за исключением тех, кто занимал выборные по земству должности.

В данном случае инициатива введения обязательного страхования исходила не от верховной власти, а от выборных органов самоуправления на местах. Сами потенциальные страхователи являлись инициаторами установления обязательности страхования для членов определенного сообщества, в данном случае — земских служащих. Государство лишь наделяло их правом устанавливать эту обязательность. Поэтому данный вид страхования можно отнести к факультативно-обязательной форме страхования¹.

Средства земских эмеритальных касс складывались из следующих обязательных поступлений:

1) ежегодные поступления из средств губернских земств (земство, учредившее эмеритальную кассу, обязано было ежегодно отчислять в ее пользу

¹ Логвинова И. Л. Взаимное страхование в России: особенности эволюции. М.: Финансы и статистика, 2009. С. 176.

не свыше 3% общей суммы земских сборов, исчисленных на год по всей губернии на удовлетворение как губернских, так и уездных потребностей);

2) взносы участников кассы, автоматически вычитаемые из их жалования (от 2 до 6% жалования и от 6 до 10% сумм, выплачиваемых в качестве наград и пособий).

В эмеритальные кассы могли также перечисляться остатки средств, предназначенных в соответствии с земскими сметами на содержание служащих и канцелярские расходы, а также вычеты из жалования участников кассы за неисправности по службе и налагаемые на них штрафы (по взаимному соглашению между земскими управами и проштрафившимися лицами).

В то же время губернские земства отмечали, что недопущение участия в кассе лиц, служащих на выборных должностях, нецелесообразно, так как, с одной стороны, лишает этих лиц пенсионного обеспечения, а с другой — лишает кассу существенных поступлений, так как взносы этих лиц, получавших в земстве крупнейшие оклады, могли бы значительно пополнять средства кассы.

Суммы, поступившие в кассу на законном основании, не подлежали возврату. Выплаты из эмеритальной кассы назначались по нормальным окладам содержания, которые устанавливались губернским земским собранием и колебались, в зависимости от величины взносов, от 46 до 100% окладов. Делопроизводство и отчетность по эмеритальным кассам, также как и по другим видам взаимного земского страхования, велись губернской земской управой. Это существенно экономило расходы на ведение дела. Контроль за деятельностью земской эмеритальной кассы осуществляло соответствующее губернское земское собрание.

Вопрос о целесообразности и надежности деятельности эмеритальных касс в конце XIX в. был дискуссионным. Одним из свидетельств этой дискуссии может служить доклад на тему «О значении для торгово-промышленных предприятий обеспечения служебного персонала: как способы его: пенсионные кассы, страхование жизни и др., и несколько слов об условиях, при коих эти способы обеспечения могут считаться прочными»¹. Автор доклада Ф. С. Малышев, выступая в 1893 г. в Обществе по распространению коммерческих знаний, в качестве примера успешной деятельности привел эмеритальную кассу служащих Волжско-Камского коммерческого банка, организованную на добровольных началах. Успешной деятельности этой кассы, по мнению докладчика, способствовало, в частности, то, что расчеты, послужившие основой организации этой кассы, были сделаны признанными специалистами в этой области А. Н. Крыловым и В. М. Сухомелем при участии И. П. де-Колонга².

¹ Малышев Ф. С. О значении для торгово-промышленных предприятий обеспечения служебного персонала: как способы его: пенсионные кассы, страхование жизни и др., и несколько слов об условиях, при коих эти способы обеспечения могут считаться прочными. 2-е изд. СПб.: Коммерческая скоропечать Е. Тили, 1893.

² Логвинова И. Л. отмечает, что имена этих специалистов часто встречаются в различных печатных изданиях конца XIX — начала XX в., посвященных успешной деятельности эмеритальных касс различных ведомств и предпринимательских структур.

В период после Февральской революции Временное правительство работало и начало осуществлять реформу земства. Ее главные направления — введение волостного земства и поселкового управления, введение земства в не земских губерниях Сибири и Дальнего Востока, корректировка системы надзора над органами местного самоуправления. Ключевым вопросом реформы стала организация волостного самоуправления. Оно должно было заменить архаичную систему административного управления на низовом уровне, непосредственно в населенных пунктах. Но к июлю 1917 г. земства были ликвидированы в связи с формированием новой системы государственного управления — Советов рабочих, солдатских и крестьянских депутатов.

Наряду с земскими реформами проводилась и реформа медицинской помощи наемным рабочим. Изначально при формировании медико-социального страхования в промышленности оно реализовалось через добровольное страхование работников отдельных предприятий и фабрик от несчастных случаев и осуществлялось небольшими частными (коммерческими) страховыми организациями. Рост и развитие промышленности в России обусловили появление все более крупных предприятий и фабрик и вовлечение в процесс производства все большего числа широких слоев населения, формирование новых страховых рисков. Добровольное страхование развивалось не столь бурно, но возрастание объема страховых рисков и численности подверженного их воздействию населения повлекло необходимость введения обязательного страхования для работников предприятий и членов их семей.

Недостаточная обеспеченность рабочих медицинской помощью при постоянном росте численности рабочего класса привела к потребности дальнейшего развития и расширения медико-социального страхования. Под давлением рабочего движения и по примеру европейских государств законом от 2 июня 1903 г. были приняты «Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств, в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». Данный документ имел особое значение в становлении обязательного социального страхования в России. Он вводил обязанность работодателя и казны возмещать вред, причиненный работнику в результате несчастного случая на производстве в виде пособий по временной нетрудоспособности (50% от заработка), компенсации медицинских расходов, назначения пенсии по инвалидности (2/3 части от заработка при полной утрате трудоспособности — полная пенсия) и пенсии по случаю потери кормильца (вдовьей — 1/3 часть от полной пенсии, сиротских — по 1/6 части от полной пенсии на сироту), а также выплаты фиксированного пособия 30 руб. на погребение.

В результате упорной политической борьбы рабочего класса за свои права произошло дальнейшее совершенствование страхового законодательства. На практике была внедрена социально значимая идея обязательного государственного медико-социального страхования рабочих — принят Закон от 23 июня 1912 г., утвердивший Положение о страховании рабочих на случай болезни и от несчастных случаев. В ст. 45 закона на работода-

телей была возложена обязанность предоставлять работникам медицинскую помощь (амбулаторное лечение и помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях) как в фабричных лечебницах, так и в других медицинских учреждениях. Реализация закона предполагала дальнейшее развитие системы больничных касс как основного института медико-социального страхования. И хотя действие этого закона распространялось лишь на 3 млн чел. из 12 млн наемных рабочих, его принятие ввело Россию в число наиболее развитых стран, имевших государственную систему социального обеспечения и страхования.

В России не случайно была принята модель социального страхования О. Бисмарка на основе больничных касс. К этому времени в России уже существовала развитая система взаимного страхования в добровольной и обязательной формах. В частности, организации обязательного взаимного страхования были представлены следующими разновидностями:

- обязательное взаимное земское страхование от огня;
- обязательное взаимное страхование от огня войсковых зданий казачьих войск;
- обязательное взаимное страхование строений в казачьих станицах и хуторах;
- эмеритальные кассы военно-сухопутного и морского ведомств;
- эмеритальные кассы гражданских ведомств;
- пенсионные кассы российских частных железных дорог;
- пенсионная касса служащих на казенных железных дорогах;
- страховые товарищества и др.

Добровольное взаимное страхование осуществляли:

- 1) городские общества взаимного страхования от огня;
- 2) Российский взаимный страховой союз;
- 3) эмеритальные кассы военно-сухопутного и морского ведомств;
- 4) вспомогательные кассы при горнозаводских товариществах на казенных горных заводах;
- 5) вспомогательные кассы наемных работников на частных предприятиях;
- 6) пенсионные кассы для наемных работников частных предприятий;
- 7) товарищества взаимопомощи при экономическом обществе офицеров гвардейского корпуса и др.

Еще одним видом обязательного страхования, введение которого началось в соответствии с Законом от 23 июня 1912 г., было **страхование наемных работников от несчастных случаев**. В соответствии с Положением о страховании рабочих от несчастных случаев такое страхование должно было осуществляться организациями, которые назывались страховыми товариществами. Членами товариществ являлись предприниматели («фабриканты и заводчики»), которые обязаны были перечислять туда страховые взносы. Рабочие в деятельности страховых товариществ не участвовали. Главные цели создания страховых товариществ состояли в следующем:

- 1) выплата пенсий наемным работникам, получившим увечья в результате несчастных случаев на производстве;

2) выплата пособий и оплата лечения инвалидам, получившим увечья по той же причине;

3) выплата пособий на погребение в случае, если смерть пострадавшего от несчастного случая произошла не позднее двух лет со дня этого случая, или же позднее двух лет, если в течение этого времени производилось лечение последствий несчастного случая;

4) выплата пенсии членам семьи умершего.

Положение подробно определяло обязательства страховых товариществ по страховым выплатам и порядок определения размеров этих выплат. В отношении пенсий устанавливалось, что товарищество может освободить себя от обязательств по их уплате посредством передачи государственным сберегательным кассам капиталов, соответствующих стоимости этих пенсий, на основании правил, установленных министром финансов по соглашению с министром торговли и промышленности. Для организации страхования от несчастных случаев европейская часть территории России была разделена на страховые округа, в каждом из которых должно было действовать одно товарищество. В состав членов товарищества входили все находящиеся на территории страхового округа предприятия, подлежащие действию Положения о страховании рабочих от несчастных случаев¹.

Подводя некоторые итоги, следует сказать, что принципы деятельности земского взаимного страхования, эмеритальных касс государственных ведомств, обязательного медико-социального страхования были во многом схожи, поскольку являлись следствием целенаправленной организации социального страхования в обязательной форме. Государство устанавливало либо перечень объектов страхования, которые должны были быть застрахованы, либо перечень страхователей, обязанных страховать свои риски. При этом, в зависимости от законодательно установленных масштабов распространения обязательности участия в страховых отношениях, можно выделить частично-обязательное и общеобязательное страхование. Характерным для данных форм взаимного социального страхования было то, что ведение дел в них вменялось в обязанность государственных служащих земств (т.е. выборных органов управления) и государственных ведомств соответственно. Это значительно снижало расходы на ведение дела².

Работа по созданию системы обязательного социального страхования постепенно разворачивалась, но была прервана революционными преобразованиями политического и экономического характера. После Февральской революции 1917 г. пришедшее к власти Временное правительство начало проводить реформы в области медико-социального страхования и приняло четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьезно пересматривались и исправлялись многие недостатки

¹ Новый закон о страховании рабочих. Больничные кассы и товарищества. Полный текст закона с краткими разъяснениями. М. : Изд-во Т-ва И. Д. Сытина, 1913. С. 92.

² *Логвинова И. Л.* Взаимное страхование в России: особенности эволюции. М. : Финансы и статистика, 2009. С. 176.

Закона от 23 июня 1912 г., принятого III Госдумой. Были, в частности, приняты основные концептуальные положения (Новелла от 25 июля 1917 г.), включающие¹:

а) расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одновременно это технически сделать невозможно, были выделены категории застрахованных);

б) предоставление права больничным кассам объединяться при необходимости в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия в окружные и общегородские больничные кассы;

в) повышение требований к самостоятельным больничным кассам по числу участников (не менее 500 чел.);

г) полное самоуправление больничных касс работниками, без участия предпринимателей.

С установлением Советской власти началось реформирование системы обязательного социального страхования на основах его централизации и обеспечения всеобщности охвата населения. Осуществлялся переход от страховых методов финансирования социальных обязательств к бюджетированию и обратно.

30 октября (12 ноября по новому стилю) 1917 г. была принята Декларация Народного Комиссариата Труда «О введении полного социального страхования», содержащая следующие основные положения:

1) распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;

2) распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы);

3) возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство;

4) возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы.

Проводимые Советским правительством реформы способствовали осуществлению социального страхования на началах полной централизации. Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздоровской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31 октября 1918 г., которым было утверждено «Положение о социальном обеспечении трудящихся». В этом Положении термин «страхование» был заменен на термин «обеспечение». Это соответствовало концепции Советского правительства о том, что уже спустя год после Октябрьской революции капитализм был ликвидирован, а Россия стала социалистической страной. Следовательно, капиталистический институт социального страхования должен быть заменен социалистическим институтом социального обеспечения.

С 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика (далее — НЭП), и власть вновь обратилась к элементам страховой меди-

¹ История развития медицинского страхования в России [эл. ресурс] // Eurolab : медицинский портал. URL: <http://www.eurolab.ua/insurance-in-russia/4554/4559/41500/?page=2> (дата обращения: 04.01.2014).

цины, о чем свидетельствуют постановления СНК и ВЦИК. 15 ноября 1921 г. был издан Декрет СНК РСФСР «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом». В соответствии с декретом вновь вводилось социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности. Для организации социального страхования на случай болезни были установлены страховые взносы, ставки которых определялись СНК и дифференцировались в зависимости от числа занятых на предприятии лиц и условий труда. Впервые этим Декретом устанавливался порядок взимания взносов, при этом основными сборщиками стали комиссии по охране труда и социального обеспечения. Начали создаваться страховые организации – страховые кассы.

С 1 января 1922 г. все организации, предприятия, учреждения и хозяйства любой формы собственности становились страхователями лиц наемного труда и уплачивали страховые взносы, определенные законом. Размер страховых взносов утверждался правительством страны и формально зависел от опасности и вредности данного производства, влияющего на здоровье и трудоспособность наемных работников. К страховым тарифам применяли скидки и надбавки в размере до 25% от тарифа за соблюдение или нарушение правил труда. В 1922 г. страховой тариф составлял по первому разряду 21,0%, по четвертому разряду – 28,5% от фонда платы труда, а в 1923 г. его размер снизился в 1,3 раза и составил соответственно 16,0 и 22,0% от фонда платы труда¹.

Дополнительным источником финансирования были пеня и штрафы, которые налагались на страхователей-работодателей за несвоевременную уплату страховых взносов, взыскивались в бесспорном порядке и направлялись в первую очередь на охрану жизни и здоровья трудящихся.

Собираемость страховых взносов в 1922–1923 гг. была очень низкой, задолженность страхователей по взносам доходила до 75%. В связи с этим в 1923–1924 гг. была введена система нормальных и льготных тарифов, стимулирующих страхователей к исполнению своих обязанностей по уплате взносов.

Создаваемый фонд медико-социального страхования делился на четыре отдельных фонда финансовых средств, направляемых на соответствующую выплату застрахованным лицам:

- а) по временной нетрудоспособности;
- б) по инвалидности и потере кормильца (вдовству и сиротству);
- в) по безработице;
- г) на лечебную помощь.

В структуре страхового фонда в 1922 г. фонд лечебной помощи занимал третье место, а 1923 г. – уже второе место.

В связи с нехваткой средств на лечебную (медицинскую) помощь органы страхования во многих губерниях принимали решения об оказании материальной поддержки здравоохранению из фонда пенсий и пособий. 26 февраля

¹ Дрошнев В. В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. 2004. № 1, 2. С. 47–59.

1925 г. на основании Постановления ЦИК СССР и СНК СССР «О тарифе взносов на социальное страхование» были произведены структурно-функциональные изменения в социальном страховании, в результате которых четыре фонда социального страхования были преобразованы в два — фонд пенсий и других пособий и фонд лечебной (медицинской) помощи застрахованным лицам.

Неоднократно происходила смена руководящих органов управления обязательным социальным страхованием. Первоначально эту функцию осуществлял Народный Комиссариат Социального Обеспечения через губернские управления социального страхования и районные или профессиональные страховые кассы. При этом сборщиками страховых взносов выступали территориальные комиссии по охране труда и социальному обеспечению. Отдельные страховые кассы шли по пути создания собственных медицинских учреждений, которые обеспечивали предоставление качественной медицинской помощи застрахованному населению. С 1924 г. управление осуществлял Народный Комиссариат Труда через центральное управление социальным страхованием и Союзный совет социального страхования. В конечном итоге медико-социальное страхование было упразднено и здравоохранение перешло на централизованное бюджетное финансирование, страхование от производственного травматизма перешло в ведение сначала отраслевых, а потом территориальных межсоюзных профсоюзных органов и в дальнейшем расходы на него были включены в состав единого государственного бюджета СССР, как и расходы на пенсионное обеспечение.

В советском обществе социальный риск был менее развит, при этом социальная жизнедеятельность индивидов базировалась на коллективных началах. Условия для исследования риска в советском обществе были ограничены. Трансформация общества, вызывающая значительные изменения в экономической, социальной, политической, правовой сферах и культурных, духовных основах общественной организации, в социальных институтах, социальных общностях, оказала существенное влияние на социальное поведение членов современного российского общества и социальную жизнедеятельность людей в целом.

С трансформацией общественно-политического строя на рубеже 1980—1990-х гг., экономической сферы, механизмов и характера принятия решений на государственном, муниципальном и индивидуальном уровне изменения коснулись и социальных рисков, в системе которых происходили сложные процессы. Существенно снизились одни из традиционных социальных рисков, но возросли другие, в том числе безработица, заболеваемость, маргинализация общества. Трансформация общественного устройства создала благоприятные условия для проявления социальных рисков, дифференциации их типов и усиления степени их опасности.

Процесс трансформации положил начало ряду деструктивных процессов, обостривших негативную ситуацию в обществе. В условиях ускорения социальных изменений, возрастания социальной напряженности и подверженности все большего количества людей социальному риску возникла социальная проблема повышения эффективности управления рисками.

Появилась потребность в восстановлении страховых принципов финансирования системы социального обеспечения за счет собственников средств производства.

Однако в отличие от большинства экономически развитых стран работники были освобождены от уплаты обязательных страховых взносов, что в конечном итоге не освободило их от личных расходов на социальные нужды.

Тем не менее за 20 лет в России была создана система обязательного социального страхования, которую мы и будем изучать на протяжении всего курса.

1.3. Мировой опыт построения национальных систем обязательного социального страхования

Становление современных форм и моделей государственной социальной политики произошло во второй половине XIX в. в странах Западной Европы и было обусловлено потребностями индустриализации их экономик и регламентации общественного устройства.

Перемены, вызванные индустриализацией и связанными с ней урбанизацией жизни, трансформацией большой семьи в малую (нуклеарную), а также становлением рабочего движения потребовали новой парадигмы социальной защиты, основывающейся на государственном регулировании вопросов найма работников, введения институциональных форм социального обеспечения престарелых, больных и инвалидов, а также семейной поддержки. Индустриализация экономики потребовала формирования соответствующего общественного устройства и четкой регламентации трудовых отношений и нормативного упорядочения социальной защиты наемных работников и членов их семей.

Великобритания — первая капиталистическая страна, которая еще в конце XVIII в. начала вводить законодательное регулирование организации отдельных видов труда с помощью фабричного законодательства. В 1802 г. в Великобритании был принят закон «О здоровье и морали учеников», который в 1833 г., с дополнениями, преобразовался в первый в мире «Фабричный закон».

Но исторически значимый шаг был сделан в конце XIX в., когда германское правительство, руководимое О. Бисмарком, ввело обязательную систему социального страхования для работающих в промышленности. Она включала обеспечение на случай болезни (1883), несчастных случаев на производстве (1884), инвалидности и старости (1889).

Сильной стороной социального страхования по модели О. Бисмарка явился предложенный алгоритм взаимодействия двух основных субъектов трудовых отношений (работников и работодателей) и государства, который предусматривал финансовое обеспечение за счет хозяйствующих субъектов, а правовое регулирование и контроль — с помощью государства. Эта система социальной защиты работающих оказалась не только жизнеспособной, но и весьма эффективной, поскольку упорядочивала условия

найма рабочей силы на системной основе и гарантировала высокие уровни социальной защиты для работающих и членов их семей на протяжении всего периода трудовой и послетрудовой жизни. Социальное страхование по модели Бисмарка послужило ядром социальной защиты работающих граждан и всего комплекса социально-трудовых отношений, включая заработную плату, продолжительность трудовой деятельности и время выхода на пенсию, определение социальных стандартов приемлемых уровней пенсий, пособий и качества медицинской помощи.

В конце XIX – начале XX вв. примеру Германии последовали другие европейские страны (Австрия, Франция, Италия, Россия), столкнувшиеся с серьезными социальными проблемами и растущими требованиями рабочего класса. Столь быстрое использование опыта Германии в области социального страхования объяснялось осознанием властными элитами, деловыми кругами этих стран того, что наиболее надежным способом поддержания социальной стабильности являются специализированные институты и финансовые механизмы социальной защиты, обеспечивающие воспроизводство рабочей силы на постоянной и независимой (от воли отдельных работодателей) основе¹.

Специалисты выделяют несколько типовых моделей социального страхования и социального обеспечения, действующих в странах Евросоюза².

1. Континентальная, или институциональная, модель, в основе которой лежит модель О. Бисмарка (Германия, Австрия, Франция, Чехия, Венгрия, частично Нидерланды и др.) и которая устанавливает жесткую связь между уровнем социальной защиты и успешностью (длительностью) профессиональной деятельности. Социальные права финансово обеспечиваются отчислениями, которые выплачиваются на протяжении всей активной жизни, при этом социальные выплаты принимают форму отложенных доходов. Главным элементом континентальной модели являются обязательные страховые взносы, которые привязаны к заработной плате. Работники участвуют в уплате обязательных взносов, в том числе и за неработающих членов семьи, но только за пенсионное и медицинское обеспечение вне связи с производственным травматизмом.

2. Англосаксонская модель, основанная на модели У. Бевериджа (Великобритания, Ирландия) исходит из принципа национальной солидарности – любой человек, независимо от его принадлежности к активному населению, имеет право на минимальную защищенность по отношению к заболеваниям, старости или иной причине сокращения своих материальных ресурсов. Финансирование обеспечивается через налоги из государственного бюджета. Обычно над системой «национальной солидарности» надстраиваются дополнительные «этажи» коллективного профессионального, межпрофессионального или индивидуального характера, что дает новые основания для варьирования моделей. Модель Бевериджа функционирует в Великобритании и по сей день. Ее главное отличие от модели

¹ Роиц В. Д. Социальная модель государства: опыт стран Европы и выбор современной России // Аналитический вестник Совета Федерации. 2006. № 6 (294). С. 54–80.

² См., например, Зарубежный опыт [эл. ресурс] // Социальный мир – Socialworld. URL: <http://worldsocial.wordpress.com> (дата обращения: 04.01.2014).

Бисмарка в том, что социальная сфера финансируется не за счет страховых взносов, а за счет налогообложения. При этом в ней существуют и страховые принципы, и соплатежи населения. Так, в Великобритании за счет налогов финансируется 80% расходов, 12% — за счет государственного страхования и еще 8% — за счет совместных платежей больных.

В дальнейшем опыт британской системы финансирования социального обеспечения, по мнению ряда зарубежных и отечественных экспертов, подтвердил большую эффективность бюджетной системы по сравнению с другими системами, поскольку она обеспечила относительно равные и высокие показатели здоровья населения в целом при сравнительно низких расходах. Хотя, добиваясь экономической эффективности в социальных вопросах, надо помнить, что с точки зрения общественного интереса цель экономического развития должна заключаться не в получении прибыли как таковой, а в максимизации социального благосостояния граждан, важнейшей составляющей которого является состояние здоровья человека.

3. Шведская, или северная, модель социального государства (Дания, Финляндия, Швеция и, частично, Нидерланды), отличающаяся высоким уровнем социальной защиты и универсальным характером предоставления пособий и основанная на значительной фискальной нагрузке на рынок труда.

4. Средиземноморская модель (Греция, Италия, Португалия и Испания) характеризуется преобладанием пенсионных выплат в социальных трансфертах и высокой степенью сегментации получателей пособий по их статусу. В этих странах система социальной защиты направлена на сохранение рабочих мест и вытеснение пожилых работников с рынка труда. Зарплата в легальном секторе регулируется коллективными договорами.

Бельгийский профессор А. Сапир, подготовивший в 2005 г. для Еврокомиссии исследование основных европейских социальных моделей по таким критериям, как гибкость рынка труда, уровень бедности, безработица и т.д., пришел к выводу о том, что к современным вызовам глобализации способны адаптироваться лишь англосаксонская и северная модели, тогда как две другие — неконкурентоспособны¹.

Учитывая, что социальную политику следует рассматривать как форму распределения произведенного продукта, и тот факт, что по поводу социальной справедливости такого распределения позиции работодателей и работников, как правило, расходятся, возникла настоятельная необходимость в регулируемых государством институтах в сфере доходов населения (заработная плата и социальная защита).

Формирование современной социальной политики в промышленно развитых странах мира происходило с начала 1960-х гг. Большинство исследователей связывают этот факт с высокой динамикой преобразований экономического и общественного устройства, которые происходили под

¹ Sapir A. Globalisation and the Reform of European Social Models (Background document for the presentation at ECOFIN informal Meeting in Manchester, 9 Sept. 2005) [эл. ресурс]. URL: <http://www.bruegel.org>.

воздействием научно-технической революции и изменения содержания труда. Знания и профессиональная квалификация работника превратились в наиболее важный фактор производства, что получило свое выражение в ряде теорий — человеческого капитала, качества жизни и качества трудовой жизни.

В результате социальных преобразований только северная модель социального страхования была преобразована в социальное государство в скандинавских странах и продолжает, хотя и не без сбоев, функционировать до настоящего времени.

1.4. Современные концепции социального страхования и переход к социальному государству

Важную роль в становлении, признании и распространении социальных прав сыграла Всеобщая декларация прав человека, принятая и провозглашенная Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 г. Это был первый универсальный международный акт, который закрепил в ст. 25 социальные права, а положения этого документа и в настоящее время являются общепризнанными принципами и нормами международного права.

Мнение эксперта

Положения Всеобщей декларации прав человека стали в практике государств восприниматься как обычно-правовые эталоны, согласно которым следует устанавливать национальное законодательство.

А. Д. Скворцов, начальник управления
страхования в социально-трудовой сфере
НИИ труда и социального страхования
Минтруда России

На основе декларации был разработан ряд конвенций и договоров об экономических, социальных и культурных правах, в которых дается детализированный перечень прав человека.

Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах был принят решением от 19 декабря 1966 г. Генеральной Ассамблеей ООН и стал основополагающим универсальным международным договором в области прав и свобод человека в международном праве. В нем заключен перечень прав, включая право на социальную защиту и социальное страхование, право на достаточный жизненный уровень, образование, равный доступ. Эти положения дополняются правом на непрерывное улучшение качества жизни, определяя тем самым политику социального государства. Современное понятие достойной жизни включает в себя, прежде всего, «материальную» составляющую, как, например, возможность пользоваться благами современной цивилизации, а также системой государственной поддержки для социально нуждающихся слоев населения.

Природа государственной социальной политики в условиях развитого индустриального общества, по мнению финского ученого П. Кууси,

меняется: если прежде она преследовала цель защиты лишь слабых и нуждающихся, то теперь она ориентируется на всю нацию и превратилась в «национальное достояние»¹. Модель государства с развитой системой социальной защиты населения эволюционирует, преобразуясь в модель государства высокого качества жизни населения или, как его официально провозгласили в конституциях ряда стран, — в «социальное государство» или «государство всеобщего благосостояния». При этом данные категории трактуются западными учеными с позиции выполнения государством комплекса социально-защитных функций, ответственности правительства за обеспечение основных социальных нужд граждан, включая создание условий для развития гражданского общества.

Социальное государство (от нем. *Sozialstaat*) — особый тип современного высокоразвитого государства, в котором обеспечивается высокий уровень социальной защищенности всех граждан посредством активной деятельности государства по регулированию социальной, экономической и других сфер жизнедеятельности общества, установлению в нем социальной справедливости и солидарности. Социальное государство является итогом сближения целей и гармонизации отношений государственных институтов и общества. Изначально понятие «социальное государство» было выдвинуто немецким экономистом Лоренцем фон Штейном (1815–1890) под влиянием философии Гегеля, французских социалистических доктрин и в результате анализа развития капитализма в Германии. Он считал, что функции государства заключаются в восстановлении равенства и свободы и в осуществлении экономического и общественного прогресса всех граждан².

Социальное государство стремится к равномерному содействию получения благ всеми гражданами и распределению между ними жизненных тягот, а также к обеспечению каждому гражданину достойного человека прожиточного минимума. Вмешательство государства в жизнь человека осуществляется лишь тогда, когда такая возможность по разным причинам не может быть реализована и потребности человека не могут быть удовлетворены надлежащим образом. Социализация государств в XX в. проявилась вследствие возникновения прав «второго поколения», т.е. социальных прав человека, что явилось логичным шагом на пути развития мирового конституционализма. Реализация идей социального государства позволила бы в развитых, «старых» странах Евросоюза обеспечить, пожалуй, лучшую в мире систему социального обеспечения.

Однако реализовать в полной мере идею построения социального государства не удалось, за исключением, и то с оговорками, скандинавских стран и Нидерландов. В основном это понятие сохранилось как память о социальных иллюзиях в конституциях ряда стран, включая и Российскую Федерацию, и сегодня может рассматриваться преимущественно как утопия.

¹ *Kuusi P.* Social Policy for the Sixties. A plan for Finland. Helsinki, 1964. P. 29, 31, 65.

² Концепция социального государства и его индикаторы [эл. ресурс]. URL: <http://www.webarhimed.ru/page-626.html> (дата обращения: 04.01.2014).

Причин этому немало, но среди основных можно назвать глобализацию, приведшую к всплеску миграции, в том числе нелегальной, из слаборазвитых стран, потребляющих большую часть средств социального страхования развитых стран, усиливающуюся поляризацию доходов как в национальных, так и в глобальном масштабах, обострение конкуренции за ресурсы и увеличение доли нетрудоспособного (в первую очередь, пожилого) населения. В результате сочетания этих и других причин в последнее время происходит реформирование социальных систем во многих странах, направленных на экономию социальных расходов за счет увеличения доли средств граждан и бизнеса в социальном обеспечении. Так, в частности, в Великобритании происходит фактическая замена модели социального страхования по Бевериджу на бюджетно-страховую модель с усилением роли коммерческого социального страхования, в большинстве стран увеличивается возраст выхода на пенсию по старости, сокращение социальных льгот.

Прежние концепции социального государства нуждаются в пересмотре с учетом новых социальных рисков. По нашему мнению, разработка новой концепции социального страхования невозможна без пересмотра всей концепции экономического развития глобальной экономики, однако сегодня это представляется недостижимым в результате обострения международной конкуренции.

1.5. Финансовые источники социального обеспечения

Основными источниками финансирования национальных систем социального обеспечения являются налоги и (или) обязательные страховые взносы работодателей и работников, а также личные и корпоративные средства. В качестве способов финансирования применяются, по отдельности и совместно, в различном сочетании:

1) прямое финансирование социальных институтов (пенсионных и больничных касс, органов социального обеспечения, медицинских организаций и др.) из государственного и муниципальных бюджетов (социальное бюджетирование);

2) обязательное социальное страхование с концентрацией страховых взносов в одном или нескольких государственных или корпоративных страховых фондах, осуществляющих выплаты страхового обеспечения застрахованным лицам;

3) частные пенсионные накопления и прямые платежи за отдельные (обычно медицинские) социальные услуги.

Примером социального бюджетирования являлся СССР, сегодня за счет бюджетов финансируются здравоохранение и пенсии в Великобритании, Италии. Размеры государственных расходов зависят от уровня экономического развития. Пример такого соотношения в здравоохранении приведен в табл. 1.4 (по данным ВОЗ).

Обязательное социальное страхование является основным источником финансирования социальной сферы в Германии, Франции, Нидерландах,

России. Частные пенсионные накопления и медицинское страхование характерны для США, однако там существует государственное пенсионное обеспечение, а социальное страхование производственного травматизма и профессиональных заболеваний производится за счет работодателей.

Соотношение частных и государственных средств в социальном обеспечении зависит от уровня развития национальной экономики и национальных традиций. В качестве примера можно привести соотношение оплачиваемого (за счет государственных пособий – Конвенция МОТ по декретным отпускам предусматривает отпуск сроком не менее 14 недель) и неоплачиваемого отпусков в связи с рождением ребенка (рис. 1.1).

Система правовых институтов, осуществляющих правовое регулирование в этой сфере, имеет в Европе свою специфику, обусловленную высоким уровнем интеграции стран – членов Евросоюза.

Основополагающим нормативным актом в данной сфере правового регулирования является Европейская социальная хартия. Ее положения разработаны на основе передового опыта стран – участниц ЕС в области правового регулирования финансирования социального обеспечения. Непосредственно правовое регулирование в данной сфере осуществляется на основе прецедентного права Европейского комитета социальных прав, в основе которого и лежит Европейская социальная хартия.

Европейский комитет социальных прав наделен компетенцией прецедентного нормотворчества. Таким образом, система правового регулирования социального обеспечения в Европе построена по принципу англосаксонской правовой системы, в основе которой лежит прецедент как источник права¹.

Важно!

Основным принципом финансирования социального обеспечения в Европе является установление уровня этого финансирования не ниже уровня, установленного в Европейской социальной хартии.

Вторым основным принципом финансирования социального обеспечения в Европе является равенство уровня финансирования социального обеспечения как граждан своих стран, так и граждан иностранных государств, как фактор соблюдения одного из неотъемлемых прав человека – права на социальное обеспечение.

Все граждане стран – членов ЕС имеют право на социальную пенсию по старости, которая финансируется из государственного бюджета и позволяет обеспечить достойный уровень жизни пенсионера. Увеличение размера пенсии финансируется из фондов накопления, которые формируются за счет отчислений в процессе трудовой деятельности человека.

¹ Принципы финансирования социального обеспечения по законодательству европейских стран [эл. ресурс]. URL: <http://www.allpravo.ru/diploma/doc40p0/instrum2404/print2419.html> (дата обращения: 04.01.2014).

Таблица 1.4

Сравнение расходов на здравоохранение в России и некоторых странах ОЭСР (2010–2011 гг.)

Страна	Тариф страхового взноса работающего населения, % ФОТ			Государственные расходы на здравоохранение		В том числе расходы социального медицинского страхования		Подушевые госрасходы на здравоохранение, долл.	
	всего	в том числе		% ВВП	млрд долл.	всего, млрд долл.	% госрасходов		
		работодатель	работник						
Германия	14,9	7	7 + 0,9 (общего дохода)	8,2	236,2	207,4	87,8	2858	
Венгрия	14	11	3	5,9	6,7	5,4	82,2	659	
Словакия	14	10	4	5	2,8	2,4	84,8	520	
Франция	13,5	12,8	0,75	8,8	192,5	176,3	91,6	3139	
Чехия	13,5	9	4,5	6,1	8,6	7,5	87,9	839	
Япония	8,2	4,1	4,1	6,6	286,9	235,5	82,1	2242	
Дания	8	8	–	9,3	25,4	–	–	4677	
Польша	8	7,75	0,25 (общего дохода)	4,3	14,8	12,4	83,5	389	
Греция	7,65	5,1	2,55	5,9	15,7	8,1	51,6	1414	
Австрия	7,5	3,75	3,75	7,7	25,1	15,2	60,7	3014	
Нидерланды	6,5	6,5	–	7,5	50,7	43,8	86,3	3097	
Россия	2010 г.	3,1	3,1	–	3,6	53,7	19,4	36,1	376
	2011 г.	5,1	5,1	–	3,7	65,5	28,2	43,1	458

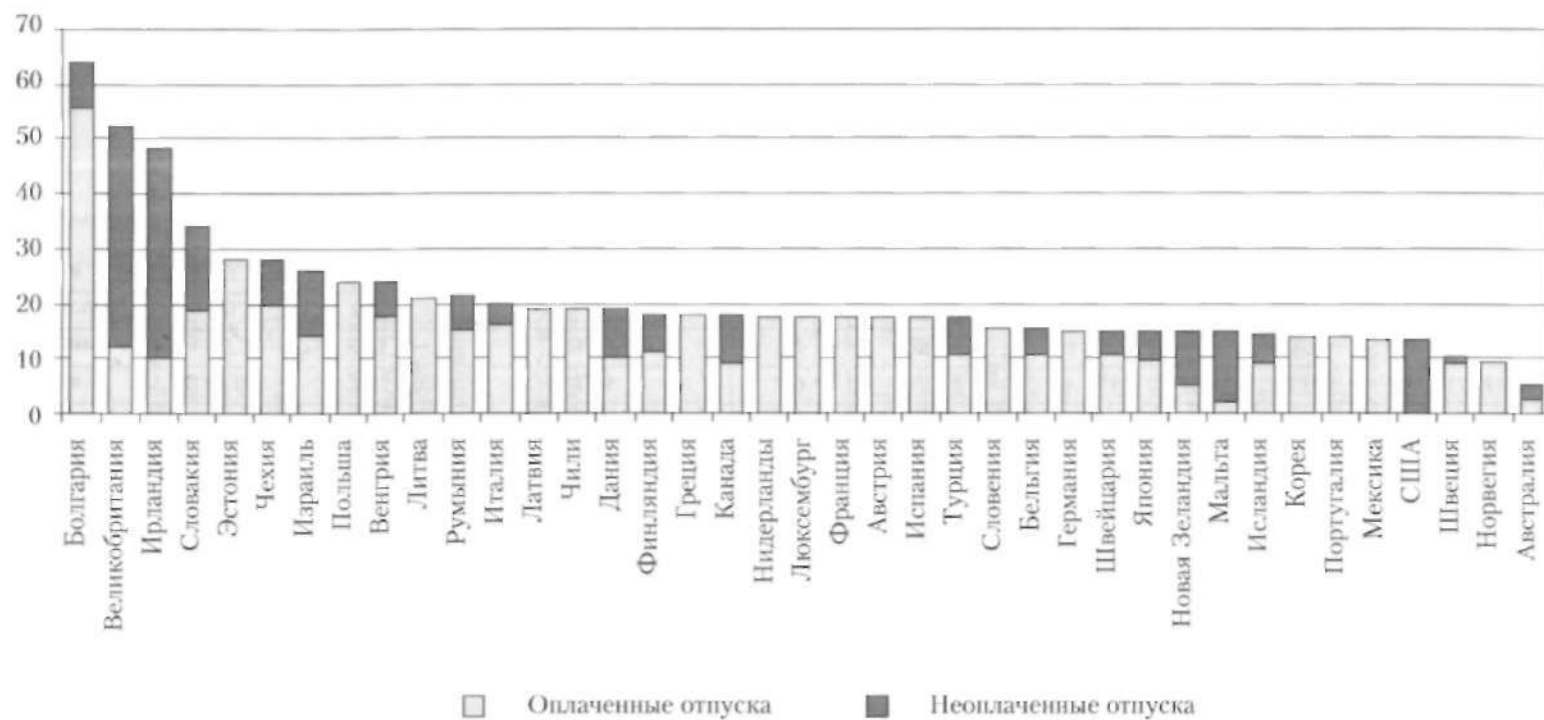


Рис. 1.1. Соотношение оплачиваемого (декретный отпуск матери) и неоплачиваемого отпуска в связи с рождением ребенка, в днях (при оплате 100% от последнего заработка, 2011–2012 гг.)

В странах Западной Европы началась существенная перестройка социальной политики, которая, очевидно, продлится не одно десятилетие. Она протекает неравномерно и не синхронно по отдельным странам, но по мере углубления интеграционных процессов будет приобретать все больше общих черт на всем пространстве Евросоюза. Особенностью нынешней перестройки, суть которой заключается в рационализации финансового обеспечения социальных обязательств, является комплексный охват практически всей социальной сферы. Изменяются — в большей или меньшей степени — принципы медицинского страхования, социальной поддержки лиц с низкими доходами, помощи в трудоустройстве, дополнительных выплат на предприятиях, финансирования ухода за немощными и т.д.

Основные проблемы социальной политики связаны с тем, что:

- не только наращивание, но и сохранение нынешней системы государственной поддержки, оказываемой за счет перераспределения ресурсов через госбюджет и целевые социальные бюджеты, чревато финансовым крахом государства;

- бремя растущих социальных отчислений становится чрезмерным для предпринимателей и работников, которые вынуждены платить все большую цену за социальную уверенность, но не за конкретные, реально требующиеся услуги;

- социальные отчисления по обязательным видам страхования отражаются на себестоимости продукции, из-за чего она существенно удорожается и становится все менее конкурентоспособной на мировом рынке.

Иными словами, прекрасное и справедливое западноевропейское социальное хозяйство оказалось, во-первых, слишком дорогим, а на определенном этапе и вовсе неподъемным для финансовой системы, во-вторых, чревато неприятными побочными явлениями, между прочим, тоже социального характера: например, устойчивой безработицей вследствие слишком дорогих рабочих мест.

Разумеется, никто не собирается рушить сложившийся социальный порядок, имеющий и глубинные корни, и немалые достижения в течение второй половины XX в., и поддержку со стороны большинства населения. Но модернизация его неотвратима, причем по отдельным направлениям — весьма радикальная. И хотя все стороны социальной сферы нуждаются в обновлении, сегодня в центре внимания большинства западноевропейских стран находится пенсионная реформа. Ведь помимо перечисленных выше общих проблем, отягощающих социальную сферу, для пенсионной системы действует еще один и довольно мощный фактор: неблагоприятное развитие демографической ситуации, а это имеет отношение к пенсиям по старости. Поэтому медлить с реформой нельзя, тем более что по своему характеру она долговременная.

Впрочем, это проблема не только государств Евросоюза. Известно, что и в России пенсионная реформа становится сегодня ключевой проблемой социальной политики в среднесрочной перспективе. То, что одинаковые по сути (хотя и разные по условиям и социально-экономической среде) реформы практически одновременно проводятся в Западной Европе и в России, дает уникальную возможность сопоставлять свои действия

С опережающими мерами более развитых стран, причем с лучшими, пожалуй, пенсионными системами в мире. Дело не в том (или не только в том), чтобы использовать западный опыт внедрения новых пенсионных технологий, но, прежде всего, в том, что можно заранее определить и особо сложные элементы реформы, и риски того или иного конкретного шага, и взаимосвязь отдельных компонентов реформы.

Сейчас в России идут дебаты вокруг пенсионной реформы, вокруг вопросов правового регулирования финансирования социального обеспечения, что на сегодняшний день является одной из самых больших проблем в нашей стране.

Следует отметить, что данный механизм правового регулирования социального обеспечения в Европе уже отлажен на протяжении не одного десятка лет. Изучение принципов финансирования правового регулирования социального обеспечения в Европе имеет для России огромное практическое значение.

Но простое копирование этих принципов в российскую систему права не сможет адекватно отразить потребности российского общества в этой сфере и может привести к тяжелым последствиям.

Сейчас в России финансирование социального обеспечения недостаточно для полного возмещения утраченного в результате болезни или старости заработка, а привлечение личных средств населения ограничено значительной долей малоимущих. В этих условиях европейский опыт поистине бесценен, поскольку Западная Европа справедливо имеет статус социального рая.

Грамотное проецирование этого опыта позволит создать эффективный механизм финансирования социального обеспечения в России и реализовать наиболее полно одно из основных конституционных прав российских граждан — право на социальное обеспечение, что на сегодняшний день является практически самой острой проблемой российского общества, которую необходимо решить в ближайшее время, чтобы обеспечить реализацию конституционного права граждан на социальное обеспечение.

1.6. Модели управления системой социального страхования

Исторический опыт свидетельствует о том, что некорректная борьба с явным проявлением ряда социальных рисков приводит зачастую не к их преодолению, а лишь к смене их проявления и форм с видимых на латентные. Так, например, в результате борьбы министерства внутренних дел СССР с индивидуальной мелкой преступностью она трансформировалась и оформилась в организованную преступность (наиболее характерные ее проявления мы наблюдали в 1990-е гг.), поскольку так представителям криминальных субкультур было проще выжить в изменившихся условиях общественной реальности.

Введение сухого закона во второй половине 1980-х гг. спровоцировало нелегальное, подпольное производство и распространение на территории страны алкогольной продукции, что, в свою очередь, привело к экономи-

ческим (дефицит государственного бюджета), медицинским (массовые отравления, увеличение смертности в результате отравлений и заболеваний печени), демографическим (ослабление генофонда населения в связи с повышением порога заболеваемости) и иным рискам.

Поэтому вопрос выбора метода и инструментов управления рисками вообще и социальными рисками в частности является ключевым. В табл. 1.5 приведены общие сведения об управлении социальными рисками.

Таблица 1.5

Методы управления социальными рисками

Метод	Инструмент	Пример
1. Уклонение	Поиск безопасных источников энергии. Разработка безопасных технологий	Замена труднодоступных ископаемых на энергию естественных природных процессов. Дистанционное управление опасными процессами
2. Уменьшение	Предупредительные и защитные мероприятия	Аттестация рабочих мест по условиям опасности труда. Профилактика профессиональных заболеваний работников
3. Трансформация (в том числе распределение)	Распределение опасных производств. Страхование работников	Вывод опасных производственных участков. Личное страхование работников от производственного травматизма и профессиональных заболеваний
4. Передача	Автоматизация производства	Применение роботизированных рабочих мест
5. Принятие	Принятие. Прогнозная оценка рисков и подготовка адекватных средств защиты	Применение средств индивидуальной защиты работников (контроль микроклимата, спецодежда и др.)

Управление рисками — это процессы, связанные с идентификацией, анализом рисков и принятием решений, которые включают максимизацию положительных и минимизацию отрицательных последствий наступления рисков событий.

Процесс управления рисками проекта обычно включает выполнение определенных и взаимосвязанных процедур. Американский Институт управления проектами (PMI), разрабатывающий и публикующий стандарты в области управления проектами, предложил следующие процедуры.

1. Планирование управления рисками — выбор подходов и планирование деятельности по управлению рисками проекта.
2. Идентификация рисков — определение рисков, способных повлиять на проект, и документирование их характеристик.

3. Качественная оценка рисков — качественный анализ рисков и условий их возникновения с целью определения их влияния на успех проекта.

4. Количественная оценка — количественный анализ вероятности возникновения и влияния последствий рисков на проект.

5. Планирование реагирования на риски — определение процедур и методов по ослаблению отрицательных последствий рисков событий и использованию возможных преимуществ.

6. Мониторинг и контроль рисков — мониторинг рисков, определение остающихся рисков, выполнение плана управления рисками проекта и оценка эффективности действий по минимизации рисков.

В истории известны различные методы управления социальными рисками:

- прямое финансирование и компенсация ущерба за счет средств государственного бюджета (государственное социальное обеспечение);
- обязательное социальное страхование;
- корпоративная социальная защита, финансируемая из средств предприятия и работника (коллективные формы страхования);
- индивидуальное страхование на коммерческих условиях;
- общественная благотворительность;
- льготное налогообложение социально уязвимых граждан (малообеспеченных, престарелых, нетрудоспособных);
- регулирование заработной платы и установление минимального размера оплаты труда.

Большое, все возрастающее влияние, оказываемое социальным риском на развитие и функционирование современного российского общества, на сознание и поведение людей, выводит проблему профилактики и управления социальными рисками на передний край научных исследований и разработки практических решений.

В различных странах и в разное время преобладали те или иные методы управления социальными рисками. В настоящее время в большинстве развитых стран основной метод — социальное страхование. В странах Евросоюза объем средств социального страхования в два раза превышает ассигнования государственного бюджета, выделяемые на социальную помощь, и в три раза — средства, поступающие за счет индивидуального коммерческого страхования от социальных рисков.

Сегодня ни в одном государстве современного мира, и в России в том числе, не создано единого государственного органа или общественной организации, облеченных властными полномочиями и наделенных ресурсами, необходимыми для реализации деятельности по профилактике и преодолению социального риска. Как орган координации такая организация может сыграть определенную позитивную роль. Однако наряду с этим наблюдающееся нынче в Российской Федерации распределение функций и обязанностей по профилактике и преодолению социального риска между рядом государственных организаций, органов местного самоуправления и общественных объединений представляется целесообразным и довольно эффективным.

При этом повышение эффективности результатов деятельности социальных субъектов по профилактике и преодолению социального риска современного российского общества возможно вследствие преодоления действия таких негативных факторов, как относительно невысокая степень согласованности действий представителей различного уровня акторов, бюрократическое торможение инициатив, поступающих снизу, недостаточное финансирование ряда социальных программ, а также слабое развитие социальной пропаганды.

1.7. Особенности системы и институциональных основ социального страхования в России

Российская Федерация в соответствии со ст. 7 Конституции РФ является социальным государством, его политика основывается на закрепленных правом принципах социальной справедливости, всеобщей солидарности и взаимной ответственности. Государство призвано помогать слабым, нуждающимся, влиять на распределение экономических благ таким образом, чтобы обеспечивать каждому человеку достойное существование.

Мнение эксперта

Конституционные социальные права — это признаваемые конституциями права человека на материальную, а иногда и духовную поддержку со стороны государства с целью обеспечения достойных условий материального, физиологического и морального существования. Следовательно, они, как и большинство конституционных прав, имеют особое значение, так как их можно определить как права-притязания, поскольку реализация возможна лишь через деятельность других субъектов, и прежде всего — государства, от которого требуются огромные финансовые затраты из бюджетных средств.

Профессор И. А. Алебастрова,
автор учебников о конституционном праве

Провозглашенные в Конституции РФ цели социального государства определяют обязанность обеспечивать прожиточный минимум, предоставлять соответствующую помощь, материальную поддержку и социальную защищенность лицам, которые в силу возраста, состояния здоровья или по другим независящим от них причинам не могут обеспечивать себе достойный уровень жизни. Система социальной защиты предназначена сгладить социальное неравенство посредством государственного регулирования социального обеспечения граждан, доступного здравоохранения, образования, а также предоставления социальных услуг. В социальном государстве право на достойную жизнь и свободное развитие гарантируется независимо от способности человека трудиться, участвовать в общественно полезном труде.

Обязательное социальное страхование — часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование рабо-

тающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам.

Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством РФ, иных категорий граждан вследствие достижения пенсионного возраста, наступления инвалидности, потери кормильца, заболевания, травмы, несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, беременности и родов, рождения ребенка (детей), ухода за ребенком в возрасте до полутора лет и других событий, установленных законодательством РФ об обязательном социальном страховании.

Нормативные документы

Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ

«Об основах обязательного социального страхования»

Основные принципы осуществления обязательного социального страхования:

- 1) устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного социального страхования;
- 2) всеобщий обязательный характер социального страхования, доступность для застрахованных лиц реализации своих социальных гарантий;
- 3) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика;
- 4) государственное регулирование системы обязательного социального страхования;
- 5) паритетность участия представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системы обязательного социального страхования;
- 6) обязательность уплаты страхователями страховых взносов;
- 7) ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования;
- 8) обеспечение надзора и общественного контроля;
- 9) автономность финансовой системы обязательного социального страхования.

Субъекты обязательного социального страхования — страхователи (работодатели), страховщики, застрахованные лица, а также иные органы, организации и граждане, определяемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Страхователи — организации любой организационно-правовой формы, а также граждане, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, выплачивать отдельные виды страхового обеспечения. Страхователями являются также органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, обязанные в соответствии с федеральными законами о кон-

кретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы. Страхователи определяются в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Страховщики — коммерческие или некоммерческие организации, создаваемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев.

Застрахованные лица — граждане Российской Федерации, а также иностранные граждане и лица без гражданства, работающие по трудовым договорам, лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой, или иные категории граждан, у которых отношения по обязательному социальному страхованию возникают в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Посредническая деятельность в системе обязательного социального страхования не допускается.

Институционально система обязательного социального страхования в России представляет собой три государственных внебюджетных фонда, управляющих четырьмя видами обязательного социального страхования.

1. Пенсионный Фонд РФ (ПФР), осуществляющий назначение и выплату пенсий (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца), пенсии по государственному пенсионному обеспечению, пенсии военнослужащих и их семей, социальные пенсии, пенсии государственных служащих и администрирующий сбор обязательных страховых взносов по пенсионному и обязательному медицинскому виду социального страхования.

2. Фонд социального страхования РФ (ФСС), осуществляющий два вида обязательного социального страхования — от несчастного случая на производстве и профессиональных заболеваний и на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и администрирующий сбор обязательных страховых взносов по этим видам страхования.

3. Федеральный фонд и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, осуществляющие этот вид социального страхования на территории субъектов РФ.

В отличие от других внебюджетных фондов фонд ОМС не имеет централизованной структуры, что связано с совместным ведением здравоохранением федеральными и региональными органами власти.

Среди указанных видов обязательного социального страхования пенсионное страхование является самым большим, в финансовом измерении, и самым дефицитным, а ОМС является самым массовым, охватывающим все население России от рождения и до смерти.

Отношения по обязательному социальному страхованию возникают:

- 1) у страхователя (работодателя) — по всем видам обязательного социального страхования с момента заключения с работником трудового договора;
- 2) иных страхователей — с момента их регистрации страховщиком;

- 3) страховщика — с момента регистрации страхователя;
- 4) застрахованных лиц — по всем видам обязательного социального страхования с момента заключения трудового договора с работодателем;
- 5) лиц, самостоятельно обеспечивающих себя работой, и иных категорий граждан — с момента уплаты ими или за них страховых взносов, если иное не установлено федеральными законами.

Регистрация страхователя в исполнительных органах страховщика осуществляется в случаях, установленных федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования. Порядок регистрации и ответственность за уклонение от регистрации устанавливаются федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Источниками поступлений денежных средств в бюджеты фондов конкретных видов обязательного социального страхования являются:

- страховые взносы;
- межбюджетные трансферты из бюджетов бюджетной системы РФ в случаях, предусмотренных законодательством РФ;
- штрафные санкции и пеня;
- денежные средства, возмещаемые страховщикам в результате регрессных требований к ответственным за причинение вреда застрахованным лицам;
- доходы от размещения временно свободных денежных средств обязательного социального страхования;
- иные поступления, не противоречащие законодательству РФ.

Тарифы страховых взносов на обязательное социальное страхование устанавливаются федеральным законом. Дифференциация тарифов страховых взносов на обязательное социальное страхование осуществляется с учетом вероятности наступления социальных страховых рисков, а также возможностей исполнения страховых обязательств.

Средства обязательного социального страхования — денежные средства и имущество, которые находятся в оперативном управлении страховщика конкретных видов обязательного социального страхования.

Уплата страховых взносов осуществляется страхователями в соответствии с Законом о страховых взносах и (или) федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

В случае нехватки в финансовой системе обязательного социального страхования денежных средств для обеспечения выплат пенсий и пособий, оплаты медицинской помощи и иных установленных федеральными законами расходов Правительство РФ при разработке проекта федерального закона о федеральном бюджете на очередной финансовый год и на плановый период предусматривает межбюджетные трансферты из федерального бюджета финансовой системе обязательного социального страхования в размерах, позволяющих обеспечить установленные федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования выплаты по обязательному социальному страхованию.

○ Вложение временно свободных денежных средств обязательного социального страхования может осуществляться только под обязательства Правительства РФ, обеспечивающие их доходность в порядке, предусмотренном законодательством РФ.

○ К полномочиям федеральных органов государственной власти в системе обязательного социального страхования относятся:

○ – установление основ правового регулирования обязательного социального страхования;

○ – установление видов обязательного социального страхования;

○ – установление круга лиц, подлежащих обязательному социальному страхованию и имеющих право на страховое обеспечение;

○ – установление условий назначения и размеров страхового обеспечения;

○ – установление порядка принятия бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования и порядка их исполнения;

○ – утверждение бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования и отчетов об их исполнении;

○ – установление тарифов страховых взносов на конкретные виды обязательного социального страхования;

○ – установление базы для начисления страховых взносов, в том числе предельной величины этой базы, а также порядка взимания страховых взносов и порядка осуществления страховых выплат;

○ – установление ответственности субъектов обязательного социального страхования при нарушении законодательства РФ;

○ – определение порядка хранения средств обязательного социального страхования и гарантий устойчивости финансовой системы обязательного социального страхования;

○ – управление системой обязательного социального страхования.

○ Правительство РФ в соответствии с Конституцией РФ и законодательством РФ осуществляет управление системой обязательного социального страхования.

○ Обязательное социальное страхование осуществляют страховщики в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

○ Средства обязательного социального страхования являются федеральной государственной собственностью, если иное не предусмотрено федеральными законами.

○ Организационно-правовая форма страховщиков определяется федеральными законами.

○ Страховщики осуществляют управление средствами обязательного социального страхования.

○ Профсоюзы и другие социальные партнеры имеют право на паритетное представительство в органах управления фондов конкретных видов обязательного социального страхования.

○ Контроль за финансовой деятельностью страховщиков в системе обязательного социального страхования осуществляется в соответствии с законодательством РФ.

Профсоюзы в соответствии с законодательством РФ имеют право на осуществление профсоюзного контроля за использованием средств обязательного социального страхования.

Бюджеты фондов конкретных видов обязательного социального страхования на очередной финансовый год и на плановый период утверждаются федеральными законами.

Проекты федеральных законов о бюджетах фондов конкретных видов обязательного социального страхования на очередной финансовый год и на плановый период вносятся в Госдуму Правительством РФ в установленном БК РФ порядке.

Бюджеты фондов конкретных видов обязательного социального страхования не входят в состав федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и местных бюджетов. Средства бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования изъятию не подлежат.

Денежные средства бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования расходуются на цели, устанавливаемые федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования и о бюджетах фондов конкретных видов обязательного социального страхования на очередной финансовый год и на плановый период.

Нецелевое расходование денежных средств бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования не допускается и влечет за собой ответственность должностных лиц, допустивших указанное в настоящем пункте нарушение, в соответствии с законодательством РФ (п. 2 ст. 19 Закона об основах обязательного социального страхования).

Отчеты об исполнении бюджетов фондов конкретных видов обязательного социального страхования за конкретный финансовый год вносятся на рассмотрение Федерального Собрания РФ Правительством РФ и утверждаются федеральными законами.

Взносы по социальному страхованию преобладают в совокупном объеме страховых взносов (табл. 1.6).

Таблица 1.6

Объемы страховых взносов в России в 2014 г., млрд руб.

Вид страхования	Объем взносов, (изменение к 2014 г., %)	Уровень выплат	Страховщик	Источник данных
Обязательное социальное страхование				
Пенсионное	4142,8 (+12%) страховые взносы + 3004 (+24%) трансферт из федерального бюджета = 7146,8 (+17%)	1,01	Пенсионный фонд РФ	ФЗ от 01.12.2014 № 385-ФЗ
На случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	387,1 (-7%)	1,24	Фонд социального страхования РФ	ФЗ от 01.12.2014 № 386-ФЗ

Окончание табл. 1.6

Вид страхования	Объем взносов, (изменение к 2014 г., %)	Уровень выплат	Страховщик	Источник данных
От несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	97,3 (+5,2%)	0,89	Фонд социального страхования РФ	ФЗ от 01.12.2014 № 386-ФЗ
Медицинское	1595,9 (+27,6%) без учета получаемых (25,4) и возвращаемых (130) бюджетных трансфертов	0,97	Фонды ОМС через СМО	ФЗ от 01.12.2014 № 387-ФЗ
Коммерческое страхование				
Коммерческое страхование всего	1023,8 (+3,6%)	0,497	Коммерческие страховщики	Банк России
В том числе ОСАГО	218,7 (+45%)	0,57		
Личное, кроме страхования жизни	209,8 (-4,12%)	0,54		
В том числе: добровольное медицинское	128,9 (+3,3%)	0,77		
от несчастных случаев и болезней	80,9 (-15,3%)	0,18		
Страхование жизни	129,7 (+19,5%)	0,18		
В том числе накопительное, включая участие страхователя в инвестиционном доходе	41,1 (+28,8%)	0,09		
Страхование имущества	374,7 (-11%)	0,54		
Негосударственное пенсионное страхование				
Пенсионное	1132,4 (4%), в том числе 750 накопительная часть страховой пенсии	0,04	НПФ и управляющие компании	Банк России
	1,5 (-5%)	0,67	Коммерческие страховщики	

Из приведенных в табл. 1.6 данных видно, что в обязательном социальном страховании уровень выплат (отношение выплат к взносам) выше.

Выводы

1. Социальные риски существовали на всем протяжении развития человечества. По мере восходящего развития общества увеличивалось их число, и возрастала мера опасности. По мере развития экономики и общественных отношений развивалось и понятие социальных рисков. В конечном итоге властные структуры осознали, что выделение части общественного и личного дохода на ликвидацию бедности и поддержку людей, утративших способность и возможность зарабатывать на жизнь своим трудом, обходится гораздо дешевле, нежели революционные изменения общественного строя. В результате к концу XIX в. в развитых экономических странах сложилась и в XX в. распространилась на большинство стран система социального страхования, включающая защиту большей части или всего населения от социальных рисков утраты трудоспособности вследствие болезни, травмы, старения.

2. Россия, как принято считать, в течение долгих лет отставала в экономическом развитии от многих европейских стран. Активное распространение страховых отношений, неразрывно связанное с общим уровнем социально-экономического развития, стало возможным только после отмены крепостного права. Но эти отношения, основанные на принципах взаимности, стали «вызревать» внутри российского общества уже во второй четверти XIX в. Организации добровольного социального страхования, действовавшие на взаимной основе, начали возникать в Российской империи раньше чем было отменено крепостное право.

3. Перемены, вызванные индустриализацией и связанными с ней урбанизацией жизни, трансформацией большой семьи в малую (нуклеарную), а также становлением рабочего движения потребовали новой парадигмы социальной защиты, основывающейся на государственном регулировании вопросов найма работников, введения институциональных форм социального обеспечения престарелых, больных и инвалидов, а также семейной поддержки. Индустриализация экономики потребовала формирования соответствующего общественного устройства и четкой регламентации трудовых отношений и нормативного упорядочения социальной защиты наемных работников и членов их семей.

4. Социальное государство (от нем. *Sozialstaat*) — особый тип современного высокоразвитого государства, в котором обеспечивается высокий уровень социальной защищенности всех граждан посредством активной деятельности государства по регулированию социальной, экономической и других сфер жизнедеятельности общества, установлению в нем социальной справедливости и солидарности. Социальное государство является итогом сближения целей и гармонизации отношений государственных институтов и общества. В настоящее время прежние концепции социального государства нуждаются в пересмотре с учетом новых социальных рисков. По нашему мнению, разработка новой концепции социального страхования невозможна без пересмотра всей концепции экономического развития глобальной экономики, однако сегодня это представляется недостижимым в результате обострения межнациональной конкуренции.

5. Основными источниками финансирования национальных систем социального обеспечения являются налоги и (или) обязательные страховые взносы работодателей и работников, а также личные и корпоративные средства. В качестве способов финансирования применяются, по отдельности и совместно, в различном сочетании:

а) прямое финансирование социальных институтов (социальное бюджетирование);

б) обязательное социальное страхование с концентрацией страховых взносов в одном или нескольких государственных или корпоративных страховых фондах, осуществляющих выплаты страхового обеспечения застрахованным лицам;

в) частные пенсионные накопления и прямые платежи за отдельные (обычно медицинские) социальные услуги.

6. В различных странах и в различное время преобладали те или иные методы управления социальными рисками. В данное время в большинстве развитых стран основной метод – социальное страхование. В странах ЕС объем средств социального страхования в два раза превышает ассигнования государственного бюджета, выделяемые на социальную помощь, и в три раза – средства, поступающие за счет индивидуального коммерческого страхования от социальных рисков.

7. Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством РФ, иных категорий граждан вследствие достижения пенсионного возраста, наступления инвалидности, потери кормильца, заболевания, травмы, несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, беременности и родов, рождения ребенка (детей), ухода за ребенком в возрасте до полутора лет и других событий, установленных законодательством РФ об обязательном социальном страховании.

8. Институционально система обязательного социального страхования в России представляет собой три государственных внебюджетных фонда, управляющих четырьмя видами обязательного социального страхования – ПФР, управляющий обязательным пенсионным страхованием и администрирующий страховые взносы по обязательному пенсионному и ОМС, Фонд социального страхования, управляющий двумя видами страхования – страхованием от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и страхованием на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и администрирующий страховые взносы по этим видам страхования и Федеральный и территориальные фонды ОМС.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Как возникло и развивалось страхование в обществе?
2. Когда и где возникли основы социального страхования?
3. Какие философские учения легли в основу европейского социального страхования?
4. Укажите основные задачи социального страхования.
5. Когда и где впервые государство начало применять социальное страхование для защиты работников?
6. Опишите основные черты европейских моделей социального страхования.
7. Разъясните особенности экономической эквивалентности социальных страховых отношений.
8. Назовите финансовые источники социального обеспечения и страхования.
9. Раскройте основное содержание современных концепций социального страхования.
10. Назовите основные особенности системы и институциональных основ социального страхования в России.

Глава 2

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В результате изучения главы студент будет:

- **знать** историю развития, основные понятия, структуру и правовые основы системы медицинского страхования, роль медицинского страхования в финансировании здравоохранения;
- **уметь** формулировать цель, задачи и условия обязательного и добровольного медицинского страхования;
- **владеть** методами составления программ добровольного медицинского страхования.

Ключевые термины: медицинская помощь, медицинское обеспечение, общественное здравоохранение, социальное призрение, медицинское и медико-социальное страхование, обязательное и добровольное медицинское страхование, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы обязательного и добровольного медицинского страхования, доступность медицинской помощи, страховой тариф.

2.1. Исторический обзор развития медицинского страхования в России

Развитие медицинского страхования, как одного из способов финансирования медицинской помощи, неотделимо от развития здравоохранения. Можно выделить несколько этапов развития общественной медицинской помощи (здравоохранения), т.е. организации оказания медицинской помощи всему или значительной части населения страны и соответствующего этим этапам становления и развития медицинского страхования в России. На **первом этапе** общественная медицинская помощь оказывалась в форме благотворительности и социального призрения больных. Страховые механизмы финансирования общественной медицинской помощи на этом этапе не использовались. Средства для оказания помощи выделялись богатыми людьми, церковью, а впоследствии — и государством.

Второй этап развития общественной медицинской помощи связан с отменой крепостного права и развитием земского самоуправления. На этом этапе для финансирования медицинской помощи применяются принципы взаимного страхования.

Третий этап развития общественного здравоохранения в последней трети XIX в. в России связан с возникновением и развитием, как и в большинстве развитых европейских стран, обязательного медико-социального страхования, первоначально — в форме взаимного страхования.

Медико-социальное страхование — форма общественной организации и финансирования оказания медицинской помощи для части или всего общества.

Первые государственные законодательные акты вводили элементы обязательного медико-социального страхования в России для работников горнодобывающей промышленности и железнодорожного транспорта, где наблюдались наиболее опасные условия труда. 6 марта 1861 г. был принят Закон «Об обязательном учреждении вспомогательных товариществ на казенных горных заводах». Указанный закон рекомендовал устройство при товариществах больничных касс для выдачи пособий членам горнозаводских товариществ, а также единовременных вспомоществований членам их семей. Управление такой кассой осуществлялось советом, члены которого избирались из числа членов кассы, а председатель назначался горным начальником из числа инженеров или чиновников. Членами товарищества выступали все работники данного завода. За счет единовременных правительственных пожертвований, обязательных вычетов из заработной платы (2–3%) рабочих и равных им взносов заводоуправлений (работодателей) в больничных кассах формировались специальные страховые фонды, из которых выплачивались пособия по болезни, пенсии инвалидам, вдовам и сиротам. Всего на казенных горных заводах было учреждено 14 таких товариществ. На 1 января 1886 г. в них числилось 6659 членов и состояло капитала 613612 руб.¹

Наряду с земской медициной начинает развиваться фабричная медицина, являющаяся элементом обязательного медико-социального страхования работающего населения. В 1866 г. был принят закон, обязывающий владельцев для оказания бесплатной медицинской помощи работникам создавать при крупных фабриках и заводах, имеющих 1000 и более работников, больницы (больничные помещения) из расчета 1 койко-место на 100 работающих и содержать их за свой счет².

Закон выполнялся не полностью. Открывшиеся в 1870–1880 гг. больницы на крупных заводах были маломощными и не могли обеспечить оказание медицинской помощи всем нуждающимся работникам фабрики или завода. Предоставляемая фабрично-заводским рабочим медицинская помощь была неудовлетворительной и охватывала лишь 20–30% всех промышленных рабочих. К 1907 г. медицинская помощь была организована лишь на 38% всех заводов и фабрик страны. Остальные рабочие, как и все прочее население, пользовались на общих основаниях городскими и земскими медицинскими учреждениями, и с них взимался больничный сбор.

Введение в России медико-социального страхования на основе больничных касс было подготовлено предшествующим развитием социального вза-

¹ Брокгауз Ф. А., Ефрон И. А. Энциклопедический словарь. Т. VII. СПб., 1892. С. 419.

² Дрошнев В. В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. 2004. № 1, 2. С. 47–59.

имного страхования. Закон от 23 июня 1912 г. состоял из четырех отдельных законоположений, действие которых было взаимосвязано:

1. Закон и Положение о присутствиях по делам страхования рабочих.
2. Закон и Положение о Совете по делам страхования рабочих.
3. Закон и Положение об обеспечении рабочих на случай болезни.
4. Закон и Положение о страховании рабочих от несчастных случаев.

Законы вступили в действие с 1 января 1913 г. и послужили основанием для введения в действие двух видов обязательного страхования: на случай болезни и от несчастных случаев на производстве. Обязательность страхования при этом распространялась на широкий круг промышленных предприятий, имевших машины и двигатели, с числом рабочих и служащих не менее 20 чел.; а также на промышленные предприятия, не имевшие машин и двигателей, — с числом рабочих и служащих не менее 30 чел. Не подлежали обязательному страхованию на основе вышеперечисленных законов строительные, сельскохозяйственные рабочие, торговые служащие, ремесленники и прислуга¹.

Страхование на случай болезни предполагалось осуществлять через больничные (страховые) кассы. Первоначально кассы создавались только:

- а) для выдачи пособий своим участникам в связи с их болезнью;
- б) пособий на погребение в случае смерти члена кассы;
- в) пособий члену кассы в случае получения травмы, но только на время лечения и до выяснения исхода повреждения;
- г) пособия роженицам.

Число членов отдельной больничной кассы не должно было быть менее 200 чел. При меньшей численности должна была создаваться общая (объединенная) касса для нескольких предприятий. Все рабочие и служащие предприятия (или нескольких предприятий), при котором учреждалась касса, были обязаны стать ее членами со дня открытия кассы. Поступавшие на работу позднее становились членами кассы со дня допущения их к работе.

Кассы учреждались на основании Устава, управлялись общим собранием уполномоченных, которое являлось директивным органом и решало принципиальные вопросы. В число уполномоченных входили лица, выбранные рабочими-членами кассы, а также представители владельца предприятия, которые вне зависимости от их числа имели 2/3 голосов от числа голосов, принадлежащих присутствующим на собрании рабочим. Председательствовал на собрании всегда сам владелец предприятия, либо его представитель.

Общее собрание больничной кассы избирало членов правления, ревизионную комиссию, заслушивало и утверждало годовой отчет правления, избирало, рассматривало жалобы участников кассы на действия правления. Кроме этого, закон предоставлял собранию полномочия по решению

¹ Гришин В. В., Мирский М. Б., Данилишина Е. И. и др. Больничные и страховые кассы (Отечественный опыт медицинского страхования) / под ред. О. П. Щепина. М. : Фирма «АЙС», 1997. С. 86.

следующих важных вопросов, непосредственно касающихся условий страхования:

- установление точного размера страховых выплат по случаю болезни члена кассы и пособия роженицам;
- предоставление права оплаты лечения членам семьи участника (члена) кассы и установление максимальной суммы, которую касса может потратить в каждом случае;
- утверждение в пределах, установленных законом, конкретного размера страховых взносов, которые должны уплачивать члены кассы и т.п.

Правление было исполнительным органом больничной кассы. Оно состояло из представителей рабочих, которые избирались общим собранием из числа лиц, присутствовавших на собрании, и представителей работодателя, назначенных владельцем предприятия. Количество выбранных лиц всегда должно было быть на 1 чел. больше, чем число назначенных лиц¹. Правление избиралось на срок, установленный Уставом кассы. Председатель правления и его заместители избирались правлением из лиц избранных в правление. Но в Уставе кассы могло быть определено, что председателем правления является владелец предприятия. В этом случае выборы председателя не проводились.

Финансовые средства кассы складывались из взносов работников и работодателей. Рабочие платили от 1 до 2% заработка (в мелких кассах допускалось 3%), работодатель уплачивал от 0,7 до 1,3% от суммы заработной платы работников. Размер взносов в каждой больничной кассе устанавливался общим собранием уполномоченных. В соответствии с законодательством за время болезни страховые взносы с членов кассы не удерживались.

Чем выше был доход работника, тем больше был процент его обязательных взносов в больничную кассу. Взносы начислялись с заработка не выше 5 руб. в день или 1500 руб. в год. Суммы страховых выплат ограничивались максимальным размером, исчисленным с заработка в 1500 руб., как бы ни был велик действительный заработок члена кассы. Следовательно, здесь применялся страховой принцип финансовых взаимоотношений между больничной кассой и ее членом: размер страховой выплаты был ограничен, но определялся в соответствии с вносимыми страховыми взносами².

Кассы имели и другие источники финансовых средств: доходы от имущества кассы, пожертвования, денежные взыскания, налагаемые правлением, пени и другие случайные поступления³.

В соответствии с законодательством средства кассы подразделялись на оборотный и запасной капиталы. Текущие расходы кассы производились за счет оборотного капитала, который формировался из регулярных взносов, приплат и доходов с имущества больничной кассы, а также добровольных пожертвований.

¹ Гришин В. В., Мирский М. Б., Данилишина Е. И. и др. Больничные и страховые кассы (Отечественный опыт медицинского страхования) / под ред. О. П. Щепина. С. 86.

² Дрошнев В. В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. 2004. № 1, 2. С. 47–59.

³ Гришин В. В., Мирский М. Б., Данилишина Е. И. и др. Указ. соч. С. 86.

Запасной капитал выполнял функцию резерва оборотных средств и в случае их недостатка направлялся на текущие расходы. Его источниками были суммы взносов и приплат в размере, предусмотренном уставом кассы. По закону этот размер должен был быть в пределах от 5 до 10% суммы поступлений в кассу. Кроме того, в запасной капитал перечислялся остаток средств кассы по результатам работы за год, и некоторые другие поступления. Если размер запасного капитала достигал суммы, равной сумме расходов кассы за последние два года, то отчисления в него прекращались. Если же его сумма становилась ниже суммы двухгодичных расходов, то отчисления должны были возобновиться. Закон также устанавливал, что при достижении запасным капиталом размера двухгодичных расходов общее собрание кассы могло уменьшить размер взносов участников ниже нижнего предела, т.е. ниже 1% от суммы заработка¹.

При недостатке средств на текущие расходы правление больничной кассой должно было либо увеличить взносы, либо сократить расходы. Кроме того, закон предоставлял кассам право на получение в определенных обстоятельствах ссуд и пособий из государственных средств, для чего руководство кассы должно было направить просьбу министру торговли и промышленности. Ссуды подлежали погашению за счет средств запасного капитала.

Временно свободные средства больничных касс должны были помещаться в государственные и гарантированные правительством ценные бумаги и ценные бумаги других государственных учреждений, а также во вклады и на текущие счета государственного банка или государственной сберегательной кассы. Размещение таких средств на текущие счета частных кредитных учреждений разрешалось только по указанию министра промышленности и торговли, согласованному с Министерством финансов.

Кассы выплачивали пособия по случаю болезни, травм, родов и наступления смерти. Они оказывали также помощь членам семей застрахованных, но сумма расходов на оказание этой помощи не должна была превышать 1/3 приходного бюджета кассы.

Закон устанавливал минимальную и максимальную сумму размера пособия и сроки его выдачи. Конкретный размер пособия определяли сами больничные кассы, которые при этом должны были исходить из своих финансовых возможностей.

Принципы работы больничной кассы имели определенное сходство с принципами ведомственного взаимного страхования. Финансовая устойчивость больничных касс в определенной степени поддерживалась государством, поскольку они имели право на получение ссуд и пособий за счет государственных средств. Кроме того, забота государства о финансовой устойчивости больничных касс проявлялась в установлении правил об образовании запасного капитала, а также в точном указании на то, каким образом должны размещаться временно свободные средства больничных касс.

¹ Гришин В. В., Мирский М. Б., Данилишина Е. И. и др. Указ. соч. С. 86.

В соответствии с Законом от 23 июня 1912 г. больничные кассы находились под тройным надзором. Их деятельность контролировали следующие организации¹.

1. Фабричные инспекции, которые утверждали уставы больничных касс, имели право производить ревизию денежных средств кассы, следить за правильным поступлением взносов, взыскивать с предпринимателей невнесенные в срок платежи. Инспекции также осуществляли проверки делопроизводства и отчетности больничных касс.

2. Присутствия по делам страхования рабочих (страховые присутствия). В их состав входили чиновники и владельцы промышленных предприятий в количестве 13 чел., и 2 представителя от рабочих. Эти присутствия действовали в каждой губернии и области, а также в городах (Санкт-Петербург, Москва, Одесса, Варшава). Председателем присутствия являлся по должности соответственно губернатор, градоначальник или обер-полицмейстер. Присутствия по делам страхования рабочих подчинялись совету по делам страхования рабочих.

3. Совет по делам страхования рабочих. В соответствии с законом от 23 июня 1912 г. это был центральный орган по делам страхования рабочих, учрежденный при Министерстве торговли и промышленности. В его состав входили 26 членов, в том числе заместитель министра торговли и промышленности, по 2 члена от министерства торговли и промышленности и министерства внутренних дел, по 1 члену — от министерств юстиции, финансов и путей сообщения, Главного управления землеустройства и земледелия, Медицинского совета или Главного управления врачебного инспектора, Петербургского губернского земства, Петербургской городской думы, и 5 представителей владельцев предприятий и участников больничных касс². Совет по делам страхования рабочих издавал нормативные документы по вопросам обязательного страхования рабочих и служащих от болезней и несчастных случаев. В частности, по его инициативе был разработан и утвержден 6 марта 1913 г. типовой («нормальный») устав общих больничных касс. Совет также рассматривал жалобы на деятельность страховых присутствий.

Присутствия по делам страхования рабочих (страховые присутствия) были наделены следующими функциями в части взаимодействия с больничными кассами:

1) организационно-контролирующая функция, состоявшая в выдаче разрешений на открытие больничных касс и осуществлении контроля за их деятельностью. Присутствия должны были утверждать устав кассы в случае его значительного отклонения от типового устава; выдавать разрешение на соединение нескольких больничных касс в одну, проводить ревизии денежных средств больничной кассы, ее делопроизводства, отчетности управления и т.п.;

2) ведение реестра больничных касс;

¹ Логвинова И. Л. Взаимное страхование в России: особенности эволюции. М.: Финансы и статистика, 2009. С. 176.

² Гришин В. В., Мирский М. Б., Данилишина Е. И. и др. Указ. соч. С. 86.

3) защита интересов членов больничных касс, в том числе рассмотрение жалоб на фабричных инспекторов, предпринимателей, членов правлений;

4) участие в установлении отношений между больничными кассами и лечебными учреждениями, в частности, определение суточной стоимости содержания и лечения лиц, застрахованных в больничных кассах, в больницах, принадлежащих городским или земским самоуправлениям.

В соответствии с законодательством больничные кассы предназначались, прежде всего, для страхования от болезней и несчастных случаев, что подразумевало только выдачу пособий. Больничные кассы имели право оказывать помощь членам семей застрахованных, но расходы на эту помощь не должны были превышать 1/3 части приходного бюджета больничной кассы.

Закон от 23 июня 1912 г. не запрещал больничным кассам заниматься организацией медицинской помощи, а именно: устраивать и содержать собственные амбулатории, приемные покои и больницы; входить в соглашения с городскими и земскими общественными управлениями, а также с частными лечебными заведениями. Работодатель решал самостоятельно или по согласованию с органами управления больничных касс вопрос о применении механизмов оплаты и способах предоставления медицинской помощи в фабричных, земских и городских лечебницах или в медицинских учреждениях больничной кассы. Это послужило основой для создания больничными кассами собственных лечебных учреждений.

И больничные кассы начали вести работу в этом направлении. Например, больничная касса завода «Насаль» в 1914 г., наряду с выдачей пособий членам касс, начала оказывать медицинскую помощь членам их семей, для чего заключила соглашения с 19 докторами, 26 акушерками, а также фельдшерами, зубными врачами и массажистами. Они принимали больных у себя на дому или по месту основной работы на основании талонов, выдаваемых в конторе больничной кассы. Аналогичным образом было организовано оказание медицинской помощи и в других кассах, например, действовавших в Смоленской губернии, Казани¹.

Наряду с этим некоторые больничные кассы пошли по пути создания своих амбулаторий, больниц, аптек. Организация оказания медицинской помощи членам больничных касс на основе страховых принципов являлась важным моментом для организации их медицинского обслуживания. Кассы, как правило, выбирали врачей, у которых могли лечиться их члены. Но при этом кассы имели возможность осуществлять контроль за качеством медицинского обслуживания, а также за соотношением цены и качества оказываемых медицинских услуг. При необходимости касса могла отказаться от услуг одного врача и заключить договор с другим.

Важным, на наш взгляд, является тот факт, что государство не предпринимало усилий к централизации сбора финансовых средств в системе обязательного медико-социального страхования в Российской империи. Страховые принципы, лежавшие в основе организации больничных касс, обусловили их стремление к объединению. Ведь чем больше страхователей

¹ Гришин В. В., Мирский М. Б., Данилишина Е. И. и др. Указ. соч. С. 86.

в обществе взаимного страхования, тем устойчивее его финансовое положение. Сосредоточивая в своих руках большие финансовые ресурсы, организация взаимного страхования имела возможность на их основе организовывать предоставление более качественных медицинских услуг. В связи с этим в Российской империи активизировалась работа по созданию объединенных больничных касс в Санкт-Петербурге, Москве, Риге, Харькове и других городах.

Государство через Совет по делам страхования рабочих и присутствия по делам страхования рабочих осуществляло надзор за деятельностью больничных касс. Но эти органы имели, главным образом, контрольные функции, они не осуществляли централизованного руководства страховыми организациями. Кассы сами решали такие принципиальные вопросы, как установление размеров страховых взносов и страховых выплат, определение круга застрахованных.

Отличительной чертой больничных касс было то, что в их работе непосредственное участие, и материальное, и организационное, принимали владельцы предприятий, которые могли действовать сами или через представителей. Другой важной особенностью деятельности больничных касс было то обстоятельство, что члены ее правления исполняли свои обязанности бесплатно¹. Количество больничных касс неуклонно росло (табл. 2.1).

Таблица 2.1

Организация больничных касс для обязательного медико-социального страхования в Российской империи в 1914–1916 гг.²

Наименование показателя	1914 г.	1916 г.
Число больничных касс, предполагаемых к открытию по закону 1912 г.	3690	3517
Доля действующих больничных касс из предполагаемых к открытию, в %	29,7	66,2

С установлением Советской власти, в связи с началом радикального реформирования системы обязательного медико-социального страхования, можно говорить о **четвертом этапе** развития общественного здравоохранения и медицинского страхования в России на основах его централизации и обеспечения всеобщности охвата населения.

В 1919 г. В. И. Ленин подписал Декрет от 19 февраля «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения», в результате которого все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах. Декретом упразднялась страховая медицина. Результаты такой реформы в деле борьбы с инфекционными заболеваниями на первых порах были достаточно убедительными. Значительно снизился уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулез, сифилис и др.), детская смертность и т.д.

¹ Гришин В. В., Мирский М. Б., Данилишина Е. И. и др. Указ. соч. С. 86.

² По данным работы: Дрошнев В. В. Обязательное медицинское страхование в России. М.: Анкил, 2004. С. 23 (со ссылкой на журнал «Вопросы страхования». 1914. № 10; 1916. № 4).

Для медико-социального страхования периода НЭПа характерны чрезвычайно большой объем страхового обеспечения, широкий охват и дифференцированный подход к организации страхования различных групп трудящихся, что создавало трудности при реализации законодательно-нормативных актов.

Медико-социальное страхование распространялось на всех лиц наемного труда, занятых в государственных, общественных, кооперативных, концессионных, смешанных или частных предприятиях, учреждениях, хозяйствах или у отдельных лиц независимо от характера и длительности работы и способов оплаты труда. Страхованию подлежали также лица, занятые на сезонных и временных работах, батраки и батрачки, работающие на дому, состоящие на службе и работающие по вольному найму в учреждениях военного и морского ведомства, работники артелей, ученики, работающие на предприятиях, в мелкой кустарной и ремесленной промышленности, обучающиеся в фабрично-заводских школах, студенты, проходящие практику, выборные лица, литературные работники. Следует особо отметить, что медико-социальное страхование распространялось только на наемных работников и практически не затрагивало неработающее городское население и подавляющую часть сельских жителей, как самозанятых, так и объединенных в колхозы.

В объем обеспечения при медико-социальном страховании входили:

- оказание лечебной помощи;
- выплата пособий при временной утрате трудоспособности по случаю болезни, увечья, при карантине, беременности, родах, уходе за больным членом семьи;
- выплата пособий при кормлении ребенка и на предметы ухода за ним;
- выплата пособий по инвалидности;
- выплата пособий членам семьи в случае смерти или безвестного отсутствия кормильца;
- выплата пособий на погребение;
- выплата пособий по безработице.

В 1924 г. в СССР действовало только 956 больничных касс, что в 2,5 раза меньше, чем в 1916 г. в Российской империи. Но объем застрахованных лиц вырос в 3 раза. При этом увеличилась в 7,2 раза средняя численность участников больничных касс (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Динамика развития обязательного медико-социального страхования в СССР в период 1916–1924 гг.¹

Наименование показателя	1916 г.	1924 г.
Число действующих больничных касс	2330	956
Число участников больничных касс	1869 170	5 500 000
Средняя численность участников в больничной кассе	802	5753

¹ Дрошнев В. В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. 2004. № 1, 2. С. 47–59.

К 1928 г. медико-социальное страхование охватывало более 9 млн чел., т.е. наблюдалась положительная динамика увеличения охвата медико-социальным страхованием наемного населения страны.

Необходимо отдельно отметить, что деятельность больничных страховых касс строилась на основе актуарных расчетов, т.е. использовались расчеты страховых рисков и предстоящих выплат застрахованным лицам по взятым на себя обязательствам. Для определения параметров страховых рисков (уровня и частоты возникновения заболеваемости, травматизма, временной и стойкой нетрудоспособности, смертности и других страховых случаев) сотрудниками страховых касс использовались отчетные данные о результатах деятельности за предыдущие годы.

4 марта 1924 г. было принято «Положение о порядке организации медицинской помощи застрахованным и членам их семей и расходовании средств, предназначенных на эти цели». Этот документ послужил финансовой основой для завершения формирования системы ОМС в современном его понимании и создания организационной структуры медицинской помощи застрахованным гражданам. Медицинская помощь населению оказывалась государственной системой здравоохранения, лечебными учреждениями страховых касс и частными врачами и клиниками. Застрахованные лица обслуживались в государственных медицинских учреждениях и лечебных учреждениях больничных страховых касс за счет страховых средств.

Страховых средств на медицинское обслуживание не хватало. Страховые взносы, по расчетам, должны были составлять 25% от объема необходимых на медицинскую помощь расходов, но фактически покрывали не более 13% нужных расходов. При этом в сельской местности складывалось особенно трудное положение с финансированием медицинского обслуживания, так как из-за низкого размера фонда оплаты труда сам объем страховых взносов был незначительным. Поэтому было принято решение о выделении фонда лечебной (медицинской) помощи из системы фондов социального страхования.

С февраля 1925 г. управление фондом лечебной (медицинской) помощи застрахованным лицам было передано Народному Комиссариату Здравоохранения РСФСР и его подразделениям (наркомздравам автономных республик и губздравам) через созданные при них отделы медицинской помощи застрахованным лицам. Управление фондом пенсий и других пособий было передано в непосредственное распоряжение органов социального страхования Народного Комиссариата Труда. Расходы на работу отдела медицинской помощи застрахованным лицам составляли до 3% от размера собранных страховыми органами страховых взносов.

Отделы медицинской помощи решали задачи не только по организации оказания медицинской помощи застрахованным лицам, но и по сохранению здоровья и оздоровлению рабочих, а также по осуществлению координации работы других структур для решения лечебных и оздоровительно-профилактических задач. Руководству отдела по решению органов социального страхования разрешалось дополнительно использовать средства местных операционных фондов пенсий и других пособий на меропр-

ятия по профилактике заболеваемости и производственного травматизма, в том числе на организацию домов отдыха, местных санаториев, профилакториев и т.д.

В соответствии с Постановлениями ЦИК и Совнаркома СССР от 15 августа 1926 г. и ЦИК и Совнаркома РСФСР от 07 марта 1927 г. № 25-1 в системе организации и финансирования медицинской помощи в рамках медико-социального страхования были произведены очередные кардинальные изменения:

а) ликвидированы все отделы, подотделы и отделения фондов медицинской помощи застрахованным лицам, существовавших в то время в аппаратах Наркомздрава РСФСР, Наркомздрава автономных республик и местных органов здравоохранения;

б) переведены в полное управление и распоряжение органов здравоохранения фонды медицинской помощи застрахованным лицам;

в) полностью возложена на аппарат здравоохранения организация медицинской помощи застрахованным лицам;

г) установлено, что средства фонда медицинской помощи застрахованным не подлежат включению в бюджет и для их использования составляются отдельные планы и сметы, при этом средства могли использоваться на все виды лечебной и профилактической помощи застрахованным;

д) определено, что средства медицинского страхования являются дополнением к местному и государственному бюджетам и не должны вести к снижению бюджетных ассигнований на здравоохранение, указывалось на необходимость их учета вне баланса по особым приходно-расходным сметам, прилагаемым к отчету об использовании бюджетных средств;

е) определено, что средства медицинского фонда перечисляются: в раз-
мере не менее 10% от общей суммы в республиканский и 3% — во всесоюзный фонды.

Важно!

Эти изменения привели к слиянию медико-социального страхования в форме взаимного страхования на основе больничных касс и государственной медицины (для госслужащих) в бюджетно-страховую медицину.

На оплату медицинского обслуживания застрахованных лиц использовались и бюджетные средства, для чего бронировались специальные суммы из государственного и местного бюджета. Страховые средства фонда лечебной помощи являлись дополнением к бюджетным, кроме того, определенное участие в данном направлении финансирования в форме дотаций принимало Главное управление социального страхования за счет консолидации всех средств медико-социального страхования.

Испытываемые здравоохранением трудности, в том числе и при организации и проведении медицинского обслуживания застрахованных лиц, в первую очередь обуславливались низким уровнем бюджетного финансирования. По 38 административным территориям страны в 1926—1927 гг. бюджетные средства составляли всего 30,9% от объема средств, использу-

емых на оплату медицинского обслуживания застрахованных лиц, а средства ОМС соответственно 69,1%. Расходы на медицинское обслуживание застрахованных работников транспорта на 82,4% покрывались за счет средств медицинского страхования. Сложилась ситуация, когда государственное здравоохранение финансировалось в основном за счет средств ОМС¹.

Введение бюджетно-страховой медицины стало естественным средством централизации управления экономикой при построении социализма. В 1920–1930-х гг. система социального страхования СССР достигла своего расцвета и практически была на уровне развитых европейских стран, опережая США и Японию, где социального страхования в то время еще не существовало. В 1927 г. средства социального страхования составляли в национальном доходе: в СССР – 4,5%, в Германии – 7,5%, в Великобритании – 3,75%. Но в дальнейшем, начиная с 1929 г., в результате принятого политического курса на полную централизацию управления всем народным хозяйством страны, медико-социальное страхование как самостоятельная система социального страхования, восстановленная в период НЭПа, была по существу вновь упразднена, вследствие чего здравоохранение лишилось важного, существенного и дополнительного, а порой и основного источника финансирования.

Важно!

С этого периода можно говорить о начале **пятого этапа** развития общественного здравоохранения – бюджетной медицине, в которой страховые принципы не применялись.

Данные преобразования советского здравоохранения связаны с именем Н. Семашко. Он положил в основу предложенной системы здравоохранения несколько идей: единые принципы организации и централизация системы здравоохранения; равная доступность здравоохранения для всех граждан; первоочередное внимание детству и материнству; единство профилактики и лечения; ликвидация социальных основ болезней; привлечение общественности к делу здравоохранения. Все эти идеи разрабатывались многими ведущими врачами России и мира с конца XIX в. Однако в основу государственной политики они были впервые положены в Советской России.

Исторический экскурс

Следует заметить, что идеи централизации здравоохранения рассматривались задолго до Октябрьской революции. Еще в конце XIX в. в недрах Министерства внутренних дел России была создана комиссия под председательством профессора С. Боткина, как было сказано, для «изыскания мер к повсеместному оздоровлению России». Комиссия, меняя своих председателей, продолжала работу практически до самого начала Первой мировой войны. Последним ее председателем был профессор Г. Рейн, который окончательно сформулировал идею о необходимости центра-

¹ Дрошнев В. В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. 2004. № 1, 2. С. 47–59.

лизованной системы управления здравоохранением, разрабатывавшуюся комиссией с самого начала ее деятельности. Для организации такой системы комиссия впервые в мире разработала нормы обеспечения населения медицинской помощью (или, по-современному — программы государственных гарантий обеспечения граждан медицинской помощью)¹.

Характеризуя подход современного ему здравоохранения к проблемам здоровья нации, Г. Рейн писал, что до сих пор «медицинское дело сводилось главным образом к обеспечению помощи больным и к прекращению вспыхнувших эпидемий, а задача устранения условий, способствующих возникновению и развитию заболеваний, и целесообразная постановка общественной гигиены и санитарии отходили, силою вещей, на второй план». Именно общественной гигиеной и санитарией и должно было в первую очередь заняться планируемое министерство.

Однако медицинская общественность эту идею осудила. Против выступило и большинство известных врачей, а также самое авторитетное объединение российских врачей — Пироговское общество. Все они боялись, что министерство станет бюрократической надстройкой, которая будет мешать свободному развитию земской и городской медицины. Не одобрили замысел и представители ведомственной медицины, уже тогда распространенной в России. К слову сказать, левые партии, в том числе большевики, также идею не поддержали, выступая за развитие обязательного медицинского страхования по примеру Германии. Тем не менее Николай II учредил Главное управление государственного здравоохранения, которое под давлением Госдумы, отражавшей в этом вопросе настроения большинства тогдашней общественности, было ликвидировано в 1916 г.

Однако воцарившаяся после революции разруха убедила большинство врачей в том, что в таких условиях необходимы концентрация ресурсов, государственное управление и планирование медицинской отрасли. И в июне 1918 г. по предложению Всероссийского съезда медико-санитарных отделов Советов был создан Наркомат здравоохранения. После бурных дебатов это решение в конце концов поддержало и Пироговское общество. А дальше усилиями Н. Семашко и его последователей система бюджетного здравоохранения уже начала строиться плановым образом.

Впервые в мире для централизованного управления здравоохранением в масштабе всей страны была создана специальная организация — Наркомат здравоохранения, в ведение которого перешли все ведомственные, земские и страховые медицинские учреждения. Частная медицина в конечном счете была ликвидирована, хотя сохранялись государственные платные поликлиники. Концентрация ресурсов в руках одного ведомства позволяла даже в условиях ограниченности средств (а эта проблема преследовала советскую медицину все годы ее существования) достичь достаточно серьезных результатов, по крайней мере в преодолении традиционных инфекционных заболеваний, уменьшении материнской и детской смертности, в профилактике социальных болезней и санитарном просвещении населения. Идея комплексного решения социальных и научно-технических задач большого государственного значения за счет концентрации ресурсов и планового ведения хозяйства, как ни банально это сейчас звучит, была удивительной по тем временам социальной инновацией, привлекавшей к опыту Советского Союза внимание всего мира.

¹ Механик А. Пирамида Семашко [эл. ресурс] // Эксперт. 2011. № 30–31 (764). URL: <http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko/> (дата обращения: 24.01.2014).

Была выстроена стройная система медицинских учреждений, которая позволила обеспечить единые принципы организации здравоохранения для всего населения, от далеких аулов до столичных городов: фельдшерско-акушерский пункт — участковая поликлиника — районная больница — областная больница — специализированные медицинские институты.

Однако, несмотря на все усилия Н. Семашко, включить всю медицину в единую систему не удалось. Свои медицинские учреждения сохранили армия, железнодорожники, шахтеры и многие другие ведомства, а также номенклатура. Доступность здравоохранения обеспечивалась тем, что медицинское обслуживание было бесплатным, все граждане прикреплялись к участковым поликлиникам по месту жительства и в зависимости от сложности заболевания могли направляться на лечение все выше и выше по ступеням пирамиды здравоохранения.

Была организована специализированная система медицинских учреждений для детей, повторяющая систему для взрослых, от участковой поликлиники до специализированных научных институтов. Для поддержки материнства и младенчества была организована такая же вертикальная система — от женских консультаций и участковых роддомов до специализированных институтов.

Для борьбы с профессиональными заболеваниями на предприятиях с вредными условиями труда создавались медсанчасти, которые должны были контролировать условия труда и здоровье работников. Там же создавались профилактории, своеобразные санатории на рабочем месте. Впоследствии медсанчасти появились практически на всех крупных предприятиях.

Профилактика понималась Н. Семашко и в узком, и в широком смысле. В узком — как санитарные мероприятия, в широком — как оздоровление, предупреждение и профилактика болезней. Задача каждого врача и всей системы медицинских учреждений, как считал Н. Семашко, состояла не только в том, чтобы вылечить, но чтобы предупредить болезнь, которая рассматривалась как следствие неблагоприятных социальных условий и неправильного образа жизни. В связи с этим особое внимание уделялось таким социальным болезням, как венерические, туберкулез и алкоголизм. Для этого была создана система соответствующих диспансеров. Они должны были не только лечить, но и отслеживать условия жизни больных, информируя власти о несоответствии этих условий санитарным нормам и о потенциальной угрозе, которую больные могут представлять для окружающих.

Важной мерой профилактики, по мнению Н. Семашко, были вакцинация, впервые принявшая общенародный характер и послужившая изживанию многих заразных болезней, и санитарно-гигиеническая пропаганда, которой уделялось огромное внимание как одному из средств предупреждения эпидемий и формирования здорового образа жизни. К пропаганде привлекались многие выдающиеся поэты и художники, а также широкие слои общественности. В стройную систему оздоровления, профилактики и здравоохранения естественным образом включались дома отдыха и санатории. Санатории, пребывание в которых входило в лечебный процесс, были под-

чинены Наркомздраву, а дома отдыха — профсоюзам, т.е. общественности, или, говоря современным языком, гражданскому обществу, которое должно было следить за оздоровлением трудящихся. Но Н. Семашко понимал политику оздоровления значительно шире, включая в нее и оздоровление мест проживания, и создание соответствующих жилищно-коммунальных условий, и в конце концов решение жилищного вопроса, провозгласив конечной целью санитарной политики государства борьбу с жилищной нуждой беднейшего населения.

Важно!

В начале 1990-х гг., с распадом СССР и наступившим экономическим кризисом, власти новой России отказались от бюджетного финансирования здравоохранения и восстановили ОМС для финансирования медицинской помощи первоначально для работающих граждан, а затем и для всего населения. С этого времени начался и продолжается **шестой период** развития общественного здравоохранения — переход к преимущественному финансированию здравоохранения за счет ОМС, который мы подробно рассмотрим в последующих параграфах настоящей главы.

Сегодня, с учетом рационально понятого зарубежного опыта, многие специалисты считают, что, несмотря на все проблемы, система здравоохранения в Советской России была образцовой и скорее нуждалась в шлифовке, чем в кардинальной реформе¹.

Тем не менее система, выстроенная Н. Семашко и развитая его последователями, при всей своей стройности, вызвавшей интерес во всем мире и породившей массу последователей, обладала и рядом недостатков, которые, наряду с дефицитом качественных медицинских и сервисных услуг, в конечном счете превратили ее в предмет острого недовольства.

Представление о социальной обусловленности болезней и борьба с социальными язвами на первом этапе развития советского здравоохранения очень помогли в преодолении инфекционных болезней, но в дальнейшем оказали плохую услугу и здравоохранению, и биологической науке. Верное для таких заболеваний, как туберкулез, распространение которого во многом определялось условиями жизни, оно было перенесено и на другие заболевания — сердечно-сосудистые, онкологические и многие другие, причины которых лишь частично, как теперь ясно, можно объяснить условиями жизни. Отсюда слишком большие надежды на предупреждение этих заболеваний социальными мерами, (хотя и социальными мерами удалось достичь многого).

Стройность системы оборачивалась жесткостью: пациенты были прикреплены к определенному врачу, к определенной больнице. Они не могли выбрать врача и медицинское учреждение, что делало невозможной конкуренцию между последними. Это, в свою очередь, порождало застой и невнимание к нуждам пациентов. Хотя опыт Великобритании, где тоже использовалось бюджетное финансирование здравоохранения, показывал, что системе как таковой подобная жесткость вовсе не присуща.

¹ Механик А. Пирамида Семашко [эл. ресурс] // Эксперт. 2011. № 30–31 (764). URL: <http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko/> (дата обращения: 24.01.2014).

Но главной проблемой советского здравоохранения, как и современного российского, было его хроническое недофинансирование, которое становилось все более заметным по мере усложнения медицины и ее удорожания. Из-за этого многие современные методы лечения и препараты в Советском Союзе не развивались и были попросту недоступны советским гражданам. В результате СССР, вначале догнавший передовые страны Запада по продолжительности жизни и снижению детской смертности, начиная с 1970-х гг., стал все больше отставать.

Недостатки здравоохранения, вызванные недофинансированием, воспринимались как недостатки самой системы. В условиях дефицита качественных услуг и лекарств, как и при любом дефиците, возникли группы людей, либо причастных к власти, либо обладающих соответствующими материальными ресурсами, которые стали незаконно приобретать дефицитные услуги. Дефицит де-факто породил платность лучших услуг. А в условиях разразившегося кризиса всей системы ликвидировать недофинансирование стало уже и невозможно.

Мировой опыт показал, что применение рыночных критериев к медицинским услугам оказалось не просто несправедливым, но и нерациональным в силу особой специфики медицинских услуг, которую многие экономисты характеризуют следующим образом¹:

- отсутствие у пациента полной информации, необходимой для рационального выбора;
- неопределенность наступления болезни: пациенты не знают, когда и сколько медицинских услуг им потребуется, какова вероятность успеха различных видов лечения;
- асимметрия информации, когда на рынке медицинских услуг явное преимущество имеют врачи, причем как на стороне спроса, так и на стороне предложения;
- неэластичность спроса на медицинские услуги: их потребители обычно слабо реагируют на изменение цен.

И в этом смысле система Н. Семашко оказалась более эффективна, чем все прочие, поскольку ориентировала врача на выполнение врачебного долга, а не на получение прибыли, истоки которой в медицине зачастую могут противоречить общественной морали.

Эти проблемы осознаются современным Министерством здравоохранения РФ (Минздравом) и врачебным сообществом, и проводимые реформы здравоохранения направлены в конечном итоге на их решение.

2.2. Структура и правовые основы современной системы медицинского страхования в России

Согласно ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам

¹ Механик А. Пирамида Семашко [эл. ресурс] // Эксперт. 2011. № 30–31 (764). URL: <http://expert.ru/expert/2011/30/piramida-semashko/> (дата обращения: 24.01.2014).

бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию.

Важную роль в финансовом обеспечении этих прав играет медицинское страхование.

В соответствии с принципами классификации, применяемыми в страховании, медицинское страхование относится к рисковому виду отрасли личного страхования, а с точки зрения соотношения страховой суммы и страховой стоимости — к страхованию суммы. Согласно ст. 970 ГК РФ правила, предусмотренные гл. 48 кодекса, применяются к отношениям по медицинскому страхованию постольку, поскольку законами об этих видах страхования не установлено иное.

Мнение специалиста

Система медицинского страхования — это механизм контроля за расходами при оказании медицинской помощи. Когда мы говорим, что в стране есть обязательное медицинское страхование, то это означает, что есть некий объем медицинских услуг (и соответственно расходов на них), который государство гарантирует своему гражданину при ухудшении его здоровья.

Д. Ю. Кузнецов,
вице-президент Всероссийского союза страховщиков

Медицинское страхование проводится в России в двух формах — обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС). ОМС регулируется Законом о медицинском страховании.

Важно!

ОМС является социальным страхованием, и на него распространяются нормы Закона об основах обязательного социального страхования. Указанный закон устанавливает следующие принципы обязательного социального страхования:

- устойчивость финансовой системы обязательного социального страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного социального страхования;
- всеобщий обязательный характер социального страхования, доступность для застрахованных лиц реализации своих социальных гарантий;
- государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на защиту от социальных страховых рисков и исполнение обязательств по обязательному социальному страхованию независимо от финансового положения страховщика;
- государственное регулирование системы обязательного социального страхования;
- паритетность участия представителей субъектов обязательного социального страхования в органах управления системы обязательного социального страхования;
- обязательность уплаты страхователями страховых взносов;
- ответственность за целевое использование средств обязательного социального страхования;

- обеспечение надзора и общественного контроля;
- автономность финансовой системы обязательного социального страхования.

Посредническая деятельность, как уже отмечалось, в системе обязательного социального страхования не допускается.

К полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС относятся:

- 1) разработка и реализация государственной политики в сфере ОМС;
- 2) организация ОМС на территории Российской Федерации;
- 3) установление круга лиц, подлежащих ОМС;
- 4) установление тарифов страховых взносов на ОМС и порядка взимания страховых взносов на ОМС;
- 5) утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС;
- 6) установление порядка распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов ОМС;
- 7) установление ответственности субъектов ОМС и участников ОМС за нарушение законодательства об ОМС;
- 8) организация управления средствами ОМС;
- 9) определение общих принципов организации информационных систем и информационного взаимодействия в сфере ОМС, ведения персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- 10) установление системы защиты прав застрахованных лиц в сфере ОМС.

Закон о медицинском страховании уточнил принципы ОМС.

Нормативные документы

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ
«Об обязательном медицинском страховании
в Российской Федерации»

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Основными принципами осуществления обязательного медицинского страхования являются:

- 1) обеспечение за счет средств обязательного медицинского страхования гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и базовой программы обязательного медицинского страхования;
- 2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования;
- 3) обязательность уплаты страхователями страховых взносов на обязательное медицинское страхование в размерах, установленных федеральными законами;
- 4) государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

6) паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Свои полномочия в сфере ОМС Российская Федерация реализует через Правительство и передает часть своих полномочий федеральному органу исполнительной власти (Минздраву), Федеральному фонду ОМС и органам государственной власти субъектов РФ.

Субъектами ОМС являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

Участниками ОМС являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.

Согласно ст. 10 Закона о медицинском страховании застрахованными в системе ОМС являются:

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

3) лица, являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

4) лица, являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

5) неработающие граждане:

а) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

б) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

в) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;

г) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

д) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

е) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

ж) иные не работающие по трудовому договору и не указанные выше граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Согласно ст. 6 Закона об основах обязательного социального страхования страховщиками по обязательному социальному страхованию могут быть коммерческие или некоммерческие организации, создаваемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев.

Эти нормы вошли в Закон о медицинском страховании, который назначил Федеральный фонд ОМС страховщиком в системе ОМС.

Наряду с Федеральным фондом в системе ОМС действуют некоммерческие организации — территориальные фонды, создаваемые субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на своей территории.

Федеральный фонд ОМС осуществляет следующие права и обязанности по осуществлению полномочий, переданных ему Российской Федерацией в соответствии с ч. 1 ст. 6 Закона о медицинском страховании:

1) издает нормативные правовые акты и методические указания по осуществлению территориальными фондами переданных полномочий;

2) предоставляет субвенции из бюджета Федерального фонда бюджетам территориальных фондов для финансового обеспечения осуществления своих полномочий;

3) осуществляет контроль за уплатой страховых взносов на ОМС неработающего населения, в том числе проводит проверку деятельности территориальных фондов по выполнению функций администратора доходов бюджета Федерального фонда, поступающих от уплаты страховых взносов на ОМС неработающего населения, вправе начислять и взыскивать со страхователей для неработающих граждан недоимку по указанным страховым взносам, пени и штрафы;

4) устанавливает формы отчетности в сфере ОМС и порядок ее ведения;

5) устанавливает порядок осуществления контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС застрахованным лицам, а также — контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

6) осуществляет в установленном им порядке контроль за соблюдением законодательства об ОМС и за использованием средств ОМС, в том числе проводит проверки и ревизии;

7) осуществляет контроль за функционированием информационных систем и порядком информационного взаимодействия в сфере ОМС;

8) согласовывает структуру территориальных фондов, назначение на должность и освобождение от должности руководителей территориальных фондов, а также нормативы расходов на обеспечение выполнения территориальными фондами своих функций.

Федеральный фонд ОМС делегирует страховой медицинской организации часть своих полномочий (оформление и выдачу полиса ОМС, ведение учета застрахованных и обработка их персональных данных, получение целевых средств для оплаты медицинской помощи застрахованным в медицинских организациях, экспертизу медицинской помощи, информирование застрахованных и защиту их прав на гарантированную медицинскую помощь в ОМС) по договору о финансовом обеспечении ОМС.

Страховая медицинская организация (СМО), осуществляющая деятельность в сфере ОМС, — страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством РФ порядке. Лицензирование деятельности страховых медицинских организаций в сфере ОМС производится ЦБ РФ (до сентября 2013 г. — Федеральной службой по финансовым рынкам). Особенности лицензирования деятельности СМО определяются Правительством РФ. СМО осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с Законом о медицинском страховании и договором о финансовом обеспечении ОМС, заключенным между территориальным фондом и СМО.

СМО не вправе осуществлять иную, за исключением деятельности по обязательному и добровольному медицинскому страхованию, деятельность.

В привлечении коммерческих страховых организаций заключается важное отличие ОМС от других видов обязательного социального страхования. Но в системе ОМС эти страховые организации не являются страховщиками, не формируют страховые резервы и действуют на основании договора о финансовом обеспечении ОМС, заключенного с территориальным фондом и договора на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, заключенного с медицинской организацией.

Другим важным отличием ОМС является разделение полномочий между Российской Федерацией и ее субъектами согласно ст. 72 Конституции РФ, предусматривающей совместное ведение и координацию вопросов здравоохранения; защиту семьи, материнства, отцовства и детства; социальную защиту, включая социальное обеспечение.

Важно!

И, наконец, ОМС является единственным видом обязательного социального страхования, охватывающим всех без исключения граждан РФ.

В Законе о медицинском страховании определены следующие основные понятия:

1) обязательное медицинское страхование (ОМС) — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направ-

ленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы ОМС;

2) объект ОМС — страховой риск, связанный с возникновением страхового случая;

3) страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;

4) страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по ОМС;

5) страховое обеспечение по ОМС — исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации;

6) страховые взносы на ОМС — обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения;

7) застрахованное лицо — физическое лицо, на которое распространяется ОМС в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Следует отметить существенное отличие формулировки объекта ОМС как *страхового риска, связанного с возникновением страхового случая* от формулировки объекта страхования в Законе об организации страхового дела, согласно которому *страхование — отношения по защите интересов физических и юридических лиц, Российской Федерации, субъектов РФ и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков, несколько снижающей, на наш взгляд, защитную функцию ОМС.*

Формулировка объекта ОМС через цепочку *объект страхования — страховой риск — страховой случай* ограничивает предупредительную функцию этого вида страхования. Включение в перечень страховых случаев и, следуя логике Закона о медицинском страховании, в перечень рисков *профилактических мероприятий*, представляется методологически некорректным, поскольку эти мероприятия по своей природе не могут быть предполагаемыми (и случайными), но должны проводиться сознательно и целенаправленно для снижения страхового риска. Принятый в англоязычных странах термин «страхование здоровья» (*health insurance*) представляется более содержательным для анализа рисков.

Базовая программа ОМС — составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им

за счет средств ОМС на всей территории РФ медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС. В субъектах РФ разрабатываются территориальные программы государственных гарантий, включающие территориальные программы ОМС.

Общие требования к содержанию программ государственных гарантий установлены ст. 80, 81 Закона об основах охраны здоровья граждан, регулирующего отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан, и, в частности, определяющего:

1) правовые, организационные и экономические основы охраны здоровья граждан;

2) права и обязанности человека и гражданина, отдельных групп населения в сфере охраны здоровья, гарантии реализации этих прав;

3) полномочия и ответственность органов государственной власти РФ, органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья;

4) права и обязанности медицинских организаций, иных организаций, индивидуальных предпринимателей при осуществлении деятельности в сфере охраны здоровья;

5) права и обязанности медицинских работников и фармацевтических работников.

Законом устанавливаются основные принципы охраны здоровья:

– соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;

– приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

– приоритет охраны здоровья детей;

– социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

– ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;

– доступность и качество медицинской помощи;

– недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

– приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

– соблюдение врачебной тайны.

Важно!

Указанный закон закрепляет права граждан на выбор медицинской организации в рамках получения первичной медико-санитарной помощи по программам государственных гарантий, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

В выбранной медицинской организации гражданин осуществляет выбор не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта, врача-терапевта участкового, врача-педиатра, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) или фельдшера путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации.

Закон об основах охраны здоровья граждан в ст. 27 впервые определил обязанности граждан в сфере охраны здоровья.

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством РФ, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

Важно!

Содержание базовой программы ОМС определено ст. 35 Закона о медицинском страховании. В рамках базовой программы ОМС оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

- 1) инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- 2) новообразования;
- 3) болезни эндокринной системы;
- 4) расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- 5) болезни нервной системы;
- 6) болезни крови, кроветворных органов;
- 7) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- 8) болезни глаза и его придаточного аппарата;
- 9) болезни уха и сосцевидного отростка;
- 10) болезни системы кровообращения;
- 11) болезни органов дыхания;
- 12) болезни органов пищеварения;
- 13) болезни мочеполовой системы;
- 14) болезни кожи и подкожной клетчатки;
- 15) болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- 16) травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- 17) врожденные аномалии (пороки развития);
- 18) деформации и хромосомные нарушения;
- 19) беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- 20) отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Согласно ст. 35 Закона о медицинском страховании структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях

(при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу, а в случаях, предусмотренных ст. 51 указанного закона — и более 100 тыс. руб.

Правительство РФ вправе при утверждении базовой программы ОМС устанавливать дополнительный перечень заболеваний и состояний, включаемых в базовую программу ОМС в качестве случаев оказания медицинской помощи, и дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи к установленным настоящим Федеральным законом.

Базовая программа ОМС устанавливает требования к территориальным программам ОМС. Территориальная программа ОМС включает в себя виды и условия оказания медицинской помощи (включая перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения), перечень страховых случаев, установленные базовой программой ОМС, и определяет с учетом структуры заболеваемости в субъекте РФ значения нормативов объемов предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо и норматива финансового обеспечения территориальной программы ОМС в расчете на одно застрахованное лицо. Указанные выше значения нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо устанавливаются также по перечню видов высокотехнологичной медицинской помощи, который содержит в том числе методы лечения.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать установленный базовой программой ОМС норматив финансового обеспечения программы ОМС при установлении дополнительного объема страхового обеспечения по страховым случаям, а также в случае установления дополнительного перечня страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи, но при условии его финансирования за счет платежей субъекта РФ в территориальный фонд ОМС.

Стоимость утвержденной территориальной программы ОМС не может превышать размер бюджетных ассигнований на ее реализацию, установленный законом субъекта РФ о бюджете территориального фонда ОМС.

Программа государственных гарантий на 2015 г. и на плановый период 2016–2017 гг., утв. Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273¹, предусматривает следующие нормативы медицинской помощи (табл. 2.3).

¹ Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

Нормативы объема медицинской помощи и нормативы финансовых затрат по Программе государственных гарантий на 2015 г.

Вид медицинской помощи		Нормативы по программе государственных гарантий		Нормативы по базовой программе ОМС	
		норматив на 1 чел. в год	стоимость единицы, руб.	норматив на 1 чел. в год	стоимость единицы, руб.
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию		0,318 вызова	1710,1	0,318 вызова	1710,1
Амбулаторная медицинская помощь	Профилактическая	2,9 посещения	371,7	2,3 посещения	351
	заболевания	2,15 обращений	1 078	1,95 обращений	983
	неотложная	—	—	0,5 посещения	449,3
Медицинская помощь в условиях дневных стационаров		0,675 пациенто-дня	577,6	0,56 пациенто-дня	1 306,9
Стационарная медицинская помощь	госпитализация в стационаре	0,193	63 743,8	0,172	22 233,1
	реабилитация	—	—	0,033 койко-дня	1 539,3
	паллиативная медпомощь	0,092 койко-дня	1708,2	В программу ОМС не входит	

Объем высокотехнологичной медицинской помощи в целом по Программе в расчете на одного жителя составляет на 2015 г. 0,0041 случая госпитализации.

Средние подушевые нормативы финансирования, предусмотренные Программой (без учета расходов федерального бюджета), составляют:

- за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на одного жителя) в 2015 г. — 3338,4 руб.;
- за счет средств ОМС в 2015 г. — 8260,7 руб.

Начиная с Программы государственных гарантий на 2013–2015 гг., изменены, по сравнению с программами прошлых лет, структура нормативов и впервые введено понятие «обращение». В письме Минздрава России от 25.12.2012 № 11–9/10/2–5718 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов» указано, что обращение по поводу заболевания — это законченный случай лечения при кратности обращения не менее двух амбулаторных посещений по поводу одного заболевания.

В Программе государственных гарантий на 2015–2017 гг. введены норматив стационарной медицинской помощи не в койко-днях, а на законченный случай лечения и норматив стационарной помощи на реабилитацию больных. В указанной программе, по сравнению с программой на 2013 г., увеличены нормативы и стоимость амбулаторной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи в стационаре.

Правоотношения субъектов и участников ОМС регулируются Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 № 158н. Правила устанавливают:

1) порядок подачи заявления о выборе (замене) СМО застрахованным лицом;

2) единые требования к полису ОМС;

3) порядок выдачи полиса либо временного свидетельства застрахованному лицу;

4) порядок ведения реестра СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

5) порядок ведения реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС;

6) порядок направления территориальным фондом ОМС сведений о принятом решении об оплате расходов на лечение застрахованного лица непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве;

7) порядок оплаты медицинской помощи по ОМС;

8) порядок осуществления расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта РФ, на территории которого выдан полис ОМС;

9) порядок утверждения для СМО дифференцированных подушевых нормативов финансового обеспечения ОМС;

10) методику расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС;

11) порядок оказания видов медицинской помощи, установленных базовой программой ОМС, застрахованным лицам за счет средств ОМС в медицинских организациях, созданных в соответствии с законодательством РФ и находящихся за пределами территории РФ;

12) требования к размещению СМО информации;

13) порядок заключения и исполнения договоров территориальных фондов ОМС со СМО;

14) положение о деятельности Комиссии по разработке территориальной программы ОМС согласно приложению № 1 Правил;

15) порядок информационного сопровождения застрахованных лиц при организации оказания им медицинской помощи СМО.

Закон об основах охраны здоровья граждан в ст. 82 установил, что источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ, местных бюджетов, средства ОМС, средства организаций и граждан, средства, поступившие от физических и юридических лиц, в том числе добровольные пожертвования, и иные не запрещенные законодательством РФ источники.

В ст. 84 вышеназванного Закона определены условия оказания платных медицинских услуг, при этом ДМС отнесено к платным услугам, а право оказания платных медицинских услуг предоставлено и медицинским организациям, участвующим в реализации программ государственных гарантий, в том числе государственным и муниципальным медицинским организациям, но на определенных условиях. Эти условия конкретизированы в Правилах предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006.

Согласно этому постановлению медицинские организации, участвующие в реализации программ государственных гарантий, имеют право предоставлять платные медицинские услуги:

а) на иных условиях, чем предусмотрено программой, территориальными программами и (или) целевыми программами, по желанию потребителя (заказчика), включая в том числе:

– установление индивидуального поста медицинского наблюдения при лечении в условиях стационара;

– применение лекарственных препаратов, не входящих в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, если их назначение и применение не обусловлено жизненными показаниями или заменой из-за индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, входящих в указанный перечень, а также применение медицинских изделий, лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, не предусмотренных стандартами медицинской помощи;

б) при предоставлении медицинских услуг анонимно, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ;

в) гражданам иностранных государств, лицам без гражданства, за исключением лиц, застрахованных по ОМС, и гражданам Российской Федерации, не проживающим постоянно на ее территории и не являющимся застрахованными по ОМС, если иное не предусмотрено международными договорами РФ;

г) при самостоятельном обращении за получением медицинских услуг, за исключением случаев и порядка, предусмотренных ст. 21 Закона об основах охраны здоровья граждан (медицинская помощь по программе государственных гарантий), и случаев оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи и медицинской помощи, оказываемой в неотложной или экстренной форме.

Однако с учетом заявлений Министра здравоохранения РФ В. Скворцовой о планируемом разделении бесплатных (для населения) и платных медицинских услуг и запрете государственным и муниципальным медицинским организациям оказывать платные медицинские услуги¹, можно ожидать значительных изменений в условиях оказания этих услуг. До 2016 г. указанный запрет не был введен в действие.

¹ Материалы заседания Президиума Госсовета РФ «О повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах» [эл. ресурс]. 30.07.2013. URL: <http://www.kremlin.ru/transcripts/18973/work> (дата обращения: 25.01.2014).

Важную роль в медицинском страховании, как и во всех видах страхования, играет Закон о персональных данных, призванный обеспечить защиту прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну.

Обеспечения конфиденциальности персональных данных не требуется:

- а) в случае обезличивания персональных данных;
- б) отношении общедоступных персональных данных.

Обработка персональных данных в системе медицинского страхования может осуществляться оператором лишь с согласия субъектов персональных данных, за исключением следующих случаев:

1) обработка персональных данных осуществляется на основании федерального закона, устанавливающего ее цель, условия получения персональных данных и круг субъектов, персональные данные которых подлежат обработке, а также определяющего полномочия оператора;

2) обработка персональных данных необходима в связи с реализацией международных договоров РФ о реадмиссии (согласие государства на прием обратно на свою территорию своих граждан, (а также в некоторых случаях иностранцев, прежде находившихся или проживавших в этом государстве), которые подлежат депортации из другого государства);

3) обработка персональных данных осуществляется в целях исполнения договора, одной из сторон которого является субъект персональных данных;

4) обработка персональных данных осуществляется для статистических или иных научных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных;

5) обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных, если получение согласия субъекта персональных данных невозможно.

Субъект персональных данных принимает решение о предоставлении своих персональных данных и дает согласие на их обработку своей волей и в своем интересе, за исключением случаев, предусмотренных ч. 2 ст. 10 Закона о персональных данных. Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано субъектом персональных данных. Рассматриваемым законом и другими федеральными законами предусматриваются случаи обязательного предоставления субъектом персональных данных своих персональных данных в целях защиты основ конституционного строя, нравственности, здоровья, прав и законных интересов других лиц, обеспечения обороны страны и безопасности государства.

Согласно ст. 10 Закона о персональных данных обработка персональных данных, касающихся здоровья, не допускается без письменного согласия субъекта персональных данных за исключением случаев, когда персональные данные относятся к состоянию здоровья субъекта персональных данных и их обработка необходима для защиты его жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов либо жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов других лиц, и получение согласия субъекта персональных данных невозможно.

До принятия Закона о медицинском страховании все медицинское страхование регулировалось Законом РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Данный закон определял ДМС как дополнение к ОМС.

При этом на медицинское страхование, в том числе обязательное, распространяются нормы Закона об организации страхового дела в части лицензирования страховой деятельности, требований к отчетности, минимальному размеру уставного капитала и руководству страховой организации. Кроме того, на медицинское страхование распространяются нормы гл. 48 ГК РФ постольку, поскольку не противоречат Закону о медицинском страховании.

После принятия Закона о медицинском страховании ДМС фактически оказалось вне правового поля, и страховое сообщество выступает за принятие специального федерального закона, регулирующего этот вид страхования.

В конечном итоге указанные проблемы были сняты при внесении в новую редакцию от 28.12.2013 № 234-ФЗ Закона об организации страхового дела определения объекта медицинского страхования: «Объектами медицинского страхования могут быть имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование)».

2.3. Обязательное и добровольное медицинское страхование

Медицинское страхование проводится в России в обязательной (ОМС) и добровольной (ДМС) формах, при этом объемы собираемых страховых взносов и выплат по обязательному страхованию значительно больше, чем по добровольному (табл. 2.4 по данным Банка России).

Таблица 2.4

Страховые взносы и выплаты по медицинскому страхованию в 2008–2014 гг., млрд руб.

Годы	ОМС		ДМС	
	Взносы	Выплаты	Взносы	Выплаты
2014	1250,5	1275,5	124,1	115,4
2013	1173,0	1087,2	95,2	90,4
2012	966,50	932,16 (640,56)*	108,95	82,00
2011	604,20	586,07	97,18	73,46
2010	485,12	475,19	85,76	65,66
2009	464,35	449,32	73,00	52,21
2008	394,28	374,10	55,40	55,40

* На выполнение территориальных программ ОМС.

Как видно из приведенных в табл. 2.4 данных, ОМС растет более высокими темпами, чем ДМС. Прирост страховых взносов в ОМС в 2012 г. вызван увеличением страхового тарифа с 3,6 до 5,1% фонда оплаты труда. В ДМС рост страховых взносов объясняется в основном ростом цен на медицинские услуги в медицинских организациях.

ДМС имеет немаловажные преимущества перед другими видами добровольного личного страхования:

1) жизненная важность медицинских услуг для потребителей в условиях сохраняющегося ограничения доступности гарантированной медицинской помощи;

2) налоговые льготы для корпоративных и частных страхователей;

3) наилучшее знакомство потребителей с услугой, относительно высокий уровень ее проникновения в корпоративный сектор.

Однако эти возможности, как видно из табл. 2.4, используются далеко не полностью.

Проблемы развития ДМС большинство экспертов видят в дублировании программ ОМС и ДМС, нестраховом (посредническом) характере многих программ ДМС (лечение застрахованных в пределах суммы страховой премии), противоречии интересов руководителей медицинских организаций и медицинских страховщиков в ценообразовании и назначении медицинских услуг, недоверии граждан к институту страхования вообще и к медицинскому страхованию в частности и активном развитии платных медицинских услуг, в частности программ медицинского прикрепления.

Прогнозируемая ситуация возможного ограничения гарантированной медицинской помощи и связанного с этим роста предложений платных медицинских услуг предоставляет возможность медицинским страховщикам увеличить объемы ДМС, но вместе с тем обостряет их конкурентную борьбу с медицинскими организациями за потребителя медицинских услуг. До настоящего времени страховщики в этой борьбе проигрывали — доля средств ДМС в общих расходах на здравоохранение за последние три года, не превышала 3,5% при общем росте платных медицинских услуг с 7,7 до 10,8% (см. ниже параграф 2.4).

Действительно, предлагаемые сегодня на рынке программы ДМС во многом дублируют программу ОМС, отличаясь лишь предложениями по улучшению медицинского сервиса (отсутствие очередей, импортные лекарства и медицинские изделия, возможность доступа в закрытые для застрахованных по ОМС медицинские организации и к известным врачам). Более того, предлагаемые программы ДМС практически не отличаются от так называемых программ медицинского прикрепления граждан, активно предлагаемых медицинскими организациями (табл. 2.5), составленных на основании публичных объявлений страховщиков и медицинских организаций.

Очевидно, что в условиях равенства цены и качества большинству людей привычнее заплатить медицинской организации, нежели страховщику. В этих условиях для развития программ ДМС страховщикам остается лишь снижение их стоимости, что практически невозможно при дублировании программ ОМС и программ медицинского прикрепления в одних

и тех же медицинских организациях. Создание крупными страховщиками собственных медицинских клиник, достаточно распространенное в последние годы, позволяет контролировать и несколько снижать стоимость программ ДМС, но в результате замедляет процесс окупаемости инвестиций в создание клиник.

Таблица 2.5

Сравнение типовых программ ДМС и медицинского прикрепления

Характеристики программ	ДМС	Медицинское прикрепление
Амбулаторно-поликлинические базовые программы (поликлиника + врач на дому + скорая помощь)		
Содержание программы	Предварительная запись. Врач-терапевт или врач общей практики (не ограничено) и специалисты (консультации — ограничено). Выдача справок. Лабораторные исследования, диагностика.	Предварительная запись. Врач-терапевт или врач общей практики (не ограничено) и специалисты (консультации — ограничено). Выдача справок. Лабораторные исследования, диагностика
	ЛФК, физиопроцедуры (ограничено). Вызов врача на дом. Стоматология (без протезирования). Скорая помощь. Ограничения по заболеваниям и причинам травм (опьянение и т.п.)	(может быть ограничено). ЛФК, физиопроцедуры (ограничено). Стоматология (без протезирования). Ограничения по заболеваниям
Цена на год, тыс. руб.	10–70	6,5–85
Комплексные программы		
Содержание программы	Амбулаторно-поликлинические услуги + экстренная госпитализация + дополнительная диагностика	Амбулаторно-поликлинические услуги + экстренная госпитализация + дополнительная диагностика
Цена на год, тыс. руб.	Цена базовой программы + (12–20 тыс. руб.)	Встречается редко, иногда входит в базовую программу VIP-класса

Вместе с тем, следует заметить, что согласно ч. 2 ст. 955 ГК РФ замена страхователем застрахованного лица в договоре ДМС без его согласия не допускается. В этом договор ДМС имеет преимущество для застрахованных лиц по сравнению с договором прикрепления.

Работодатели вправе отнести расходы на добровольное медицинское страхование или оплату медицинской помощи своим работникам к расходам по оплате труда, если они не превышают 6% ФОТ (ст. 255 НК РФ).

Среди других причин, в основном организационного и технологического характера, препятствующих развитию ДМС, можно выделить следующие:

- преимущественно нестраховой (посреднический) характер ДМС. Применяемое в ДМС понятие страхового случая как обращения за медицинской помощью в большей степени зависит от доступности медицинской организации и поведения застрахованных, чем от их здоровья и реальной потребности в медицинских услугах. Признание случая страховым производится врачом медицинской организации, заинтересованным в его наступлении (по принципу «нет здоровых людей, есть плохо обследованные»). Низкая эффективность андеррайтинга как инструмента тарифообразования и дискредитация понятия «страховая сумма» в отношении к «рисковым» договорам ДМС крупных и средних предприятий — при многомиллиардных страховых суммах страховые выплаты обычно соизмеримы с размерами страховой премии, но не превосходят их. Высока доля псевдострахования, вообще не имеющего реальной рисковой составляющей — так называемые «депозитные» договоры ДМС;

- традиционный формат ДМС практически не менялся с 1990-х гг. и не учитывает изменения рынка платных медицинских услуг. Если раньше медицинские организации испытывали жесткий дефицит средств и были готовы работать со страховщиками на любых условиях, то сейчас их финансирование со стороны государства выросло многократно, и они научились искусственно формировать спрос на свои услуги. При этом выросли платежеспособность населения и доходы медицинских организаций и врачей от прямой продажи медицинских услуг (в том числе и теневые). Происходит постоянный рост тарифов как отражение «естественного монополизма» наиболее востребованных медицинских организаций и отсутствия между ними конкуренции, чему способствует рост капиталоемкости здравоохранения и сохранение уникальности ряда медицинских организаций за счет высоких медицинских технологий и квалифицированных специалистов;

- традиционные программы ДМС ограничивают возможности его развития вследствие их недостаточной эффективности для страхователя — программы не способствуют росту производительности труда, лояльности и удержанию работников вследствие сохранения социальных принципов (общая страховая сумма на всех работников — «богатые платят за бедных, здоровые за больных, труженики за лентяев»). Застрахованные работники не воспринимают ДМС как часть вознаграждения за свой труд (распространенное мнение — «лучше бы добавили зарплату»), рабочий прием в рабочее время приводит к излишним трудовым потерям (прогулы под видом визита к врачу по ДМС).

В силу изложенных причин более перспективным и практически реализуемым представляется переход от дублирования программ ОМС к их дополнению теми медицинскими услугами, которые в программах ОМС труднодоступны либо в данных условиях оказываются недостаточно качественно или не входят в программу ОМС, т.е. переход от альтернативного ДМС к ДМС, замещающему и дополняющему программы ОМС.

С учетом требований Закона об основах охраны здоровья граждан программа ДМС должна включать услуги, которые не предусмотрены территориальными и базовой программой ОМС или предоставляются на условиях, не предусмотренных этими программами. Проанализировав услуги, содержащиеся в базовой и типичной территориальной программе ОМС, можно выделить перечень услуг, которые не покрываются данными программами:

1) условия амбулаторно-поликлинической помощи (удобное время, выбор квалифицированного врача, дополнительная диагностика);

2) дополнения к программам дневного стационара (применение инновационных методик: мини-доступ, эндоскопические и лазерные технологии, дополнительные консультации и диагностика по желанию пациента, медикаментозная терапия);

3) стоматологическая помощь (диагностические и лечебные манипуляции сверх медицинских стандартов, импортные лекарственные средства и материалы, имплантация);

4) условия плановой стационарной помощи (дополнительный сервис, дополнительные консультации и диагностика по желанию пациента, инновационные консервативные и оперативные методы лечения, лечение сопутствующих заболеваний);

5) реабилитационное и восстановительное лечение.

Возможны несколько вариантов разработки таких дополнительных к ОМС программ.

1. В программе ДМС прописываются только те услуги, которые не покрываются программой государственных гарантий или доступ к которым ограничен. Недостатком является исключение возможности получения гарантированных по программам ОМС, но труднодоступных медицинских услуг, порядок получения которых может быть значительно улучшен в рамках предлагаемой программы ДМС. Достоинство — исчерпывающая информация об объеме входящих в нее услуг.

2. В программе ДМС указывается только сам принцип получения дополнительных к программам ОМС медицинских и сервисных услуг без четкого распределения их объемов, что является ее недостатком. Достоинство программы в отсутствии каких-либо ограничений в перечне покрытия медицинских услуг с учетом заранее прописанных исключений.

Основной задачей страховщика при этом является создание схемы взаимодействия с медицинскими организациями и застрахованными лицами для выполнения всех условий. Возможны следующие варианты:

а) застрахованный обращается за медицинской помощью в свою поликлинику по прикреплению, которая работает только в рамках ОМС. Если он не может получить назначенную ему медицинскую услугу в приемлемые для себя сроки, то обращается к страховщику ДМС за получением назначенной услуги в другой медицинской организации;

б) застрахованный обращается за медицинской помощью в свою поликлинику по прикреплению, которая работает не только в рамках ОМС, но и оказывает платные услуги. В этом случае в преискуранте должны быть прописаны услуги, которые оказываются платно, в том числе по ДМС.

Если застрахованный не может получить назначенную ему медицинскую услугу в приемлемые для себя сроки в рамках ОМС, то он получает ее по преискуранту и выставляет счет страховщику по ДМС;

в) застрахованный имеет полис ОМС и ДМС одного страховщика. В этом случае при обращении за медицинской помощью в свою поликлинику по прикреплению и необходимости получения медицинской услуги, не входящей в программу ОМС, уже сам страховщик может регулировать финансовые потоки, оплачивая счета в рамках ОМС или ДМС.

Для успешной работы в этих условиях страховщик должен активно взаимодействовать с медицинскими организациями, организовывать потоки застрахованных по ДМС и участвовать в формировании платных медицинских услуг.

3. Программы ДМС для лечения серьезных, но не повсеместно распространенных заболеваний (на условиях, отличных от условий программ ОМС), получение медицинской помощи по которым в рамках программ ОМС и государственных гарантий в настоящее время затруднительно (например, заболевания, требующие квотируемой высокотехнологичной медицинской помощи). Достоинствами таких программ являются востребованность на рынке и возможность актуарной оценки медицинского риска и тарифа, недостатком – сложность реализации.

Успешный опыт синтеза программ ОМС и ДМС получен в Пермском крае (программа ДМС с субсидией из бюджета 50% стоимости программы ДМС, но не выше определенной суммы для бюджетных работников) и Губернская программа ДМС в Кемеровской области, дополняющая территориальную программу ОМС медицинскими услугами в специализированных диагностических центрах, кураторством высококвалифицированных специалистов и дополнительным медикаментозным обеспечением за относительно невысокую по причине контролируемой ценовой конкуренции страховщиков, плату. Благодаря Губернской программе Кемеровской области в ДМС активно вовлекаются предприятия малого и среднего бизнеса, которые ранее этими страховыми услугами не пользовались.

Первый опыт реализации дополнительных к ОМС программ ДМС показал возможность синергии этих форм страхования, обеспечивающих снижение стоимости ДМС и расширение продаж. При этом рынок ДМС получает новые перспективы за счет увеличения застрахованных и замены прямых платежей за медицинскую помощь на более цивилизованные и экономные страховые взносы по сервисным программам ДМС.

Появляется возможность создания новых простых (коробочных) программ ДМС с высокой сервисной составляющей, не требующих специального андеррайтинга, и рискованных программ, предусматривающих медицинскую помощь по ДМС в случаях возникновения относительно редких, но сложных и дорогостоящих в лечении заболеваний. Продуктовые инновации станут существенным стимулом роста спроса на ДМС и увеличения числа застрахованных лиц по программам ДМС. Синергия ОМС и ДМС будет способствовать росту качества медицинского обслуживания и снижению коррупционной составляющей в системе здравоохранения.

2.4. Роль медицинского страхования в финансировании здравоохранения

Общий порядок финансирования здравоохранения включает следующие основные этапы.

1. Сбор средств — от населения (домохозяйств), предприятий и организаций, бюджета, внешних спонсоров. При этом применяются следующие способы:

- 1) общее (бюджет) и специальное социальное налогообложение;
- 2) уплата обязательных (социальных — ОМС) и добровольных (ДМС) страховых взносов;
- 3) прямые платежи из личных средств граждан (соплатежи, оплата исключений из страхового покрытия — франшизы, оплата лекарств, специалистов и т.п.) через кассу или «под столом», с последующей полной или частичной компенсацией или без компенсации, и пожертвования.

2. Объединение финансовых средств в пулы — аккумулярование и управление финансовыми ресурсами для выравнивания индивидуальных рисков расходов на медицинскую помощь членов пула (застрахованных лиц). Подавляющее большинство национальных систем финансирования здравоохранения предусматривают пулинг средств — в национальном бюджете или внебюджетном фонде.

3. Закупка медицинской помощи (медицинских услуг) — процесс оплаты медицинского обслуживания застрахованных лиц. Возможные варианты:

1) государство выделяет средства непосредственно своим собственным медицинским организациям (интеграция закупок и поставок), используя для этого бюджетные средства и (или) страховые взносы;

2) институционально отделенное агентство по закупкам (например, фонд медицинского страхования, правительственный орган или медицинский страховщик) обеспечивает приобретение медицинских услуг, действуя от лица населения (разделение закупок и поставок);

3) люди сами платят непосредственно поставщику за оказанные услуги.

Во многих странах используется комбинация этих вариантов.

Процесс закупки также подразумевает формирование медицинских услуг: профилактика заболеваний, формирование здорового образа жизни, лечение и реабилитация.

4. Потребление медицинской помощи населением (застрахованными лицами):

4.1. Ограниченное:

а) по видам медицинской помощи — в рамках государственной (частной) программы медицинской помощи (медицинского страхования);

б) по объему потребления — под медицинским наблюдением и контролем (врач общей практики, куратор, эксперт).

4.2. Неограниченное — в рамках назначений врача и финансовых возможностей пациента (практикуется в основном при прямых платежах населения в медицинскую организацию за полученную медицинскую помощь).

Примеры организации системы финансирования здравоохранения приведены в табл. 2.6.

Эксперты ВОЗ полагают, что сегодня не принципиально, какая модель (бюджетная или страховая) применяется — важно наличие достаточных для содержания национальной системы здравоохранения средств и эффективности организации каждого этапа. Однако эксперты ВОЗ единодушны во мнении, что наименее эффективным способом финансирования здравоохранения являются прямые платежи.

Важно!

В центре внимания при построении системы финансирования должны быть люди. Они предоставляют финансовые средства и являются единственной целью привлечения этих средств. Финансирование здравоохранения — лишь средство для достижения цели улучшения здоровья и благосостояния людей и само по себе не может являться целью.

Целью финансирования здравоохранения является обеспечение всеобщей доступности медицинской помощи. Резолюция 58.33 ВОЗ от 2005 г. гласит, что каждый человек должен иметь доступ к медико-санитарным услугам и не должен испытывать финансовых трудностей в результате обращения за медицинской помощью. Как в одном, так и в другом отношении мир еще очень далек от всеобщего охвата населения медицинской помощью.

Всеобщая доступность основана на государственных гарантиях оказания медицинской помощи населению, наборе гарантированных медицинских услуг надлежащего качества и финансирования медицинской помощи (рис. 2.1).

Таблица 2.6

Различные модели финансирования здравоохранения в Европейском союзе¹

Страна (место в рейтинге ВОЗ) ²	Способ сбора средств	Плательщик за медпомощь	Способ оплаты медпомощи	Участие населения в оплате медпомощи
Франция (1)	Социальное страхование. Обязательные страховые взносы нанимателя с ФОТ (13,5%; пенсионеры — 4%)	Три национальных страховых фонда (возмещение предварительных платежей населения)	Плата за услугу в первичном звене. В стационаре — зарплата	Соплатеж (6% обязательного взноса). Не компенсируются до 30% предоплаты медпомощи (освобождение хроникам). Символические платежи за визиты к врачу и рецепты

¹ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад ВОЗ, 2010. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*.

² Доклад о состоянии здоровья в мире, 2000. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. ВОЗ, 2000 (после 2000 г. рейтинг ВОЗ по доступности медицинской помощи не проводился).

Страна (место в рейтинге ВОЗ) ²	Способ сбора средств	Плательщик за медпомощь	Способ оплаты медпомощи	Участие населения в оплате медпомощи
Италия (2)	Бюджетное финансирование. Регрессивный налог на зарплату и другие в основном, региональные, налоги. Выравнивающие трансферты	Региональные органы управления здравоохранением	Подушевое (по прикрепленным гражданам) финансирование врачей общей практики (ВОП). В стационаре — зарплата	Доплата трудоспособного населения за посещение специалиста (max 36 евро)
Великобритания (18; 2 — в рейтинге <i>EHCI</i> ¹)	Социальное страхование. Центральные налоги	Единая национальная служба здравоохранения (<i>NHS</i>)	Подушевое финансирование ВОП с учетом показателей качества. В стационаре — зарплата. Отказ от фондодержания	Доплата трудоспособного населения за стоматологию и часть лекарств
Нидерланды (17; 1 — в рейтинге <i>EHCI</i>)	Социальное страхование. Обязательные страховые взносы работника и работодателя (50/50) с ФОТ (4,4—6,5%). Государственные компенсации бедным	Конкурирующие коммерческие страховщики	Зарплата	Соплатеж по взносу (1100 евро) + плата (150 евро) за 1-й визит к врачу-специалисту для взрослых. Компенсации бедным



Рис. 2.1. Условия обеспечения доступности медицинской помощи

¹ По критериям *Euro Health Consumer Index* и *Commonwealth Fund* (качество, эффективность, доступность медицинской помощи, здоровье жителей). 2010.

Примерная структура финансирования российского здравоохранения показана в табл. 2.7, составленной по данным Минфина, Росстата, ФСФР, ФФОМС, Банка России, Минздрава России, экспертов Высшей школы экономики (профессор С. В. Шишкин — расходы на лекарства и «теневые платежи»), других источников¹ и дополненной расчетами автора.

Таблица 2.7

**Источники финансирования здравоохранения России
в 2009–2014 гг., млрд руб.**

Год	ОМС		Бюджет		Платные услуги	«теневые платежи»	ДМС	Расходы на лекарства	Итого	ВВП	Доля ВВП, %
	работающие	не работающие	федеральный	региональный							
2009	232	—	272	699	160	116	73	504	2056	38810	5,3
2010	540	—	393	516	244	120	84	600	2497	45170	5,5
2011	621	261	151	508	250	130	95	700	2766	54590	5,1
2012	641	271	446	920	251	140	109	750	3518	62357	5,6
2013	687	386	454	890	253	106	125	540	3441	66755	5,2
2014	740	478	445	885	297	110	143	560	3658	70976	5,2

Значительный прирост бюджетных доходов в 2012 г. за счет увеличения тарифа страховых взносов был направлен на реализацию программы развития здравоохранения (утверждена распоряжением Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р) и на повышение оплаты труда медиков.

В целом система финансирования здравоохранения по своим ключевым функциям соответствует аналогичным системам развитых европейских стран (использование обязательных платежей — страховых взносов, национальный масштаб пулинга рисков, государственный и страховой контроль уровня потребления и качества медицинской помощи). Однако в общей структуре финансирования российского здравоохранения доля прямых платежей населения выше, чем в развитых европейских странах (рис. 2.2).

Подавляющее число стран тратят на здоровье людей существенно больше бюджетных и налоговых (страховых) средств, чем Россия (3,8% ВВП по данным Росстата). Для сравнения: в 2013 г. в среднем по странам ОЭСР расходы на медицину составили 9,4% ВВП. В Нидерландах — 11,8%, Франции — 11,6%, Швейцарии — 11,4%, Португалии — 10,2%, в США — 16,9% ВВП².

¹ Как миллиардер Владимир Евтушенков создал крупнейший медицинский бизнес в России [эл. ресурс]. URL: <http://arcmid.ru/news/news-all/2705> (дата обращения: 01.06.2016).

² Корчагин Ю. Каковы реальные расходы на здравоохранение в РФ. Нищая медицина богатой страны [эл. ресурс] // Московский Комсомолец в Воронеже. URL: <http://vrn.mk.ru/articles/2014/11/19/kakovy-realnye-raskhody-na-zdravookhranenie-v-rf.html> (дата обращения: 01.06.2016).

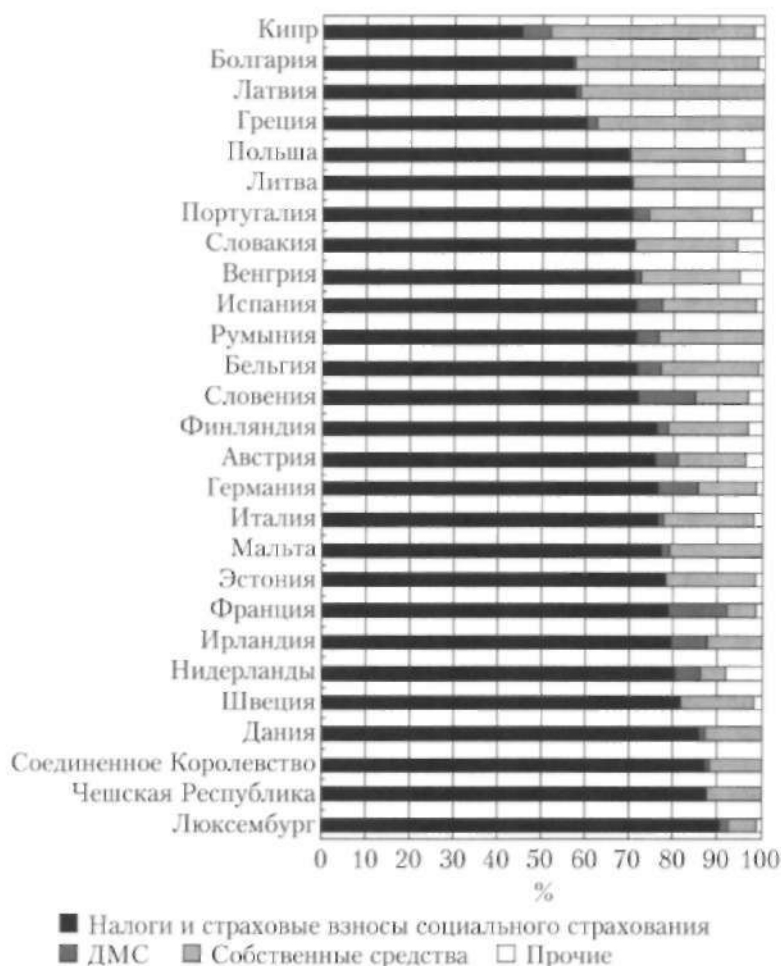


Рис. 2.2. Источники финансирования здравоохранения в странах Евросоюза¹

Как следует из представленных на рис. 2.2 данных, основную долю в финансировании расходов здравоохранения стран ЕС (от 45% на Кипре до 91% в Люксембурге) составляют налоги и средства социального (обязательного) медицинского страхования (в зависимости от применяемой модели финансирования). На втором месте остаются прямые платежи населения за услуги, не покрываемые программами социального медицинского страхования, преимущественно за прием у специалистов и лекарства. В связи с этим роль ДМС в финансировании здравоохранения развитых стран невелика. При этом ДМС применяется в форме замещения (Германия и Нидерланды – до 2006–2010 гг.), дополнения по содержанию медицинских услуг (Франция, Словения) и альтернативы по качеству и вре-

¹ Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад ВОЗ, 2010. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.*

мени ожидания (Великобритания, Россия) программ государственного социального медицинского страхования (обеспечения). Роль замещающего ДМС снижается по мере распространения социального медицинского страхования на все население и расширения государственных программ. Альтернативное ДМС особенно развито в США, а в Евросоюзе им охвачено лишь около 10% населения в «старых» странах и до 2% — в «новых». Дополняющее ДМС наиболее развито в Евросоюзе, им охвачено, например, до 90% жителей Франции, 75% — Словении, 50% — Ирландии. Можно предположить, что дополняющее ДМС будет развиваться и в дальнейшем по мере вынужденного сокращения доли государственных расходов на здравоохранение.

Анализ организации здравоохранения за рубежом¹ позволяет выделить следующие общие черты:

- всеобщность и равенство доступа к медицинской и лекарственной помощи;
- децентрализация финансирования и делегирование ответственности в регионы (бюджетная модель) и страховщикам (страховая модель) при сохранении гарантирующей роли государства;
- участие населения в расходах на гарантированную помощь: в страховых моделях — через страховые взносы с фонда оплаты труда, в бюджетных моделях — через прямую оплату отдельных видов помощи и лекарств или за доступ к врачу-специалисту для снижения необоснованных обращений, например, в Италии — 15–30 евро, в Германии — 40 евро;
- дефицит средств на здравоохранение, покрываемый за счет бюджета, причем в странах с бюджетной моделью финансирования дефицит средств несколько выше (Италия — дефицит 1,8% ВВП), чем в странах со страховой моделью (Франция — 0,7% ВВП);
- регулирование потребления медицинских услуг за счет индивидуального планирования медицинской помощи (приоритет назначений врача общей практики или врача-куратора от медицинского страховщика) и контроль медицинских назначений финансирующими органами (медицинскими страховщиками, фондами или органами управления здравоохранением);
- сопоставимая с Россией оснащенность врачами (3–4 врача на 1000 жителей), но с отличиями по профилям врачей и при несколько меньшей обеспеченности больничными койками (3–5 коек на 1000 жителей, в России — 5–10 в зависимости от региона);
- отсутствие нормирования медицинской помощи, но наличие «листов ожидания» плановой специализированной медицинской помощи (до 6 месяцев) при возможности ускорить ее получение за дополнительную плату или по договору ДМС;
- высокая удовлетворенность состоянием национального здравоохранения (более 70% в странах-лидерах, в России — от 20 до 45% в зависимости от региона).

¹ *Тэннер М.* Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах [электронный ресурс]. URL: Inliberty.ru. 2008 (дата обращения: 26.01.2014).

К сожалению, в бюджете на 2016 г. планируется дальнейшее снижение бюджетных расходов на здравоохранение, что вызывает серьезные опасения экспертов в достижении целей демографической политики. Эти опасения подтверждаются данными Росстата, согласно которым за январь — июнь 2015 г. в России умерло 988 тыс. чел. а родилось 0,927 тыс. Естественная убыль населения составила 61 тыс. жителей, или 0,8%, что в два раза превышает показатель естественной убыли числа жителей за 1-е полугодие 2014 г. (-0,4%)¹.

Имеющиеся средства, по мнению экспертов, не всегда расходуются рационально, в частности рост средней зарплаты медработников в последние годы в немалой степени вызван ростом прежде всего зарплаты главных врачей, которая, по наблюдениям автора, в 10–100 раз превышает зарплату рядовых врачей (ранее — в 3–5 раз).

2.5. Источники финансирования и тарификация медицинского страхования

Система ОМС обеспечивается обязательными страховыми взносами в Федеральный фонд ОМС. За наемных работников в соответствии с Законом о страховых взносах платят страхователи в размере 5,1% с фонда оплаты труда и с 2015 г. — без ограничения.

Плательщики страховых взносов — страхователи, определяемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования, к которым относятся:

- 1) лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
 - а) организации;
 - б) индивидуальные предприниматели;
 - в) физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
 - 2) индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы, занимающиеся частной практикой, и иные лица, занимающиеся в установленном законодательством РФ порядке частной практикой, если в федеральном законе о конкретном виде обязательного социального страхования не предусмотрено иное.
-

Страхователи, не производящие выплат физическим лицам, уплачивают страховые взносы в размере, равном произведению 12 минимальных размеров оплаты труда, установленных на начало финансового года, за который уплачиваются страховые взносы, и тарифа страховых взносов (5,1%).

Страхователи уплачивают страховые взносы на ОМС в Пенсионный фонд РФ, который перечисляет эти средства в Федеральный фонд ОМС. Федеральный фонд распределяет полученные средства в виде субвенций в территориальные фонды в зависимости от числа застрахованных, их половозрастной структуры и уровня заболеваемости, т.е. фактически,

¹ Источник: Статистика смертности в России 2015 — наихудшие показатели на Урале и в Крыму [эл. ресурс]. URL: http://dos-news.com/lenta_novostei/statistika-smernosti-v-rossii-2015-naixudshie-pokazateli-na-urale-i-v-krymu.html (дата обращения: 01.06.2016).

исходя из стоимости территориальной программы ОМС. При этом учитываются сложившиеся на территории медицинская инфраструктура и зарплата медработников, поэтому в экономически развитых субъектах РФ подушевое финансирование в системе ОМС даже после централизации страховых взносов остается более высоким, чем в бедных субъектах.

Согласно ст. 18.1–18.5 Закона о страховых взносах страхователи могут получить отсрочку. Отсрочка (рассрочка) по уплате страховых взносов может быть предоставлена плательщику страховых взносов, финансовое положение которого не позволяет уплатить эти страховые взносы в установленный срок, однако имеются достаточные основания полагать, что возможность уплаты плательщиком таких страховых взносов возникнет в течение срока, на который предоставляется отсрочка (рассрочка) по уплате страховых взносов.

Отсрочка (рассрочка) по уплате страховых взносов предоставляется плательщику страховых взносов при наличии хотя бы одного из следующих оснований:

1) причинение плательщику страховых взносов ущерба в результате стихийного бедствия, технологической катастрофы или иных обстоятельств непреодолимой силы;

2) непредоставление (несвоевременное предоставление) бюджетных ассигнований;

3) сезонный характер производства и (или) реализации плательщиком страховых взносов товаров, работ или услуг.

Отсрочка (рассрочка) по уплате страховых взносов, пеней и штрафов предоставляется по заявлению плательщика страховых взносов в соответствующий орган, в компетенцию которого входит принятие решения о предоставлении отсрочки (рассрочки) по уплате страховых взносов, пеней и штрафов. К заявлению о предоставлении отсрочки (рассрочки) по уплате страховых взносов, пеней и штрафов прилагаются следующие документы:

1) акт совместной сверки расчетов по страховым взносам;

2) справка налогового органа по месту учета плательщика страховых взносов, содержащая перечень всех открытых плательщику страховых взносов счетов в банках;

3) справки банков о ежемесячных оборотах денежных средств за каждый месяц из предшествующих подаче заявления шести месяцев по счетам плательщика страховых взносов в банках, а также о наличии у плательщика страховых взносов расчетных документов, помещенных в соответствующую картотеку неоплаченных расчетных документов, либо об их отсутствии в этой картотеке;

4) справки банков об остатках денежных средств на всех счетах плательщика страховых взносов в банках;

5) обязательство плательщика страховых взносов, предусматривающее на период предоставления отсрочки (рассрочки) по уплате страховых взносов, пеней и штрафов соблюдение условий, на которых принимается решение о предоставлении указанной отсрочки (рассрочки), а также предполагаемый плательщиком страховых взносов график погашения задолженности;

б) документы, подтверждающие наличие оснований предоставления отсрочки (рассрочки) по уплате страховых взносов, пеней и штрафов.

В случае неуплаты или неполной уплаты страховых взносов в установленный срок обязанность по уплате страховых взносов исполняется в принудительном порядке путем обращения взыскания на денежные средства на счета плательщика страховых взносов — организации или индивидуального предпринимателя в банках, а при их отсутствии — на имущество страхователя.

За каждый календарный день просрочки исполнения обязанности по уплате страховых взносов начисляется пени в размере $1/300$ действующей на момент неуплаты ставки рефинансирования Банка России.

За нарушение Закона о страховых взносах на страхователей налагаются штрафы:

1) за неуплату (неполную уплату взносов) — 20% (при умысле — 40%) суммы неуплаченных взносов;

2) непредставление документов в орган контроля взносов — 200 руб. за каждый документ;

3) непредставление банком сведений об открытии (закрытии) счета страхователя — 40 тыс. руб., выписок — 20 тыс. руб.;

4) задержка банком перечисления взносов — $1/150$ ставки рефинансирования Банка России, но не более 0,2% за каждый день просрочки.

Указанные отсрочки и санкции применяются и при уплате взносов по обязательному пенсионному и социальному страхованию.

При нарушении страхователем сроков регистрации (снятия с учета), установленных Законом о медицинском страховании, на него налагается штраф в размере 5 тыс. руб., а за непредставление документов — штраф в размере 50 руб. за каждый документ.

За неработающих лиц в соответствии с Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на ОМС неработающего населения» страховые взносы платят исполнительные органы власти субъекта РФ в территориальные фонды в размере 18864,6 руб. с учетом коэффициента региональной дифференциации (0,33—1,0), коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого Федеральным законом о бюджете Федерального фонда ОМС на соответствующий финансовый год и плановый период (на 2015 г. — 1,0), и требований ст. 51 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ (ежегодный прирост объема взносов).

Специальных санкций за неуплату (задержку) страховых взносов ОМС за неработающее население Федеральным законом от 30.11.2011 № 354-ФЗ не предусмотрено.

Размеры страховых взносов на обязательное (социальное) медицинское страхование в развитых европейских странах (например, в Германии) выше (табл. 2.8).

Страховые тарифы в системе ОМС Германии в период 2002–2012 гг.¹

Показатели	Средние значения (по разным больничным кассам) показателей по годам			
	2002 г.	2006 г.	2010 г.	2012 г.
Максимальный облагаемый доход, евро	—	47 250	45 000	45 900
Тариф для застрахованных	7% от совокупного дохода	7,55% + 0,9%	7,9% от максимального облагаемого дохода	8,2% от максимального облагаемого дохода
Не облагаемый взносами заработок, евро	≤ 325 в месяц	≤ 400 в месяц	≤ 400 в месяц	≤ 400 в месяц
Заработок, облагаемый по сниженному тарифу, евро	Нет данных	401–800	401–800	401–800
Тариф для работодателя	7% фонда оплаты труда (14% за работников, получающих ≤ 325 евро)	6,65% от максимального облагаемого дохода (11% за работников, получающих ≤ 400 евро)	7% от максимального облагаемого дохода (13% за работников, получающих ≤ 400 евро)	7,3% от максимального облагаемого дохода (13% за работников, получающих ≤ 400 евро)
Пенсионеры	7% от пенсии	7,55% от пенсии	7,9% от пенсии	8,2% от пенсии
Тариф для пенсионного фонда	Нет данных	7,55% от пенсии	7% от пенсии	7,3% от пенсии
Тариф для студентов	Нет данных	7/10 от средней суммы взноса	10,43% от суммы стипендии	65 евро
Тариф для государства	Субсидии на работников фермерских хозяйств, взносы за безработных и отдельные категории студентов			Субсидии на работников фермерских хозяйств, вышедших на пенсию
Самозанятое население	Не подлежит обязательному медицинскому страхованию			

¹ Таблица составлена на основании данных официального сайта Федерального министерства здравоохранения Германии (*Bundesministerium für Gesundheit*). 2012 [эл. ресурс]. URL: <http://www.bmg.bund.de/ministerium/english-version/health.html>. Social Security Programs Throughout the World: Europe, <http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2012-2013/europe/germany.html> (дата обращения: 26.01.2014).

В конце 1842 г. петербургские газеты опубликовали небольшое объявление, которое на самом деле стало основанием большого начинания — обязательного медицинского страхования. В объявлении, опубликованном в газетах, содержался призыв ко всем гражданам, зарегистрированным по 4-му и 5-му разрядам (лакеи, кучера, дворники, каменщики, землекопы, плотники, мостовщики, печники и т.д.), уплатить по 60 коп. серебром.

Деньги взимались раз в год. За эту символическую плату (размер взноса соответствовал среднему заработку за полтора дня) городские жители указанных категорий получали право лечиться в городских больницах. Причем платеж отнюдь не был платой за лечение. Приводились цифры, что годовая стоимость одной кровати в разных больницах колебалась в пределах 173–234 руб. без лекарств и питания. Уплативший сбор получал «билет». Граждане других категорий — повара, буфетчики, садовники, приказчики взносы не платили. За них платили их работодатели, а самим гражданам ставили штамп в паспорте о том, что сбор уплачен¹.

Однако и этих средств не хватало. Они составляли лишь 1/16 долю всех расходов на здравоохранение населения. Тогда страховой сбор (взнос) был увеличен до 1 руб. и введен дополнительный сбор с хозяев-нанимателей, также равный 1 руб. Кроме того, сборы были распространены на все категории горожан по принципу — «пусть богатый, который лечится у частного врача, все равно платит за бедного». Сборы платили и все приезжающие в города дворяне и купцы. Лица, уплатившие эти сборы, приобретали для себя и своих семейств право на бесплатное лечение в городских больницах. Во время эпидемий, когда в городских больницах не хватало мест на всех заболевших, все, кто оплатил страховой взнос, мог лечиться в военных и гражданских госпиталях.

От уплаты сборов (взносов) были освобождены дети до 15 лет, лица, не имевшие средств к существованию, лица, находившиеся в благотворительных учреждениях на полном пансионе, члены императорской фамилии, дипломатические и торговые представители, военные и гражданские чиновники. За лечение последних платили соответствующие ведомства.

Расчет стоимости территориальной программы ОМС в субъекте РФ может проводиться по следующему алгоритму.

1. Прогнозируется объем страховых взносов исходя из облагаемого страховыми взносами фонда оплаты труда с учетом требований Закона о страховых взносах и платежей за неработающее население согласно Федеральному закону от 30.11.2011 № 354-ФЗ.

2. Прогнозируется количество застрахованных лиц, их половозрастная структура и распределение (прикрепление) по медицинским организациям с учетом сделанного ими выбора.

3. Прогнозируются подушевые потребности населения субъекта в медицинской помощи с учетом требований базовой программы ОМС в составе программы государственных гарантий и уровня заболеваемости в субъекте на прогнозируемый период.

4. Определяется структура тарифов на оплату медицинской помощи в соответствии с базовой программой государственных гарантий на прогнозируемый период.

¹ История медицинского страхования [эл. ресурс] // Деловой Петербург. 2012. № 205. URL: http://www.israpolicy.com/rus/information/history/HIST_HEALTH/ (дата обращения: 26.01.2014).

5. Рассчитываются тарифы на оплату медицинской помощи в соответствии с методикой расчета тарифов на оплату медицинской помощи в составе правил ОМС и рекомендаций Минздрава России¹ с учетом принятых в субъекте РФ методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС. При реализации территориальной программы ОМС в 2013–2015 гг. допускается применение следующих способов оплаты медицинской помощи:

1) при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи (медицинская услуга, посещение) и законченный случай (обращение);

– за единицу объема медицинской помощи – за медицинскую услугу, посещение, обращение (законченный случай);

– по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях;

2) при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

– за законченный случай лечения заболевания;

– за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

3) при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара – за законченный случай лечения заболевания;

4) при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации):

– по подушевому нормативу финансирования;

– за вызов скорой медицинской помощи;

– по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

6. Тарифы на оплату медицинской помощи закрепляются в Тарифном соглашении между органом исполнительной власти субъекта РФ, уполномоченным высшим исполнительным органом государственной власти субъекта РФ, территориальным фондом ОМС, СМО, медицинскими профессиональными некоммерческими организациями, созданными в соответствии со ст. 76 Закона об основах охраны здоровья граждан, и профессиональными союзами медицинских работников или их объединениями (ассоциациями), включенными в состав комиссии, создаваемой в субъекте РФ в соответствии с ч. 9 ст. 36 Закона о медицинском страховании.

¹ См., например: Информационное письмо Минздравсоцразвития РФ от 22.12.2011 № 20-2/10/1-8234 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год».

В случае превышения стоимости территориальной программы ОМС размера бюджетных ассигнований ее финансовое обеспечение осуществляется за счет платежей субъектов РФ, уплачиваемых в бюджет территориального фонда, в размере разницы между нормативом финансового обеспечения территориальной программы ОМС и нормативом финансового обеспечения базовой программы ОМС с учетом численности застрахованных лиц на территории субъекта РФ.

ДМС обеспечивается добровольными страховыми взносами медицинскому страховщику за счет средств предприятий и организаций и личных средств населения. Размер взноса определяется содержанием программы ДМС и стоимостью медицинских услуг.

В ДМС под страховым случаем традиционно понимается обращение к врачу. Для большинства программ ДМС, предлагаемых страховщиками, таких обращений может быть несколько в период действия договора страхования, поэтому вместо тарифа рассчитывают стоимость программы.

Методы расчета зависят от условий расчетов страховщика с медицинской организацией. В простейших случаях расчетов за амбулаторное посещение врача и койко-день в стационаре нетто-стоимость программы определяется сложением стоимости амбулаторной (произведение среднего, по медицинской статистике, числа посещений $m_{амб}$ на стоимость $c_{амб}$ одного посещения) и стационарной (произведение среднего числа койко-дней $m_{ст}$ для лечения на соответствующую стоимость $c_{ст}$ койко-дня) помощи с учетом вероятности стационарного лечения по видам заболеваний, входящих в программу:

$$C_{нетто} = \{m_{амб} \cdot c_{амб} + p_{ст} \cdot m_{ст} \cdot c_{ст}\} \cdot (1 + k \cdot \sigma[C_{нетто}]). \quad (2.1)$$

Страховая сумма назначается на основе аналогичных расчетов, но при больших значениях числа посещений и койко-дней.

Значения числа амбулаторных обращений и койко-дней можно определить из государственной медицинской статистики или собственной статистики страховщика. Оценить рисковую надбавку $k \cdot \sigma[C_{нетто}]$ можно лишь приближенно и только при наличии собственной статистики. На практике врачи-кураторы страховщика строго контролируют обращения застрахованных к врачу и этим стараются избегать значительных отклонений потребления медицинской помощи от средних значений.

В последние годы расчеты с медицинскими организациями все чаще производятся по законченным случаям лечения, что позволяет снизить рисковую надбавку.

В ст. 255 НК РФ предусматривается уменьшение налогооблагаемой базы по налогу на прибыль предприятий на взносы по ДМС, включая реабилитационно-восстановительное лечение и расходы на платные медицинские услуги в размере не свыше 6% фонда оплаты труда.

Согласно ст. 219 НК РФ граждане имеют право на социальный налоговый вычет в размере уплаченных страховых взносов ДМС (стоимости лечения и медикаментов) за себя, супругу, родителей и детей в пределах 120 000 руб. (суммарно с другими социальными вычетами по ст. 219 НК РФ).

2.6. Основные проблемы медицинского страхования и поиски решений

ОМС рассматривается властями как основной инструмент финансирования здравоохранения на среднесрочную перспективу. Государственная программа «Развитие здравоохранения» не предусматривает изменений в системе ОМС. Однако проблем в действующей системе ОМС немало.

В действующем Законе о медицинском страховании сохранено право субъектам РФ разработки своих территориальных программ ОМС исходя из размеров имеющихся бюджетных ассигнований, хотя и с сохранением объемов подушевого потребления медицинской помощи не ниже требований базовой программы ОМС. Таким образом, в отличие от государственных видов пенсионного и социального страхования в ОМС сохраняется зависимость величины страхового обеспечения от суммы имеющихся в субъекте РФ средств. Это приводит к различному уровню финансирования (например, нормативы финансирования медицинской помощи в Москве и Брянской области отличаются в 4 раза) и фактически к различному качеству медицинской помощи и неравенству граждан в реализации своих конституционных прав на получение качественной медицинской помощи.

Централизация средств ОМС в Федеральном фонде с 2012 г. не решила проблему выравнивания подушевого финансирования. В государственной программе «Развитие здравоохранения» снижение региональных различий в потреблении и финансировании медицинской помощи планируется за счет внедрения единых стандартов и порядков медицинской помощи. До тех пор отмечаемое неравенство в медицинской помощи, скорее всего, сохранится и будет служить одним из важных мотивационных факторов внутренней трудовой миграции.

Средства ОМС утратили страховую природу, вошли в бюджетную классификацию, фактически приравнены к бюджетным средствам и с 2014 г. должны были перейти в Казначейство России согласно ст. 148 БК РФ.

Нормативные документы

Бюджетный кодекс РФ

Статья 148. Кассовое обслуживание исполнения бюджетов государственных внебюджетных фондов

Кассовое обслуживание исполнения бюджетов государственных внебюджетных фондов РФ и бюджетов территориальных государственных внебюджетных фондов осуществляется органами Федерального казначейства.

Примечание. Действие ст. 148 приостановлено до 1 января 2014 г. Федеральным законом от 07.05.2013 № 104-ФЗ¹ в части, касающейся кассового обслуживания исполнения бюджетов государственных внебюджетных фондов РФ органами Федерального казначейства.

¹ Федеральный закон от 07.05.2013 № 104-ФЗ «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации и отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием бюджетного процесса».

В результате перераспределение средств страховых резервов к месту возникновения временного дефицита средств на оплату медицинской помощи будет затруднено в связи с необходимостью внесения изменений в планы финансирования по установленным казначейским процедурам, что увеличивает риски перерастания локального временного дефицита средств в хронический. На территориях со слабой экономикой подобный хронический дефицит средств может перерасти в устойчивое недофинансирование территориальных программ. Поскольку дефицит средств усилит риски задержки выплаты зарплаты персоналу медицинской организации и наказания ее руководства, медицинские организации будут под любыми предлогами отказывать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи сверх плановых нормативов. Это приведет к увеличению сроков ожидания и ограничению доступности медицинской помощи.

На форуме Общероссийского народного фронта (ОНФ) «За качественную и доступную медицину!», состоявшемся 6–7 сентября 2015 г., многие врачи выступали против медицинского страхования и за возврат к бюджетной медицине¹.

В мировом рейтинге стран по эффективности систем здравоохранения для 51 ведущих стран мира агентства *Bloomberg* за 2014 г. Россия приняла участие впервые и заняла в нем последнее место с 22,5 баллами. В лидерах Сингапур – 78,6 баллов; Гонконг – 77,5; Италия – 76,3; Япония – 68,1; Южная Корея – 67,4; Австралия – 65,9; Израиль – 65,4; Франция – 64,6; ОАЭ – 64,1; Великобритания – 63,1. Китай на 26-м месте (49,5 баллов), Беларусь – на 42 (37,3)².

Таким образом, действующий Закон о медицинском страховании, дефицит средств, мнение врачебного сообщества и действия федерального и местных органов управления здравоохранения задают вектор модернизации системы финансирования здравоохранения в направлении от бюджетно-страховой к бюджетно-сметной модели с преобладанием платной медицинской помощи исходя из запланированных инфраструктурных потребностей сложившейся системы здравоохранения, а не объема и качества лечения застрахованных лиц.

Бюджетно-сметная модель хорошо известна в России (еще со времен Н. Семашко), применяется в ряде развитых европейских стран (Великобритания, Италия), удобна в планировании расходов и управлении финансовыми потоками, но лишь в условиях сохранения действующей медицинской инфраструктуры и не обеспечивает быстроты маневра финансовыми средствами и эффективности их использования. В результате для повышения качества медицинской помощи при использовании бюджетно-сметной

¹ Форум ОНФ «За качественную и доступную медицину!» призван осветить основные вопросы в сфере здравоохранения страны [эл. ресурс]. URL: <http://onf.ru/2015/08/19/forum-onf-za-kachestvennyu-i-dostupnyu-medicinu-prizvan-osvetit-osnovnye-voprosy-v/> (дата обращения: 01.06.2016).

² Корчагин Ю. Каковы реальные расходы на здравоохранение в РФ. Нищая медицина богатой страны [эл. ресурс] // Московский Комсомолец в Воронеже. URL: <http://vrn.mk.ru/articles/2014/11/19/kakovy-realnye-raskhody-na-zdravookhranenie-v-rf.html> (дата обращения: 01.06.2016).

модели финансирования требуется все больше средств на здравоохранение, что в условиях бюджетного дефицита последних лет приводит к росту платной медицины преимущественно за счет личных средств граждан (см. табл. 2.7). Для замедления темпов роста расходов на здравоохранение эксперты рекомендуют изменить стратегию его развития – перейти от лечения болезней к лечению пациента с приоритетом профилактики заболеваний¹.

Зарубежный опыт

Реформирование системы финансирования здравоохранения сегодня происходит во многих странах. Его направления зависят от национальных особенностей институциональных механизмов, культурных, экономических и политических условий, но практически всюду направлены на повышение доступности и эффективности медицинской помощи. В марте 2012 г. парламент Великобритании принял закон о реформировании государственной системы здравоохранения в целях снижения уровня бюрократизации в системе здравоохранения и повышения качества обслуживания пациентов, а также сокращения расходов. Закон предусматривает сокращение сотрудников Национальной службы здравоохранения, занимающихся финансовыми вопросами, предоставляет возможность врачам самостоятельно распоряжаться бюджетными средствами; реорганизовывает медицинские учреждения в частично независимые трастовые фонды, которые будут конкурировать между собой и с частными медицинскими компаниями, включаемыми в бюджетное здравоохранение.

Однако Британская медицинская ассоциация, Королевский колледж врачей общей практики, Королевский колледж медицинских сестер и десятки других организаций выступили против принятия этого закона. Они предупреждают, что это приведет к разрушению Национальной службы здравоохранения и тому, что все больше услуг в сфере медицины будет предоставляться частными компаниями и станут платными.

Проблему повышения эффективности медицинских расходов придется решать с помощью развития частного здравоохранения и ДМС на условиях медицинских концессий и государственно-частного партнерства, рассматриваемого в гл. 6.

Выводы

1. Медицинское страхование возникло из социального призрения неимущих и прошло долгий путь развития от образования отдельных фабричных касс на основе взаимного страхования до разделения на социальное (обязательное) и коммерческое (добровольное) страхование.

2. Социальное медицинское страхование основано на принципах всеобщности охвата населения (с отдельными исключениями), равенства прав граждан на гарантированную государством медицинскую помощь, обязательности уплаты страховых взносов работодателями и (в ряде стран) работниками и является основным инструментом финансирования национального здравоохранения в большинстве стран мира.

3. В современной России ОМС охватывает все население в течение всей жизни и является главным источником финансирования здравоохранения. В свою очередь, ОМС финансируется за счет обязательных страховых взносов, уплачиваемых работодателями за работающее население, самозанятыми гражданами и бюджетами субъектов РФ за неработающее население.

¹ Аполухин О. И. Лечить не болезнь. Пациента! // Российская газета. 2016. 3 июня. № 120 (6988). С. 13.

4. Права граждан на получение медицинской помощи гарантируются Конституцией РФ, Законом об основах охраны здоровья граждан, Законом о медицинском страховании и программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой Правительством РФ.

5. ДМС является самым социально ориентированным среди видов коммерческого личного страхования, но в финансировании здравоохранения существенной роли не играет, поскольку лишь частично дополняет ОМС в медицинском сервисе и заменяет его для состоятельных страхователей.

6. В действующей системе ОМС сохраняется межтерриториальное неравенство в подушевом финансировании и в качестве гарантированной медицинской помощи. Для его устранения предусматривается введение обязательных медицинских стандартов лечения.

7. Действующая система ОМС постепенно трансформируется в бюджетно-сметную модель с жесткими нормативами планирования и исполнения бюджета территориальной программы ОМС, что сохраняет невысокую эффективность использования финансовых средств в сложившейся структуре здравоохранения.

8. В настоящее время российское здравоохранение переживает кризис нехватки средств в сочетании с не всегда рациональным использованием имеющихся средств.

Развитие медицинского страхования и повышение эффективности финансирования здравоохранения связано с развитием государственно-частного партнерства в медицине.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы цель и задачи медицинского страхования?
2. Укажите основные этапы развития медицинского страхования в мире.
3. Назовите основные этапы развития медицинского страхования в России.
4. Укажите цель и содержание государственной программы гарантированной медицинской помощи.
5. Назовите основные отличия добровольного медицинского страхования от обязательного.
6. Кто является страховщиком в системе ОМС? Обоснуйте свой ответ.
7. Укажите основные источники финансирования медицинского страхования в России.
8. Назовите основные проблемы системы ОМС.
9. Раскройте роль страховых медицинских организаций в системе ОМС.

Глава 3

ПЕНСИОННОЕ СТРАХОВАНИЕ

В результате изучения главы студент будет:

- **знать** основные понятия, структуру и правовые основы пенсионной системы, роль пенсионного страхования в финансировании пенсий;
- **уметь** формулировать цель и задачи обязательного и добровольного пенсионного страхования, составлять пенсионную программу;
- **владеть** методами составления программ дополнительного пенсионного страхования.

Ключевые термины: пенсия, пенсионное обеспечение, трудовая пенсия, обязательное и добровольное пенсионное страхование, пенсионная формула, Пенсионный фонд РФ, негосударственный пенсионный фонд, управляющая компания, страховой стаж, досрочные трудовые пенсии, пенсионный договор, актуарная деятельность.

3.1. Исторический обзор становления и развития пенсионного страхования в России

С древности пожилые люди пользовались уважением окружающих, но уровню и масштабам заботы о стариках в древнем мире трудно дать однозначную оценку. С одной стороны, и в Древней Греции, и в Древнем Риме сохранялось привилегированное положение старых людей, сложившееся еще при первобытнообщинном строе. Но, с другой стороны, власть стариков и уважение к ним еще отнюдь не означают проявления заботы о широких массах людей преклонного возраста. Старые рабы умирали от голода, но даже свободные граждане могли рассчитывать лишь на весьма малую помощь со стороны общества. Так, в Афинах существовало подобие пенсионной системы, обеспечивавшей граждан, которые «вследствие телесной слабости и дряхлости не могли зарабатывать себе хлеба», небольшим ежедневным пособием¹.

Первые упоминания о государственном пенсионном обеспечении на территории современной России относятся к древним временам. Как отмечается в летописях, князья и воеводы славянских дружин заботились не только о пропитании и вооружении своих подданных, но и об обеспечении их в случае ранения и по достижении старости. Постепенно забота о раненых и престарелых ставится на все более регулярную основу.

¹ Третий возраст : интернет-журнал. URL: <http://www.3vozrast.ru/article/pravo/finansis/10448/> (дата обращения: 28.02.2014).

История социальной работы в России насчитывает более тысячи лет. Ее началом следует считать договор 911 г. князя Олега с греками, который содержал в себе моменты, называемые ныне социальной работой¹.

Помощь ближнему всегда была характерна для славянских народов, именно этот договор был первым документальным свидетельством заботы государства о тех гражданах, которые в ней нуждаются.

Подлинным толчком для развития благотворительности в России стало принятие христианства. С этого времени в России стала активнее развиваться традиция личной благотворительности русских князей. Князья, жертвуя на богоугодные дела как частные лица, оставались тем не менее первыми людьми в государстве и тратили деньги, поступающие в казну из налогов, которые платили русские труженики.

Важно!

Но средоточием социальной помощи на протяжении Средних веков были церкви и монастыри. Парадигма помощи и поддержки в период с XIV в. по первую половину XVII в. существенно изменяется. Для этого времени характерны три основные тенденции, три формы поддержки и защиты нуждающихся: монастырская система помощи, государственная система защиты и первые светские тенденции благотворительности.

Монастырская система помощи представляет два основных этапа развития монастырей. Первый – объединение земель вокруг монастырей в центральной части Руси (XIV–XVI вв.), второй – колонизация Севера (XVI–XVII вв.).

В XIV в. меняется характер монастырского управления. На смену ктиторским монастырям, основанным князьями и епископами, приходят монастыри-вотчины.

Ктиторские монастыри заложили основу «пансионной системы» поддержки не только для мужчин, но и для женщин. Многие русские княгини или их мужья специально строили монастыри для проведения оставшегося срока жизни в его стенах.

Монастыри-вотчины скупали земли и становились крупными земельными собственниками. Дополнительному их обогащению способствовали всевозможные вклады, дары и освобождение от пошлин со стороны князей, которые искали в лице церкви союзников.

Крестьяне шли в монастыри, ибо они освобождались от пошлин и податей, от юрисдикции местных властей. Именно приход работного люда делает монастыри сильными и изобильными.

Богатство монастырей приумножали и частные вклады – от церковной утвари до земельных наделов. Вклады жертвовались с различными условиями – с поминанием вкладчиков после смерти, с кормлением от их имени нищих и т.д.

Селившимся на монастырских землях «давалась свобода от податей на 10–20 лет» (остальные платили оброк и 12 видов дани). Таким образом,

¹ История пенсионного обеспечения в России [эл. ресурс]. URL: <http://kurs.ido.tpu.ru/courses/provision%20of%20pensions/tema1.html> (дата обращения: 03.02.2014).

монастыри играли роль своеобразных страховых учреждений не только по случаю смерти, но и по старости. Внесение вклада было обязательным условием, чтобы иметь «страховой полис».

Однако постепенно желающим попасть за монастырские стены предлагалось вносить все большие и большие суммы, т.е. устанавливалась своеобразная система «закрытого призрения».

Становясь крупнейшими собственниками, монастыри рано или поздно должны были столкнуться с государственной властью. Окончательное подчинение церкви государственной власти произойдет в XVIII в. В этот период развивается государственное призрение. Оно создается на основе ограничения власти церкви, в том числе и в деле призрения.

Важно!

Постепенно с развитием государственной структуры управления возникают ведомства, которые берут на себя функции «защиты и порядка», т.е. проявляется то передаточное звено между «волей государя» и поступком, действием, которое направлено на помощь и поддержку нуждающимся. Приказы как гражданская система поддержки становятся ведущей формой помощи и защиты, контроля за церковной жизнью. Например, приказ Большого двора выдавал милостные деньги монастырям и церквям из государственной казны, Полоняничный приказ ведал выкупом пленных.

При Иване IV (Грозном) закладывается традиция, согласно которой верховная власть начинает контролировать церковь. В Судебниках 1550 г. впервые ставился вопрос о правомерности призрения лиц, не являющихся «клиентами» церкви. В решениях Стоглавого собора (1551) царя Ивана IV наиболее четко прозвучала идея о необходимости общественного призрения. Ставилась задача (гл. 73) выявить во всех городах всех прокаженных и престарелых, построить для них в каждом городе мужские и женские богадельни и содержать их там, обеспечивая одеждой и питанием за счет казны.

Государственная власть официально легализовала институт нищенства, так как монастыри не могли решить эту проблему. Причинившие нищим насилие должны были платить штраф.

Переосмысление происходит и в подходах ко вдовам и сиротам. Казна берет на себя призрение тех вдов и детей, чьи мужья и отцы погибли на государственной службе. Это «пенсионное» право выражалось в форме раздачи «земель на прожиток».

Первым шагом к созданию в России государственного управления общественным призрением явилось поручение царя Михаила Федоровича заниматься этим важным делом Патриаршему приказу, а несколько позже – Аптекарскому приказу.

Вместе с распространением государственных принципов защиты начинают проявляться светские подходы к помощи и поддержке нуждающихся – частная благотворительность. Она выражалась в тот период в мерах помощи, связанных с голодом, а также устройством больниц для нищих. Так, например, бывший хранитель государственной печати А. Ордын-Нащокин, завершив государственную службу, постригся

в монахи, завел больницу и сам служил больным. Патриарх Никон помимо раздачи хлеба и денег лечил больных. Возникают благотворительные общества. До XVIII в. в России их было 4, благотворительных заведений — 13¹.

При царе Алексее Михайловиче раненым назначались «лечебные» денежные выплаты, размер которых зависел от тяжести полученных увечий. Распространенными формами социальной поддержки военных, ушедших со службы по ранению, являлись предоставление поместья или прибавки земель к уже имеющимся владениям.

Во времена Петра I внимание к увечным, раненым и престарелым воинам усилилось. Их стремились устроить так, чтобы они имели источник существования. Законодательные акты Петра I содержали в себе обязательство государства оказывать помощь раненым и инвалидам за счет государственного бюджета. Петр I, борясь с нищенством, практически подошел к созданию системы общественного призрения.

«Призрение» — понятие, появившееся в XVII в. и имеющее следующие смысловые значения: благосклонное внимание, отношение, покровительство, присмотр, попечение, забота, удобство. Некоторой предтечей пенсионного законодательства явились указы о призрении «не имеющих чем жить».

В дальнейшем такие традиции продолжались и развивались. К эпохе царствования Екатерины II относится становление системы общественного призрения. Так, Указ от 7 ноября 1775 г. предписывал в каждой губернии открыть «особые приказы Общественного призрения».

«Общественное призрение» — организованная система помощи со стороны государственных институтов или общества нуждающемуся населению.

Екатерина II определила денежное содержание из государственной казны отставников военной службы. Размеры пенсий также были увеличены. Нельзя сказать, что эта система была совершенна. Но попытки государства охватить все слои населения, нуждающиеся в социальной защите, были налицо.

В российском правительстве вызревала мысль о том, чтобы попечение о нищих и калеках сделать общественным, а не только государственным. Полное воплощение эта идея получила при Александре I, который включил призрение в сферу общественного самоуправления, оставив за правительством функцию общего руководства этим деликатным процессом.

Важно!

Наиболее значимое событие произошло 6 декабря 1827 г. В этот день император Николай I утвердил «Устав о пенсиях и единовременных пособиях государственным

¹ Золотой век и кризис монастырской системы помощи [эл. ресурс]. URL: <http://www.univer5.ru/sotsialnaya-rabota/istoriya-sotsialnoy-raboty-v-rossii-199/Page-12.html> (дата обращения: 03.02.2014).

(военным и гражданским) служащим» (далее — «Устав о пенсиях» от 1827 г.) и подписал Указ Правительствующему Сенату «к приведению его в действие» с 1 января 1828 г. Пенсии и пособия государственным служащим в России выплачивались и ранее, но правила, по которым эти выплаты производились, не имели ни надлежащей определенности, ни соразмерности.

Указом и Уставом были определены три принципиальных положения пенсионного законодательства.

Во-первых, выплата пенсий и единовременных пособий должна была производиться из Государственного казначейства, которому для этих целей перечислялись все «пенсионные капиталы» и суммы, накопившиеся по разным местам «на производство пенсий и пособий». Таким образом, в России был создан бюджетный централизованный государственный пенсионный фонд. Вместе с тем, незначительная часть пенсий выплачивалась и из других источников: земских и городских сборов, войсковых средств.

Во-вторых, размер пенсий определялся не по окладам жалования, а по окладам пенсий гражданским чиновникам, установленным соответственно их должностям. К «Уставу о пенсиях» от 1827 г. прилагалось «Примерное расписание окладов для определения пенсий гражданским чиновникам по их должностям», которым устанавливались девять разрядов пенсий.

В-третьих, вдовам и сиротам гражданских служащих гарантировалось пенсионное обеспечение. На эти цели предназначались вычеты за повышение в чине, отчисления с пенсий, вычеты со всех окладов. При недостатке этих сумм указ предписывал дополнять их из средств Государственного Казначейства. «Устав о пенсиях» от 1827 г. состоял из трех частей: «О производстве пенсий и пособий», «О пенсиях и пособиях вдовам и детям классных чиновников» и «Правила для назначения пенсий и пособий».

Назначение и выплата пенсий. По «Уставу о пенсиях» от 1827 г. как классные чиновники, так и не имеющие классов канцелярские служители получали полный оклад пенсии согласно своему разряду после 35-летней службы, которая начиналась с 16 лет. Таким образом, гражданский служащий мог рассчитывать на полную пенсию в возрасте 51 год. Но в отставку можно было выйти и раньше. Пенсия чиновнику назначалась по разряду последней должности, если он занимал ее не менее 5 лет, в противном случае — по разрядам предшествующих должностей. Различие между наименьшей и наибольшей суммой пенсии было более чем в 50 раз. Сумма пенсионного содержания вдов и детей классных чиновников устанавливалась исходя из пенсии, получаемой главой семейства в отставке, или какая следовала бы ему в последние дни службы; право на пенсию у вдовы было пожизненным, у сыновей — до 18 лет, а у дочерей — до 21 года. Неизлечимо больные дети получали пенсию пожизненно. Право на вознаграждение пенсией исключалось при следующих обстоятельствах:

— если чиновник по суду приговорен к наказанию с внесением этого факта в послужной список;

— если он перешел на иноземную службу без согласия правительства.

Устав запрещал получать пенсию в отставке и жалование при вступлении вновь на службу. Поступающий вновь на службу получал либо жалава-

ние, либо пенсию, смотря по тому, что было выше. Все права на получение пенсий должны были подтверждаться законными свидетельствами: послужным списком чиновника, составленным по общим правилам и форме и свидетельством о болезни, если она являлась причиной увольнения со службы.

Кроме общего «Устава о пенсиях» от 1827 г. действовали «особенные уставы о пенсиях и единовременных пособиях по некоторым ведомствам». Эти уставы учитывали специфику службы чиновников и служащих: положение в иерархии власти, отдаленность местностей, малонаселенность, климат, общие условия службы и быта и т.п.

Важно!

Особое место в пенсионном обеспечении гражданских служащих занимали так называемые **эмеритальные кассы**. Цель создания такой кассы — обеспечить дополнительными суммами пенсий вышедших в отставку членов кассы независимо от того, какие пенсии им будут назначены на основании общих законов и уставов.

Денежные средства касс (эмеритальный капитал) складывались из взносов членов кассы в размере 4–6% от оклада содержания по штату, начисленных на эти суммы процентов по вкладам, дохода от ценных бумаг, добровольных пожертвований и других возможных поступлений. Средства кассы составляли собственность всех ее участников и ни в каком случае, ни под каким предлогом не могли быть использованы иначе, как на пенсии и пособия. Хозяйственная и пенсионная деятельность эмеритальных касс проходила под контролем высшего руководства ведомства.

Эмеритальные пенсии разделялись:

- 1) на степени — по должностным окладам содержания участника кассы в последние три года;
- 2) классы — по продолжительности выслуги;
- 3) разряды — по числу лет участия в кассе.

Эмеритальные пенсии в сравнении с пенсиями, назначаемыми по общему и особым уставам, составляли значительные суммы. Так, например, чиновник юридического ведомства с окладом жалования 600–800 руб. в год, чей стаж и участие в кассе составляли 35 лет, мог рассчитывать на эмеритальную пенсию в размере 280 руб. По общему уставу его пенсия составляла 185 руб.

Но в основном пенсионное обеспечение распространялось на государственных служащих и военных. Только во второй половине XIX в. системное пенсионное обеспечение стало распространяться на частное предпринимательство. Вошел в силу закон (1888), обязывающий владельцев частных железных дорог создавать кассы для выдачи пособий по болезни и уходу с работы по инвалидности. Их основу составляли отчисления от заработной платы работников, которые накапливались на их личных счетах. При получении увечья или профессиональной болезни из накопленных на этих счетах средств выплачивались пособия. Эта система являлась страховой, поскольку финансировалась за счет обязательных взносов работников.

Изначально пенсионные программы создавались без учета статистики и представляли собой достаточно неустойчивые финансовые институты.

Но пенсионное дело в России продолжало развиваться, и в конце XIX — начале XX в. пенсионные программы для отдельных категорий служащих по качественным своим показателям мало чем отличались от пенсионных программ, реализуемых в начале XXI в.

Практический пример

В качестве примера рассмотрим Пенсионную кассу Московско-Казанской железной дороги конца XIX в. Ее участниками являлись мужчины и женщины, работавшие на Московско-Казанской железной дороге, а также члены их семей. Источниками поступления пенсионных средств являлись вступительные взносы участников Кассы в виде единовременных вычетов:

- со служащих, получающих менее 600 руб. в год, — 3% годового жалования;
- со служащих, получающих от 600 до 2400 руб. в год, — в проценте, полученном делением цифры оклада на 200;
- со служащих, получающих более 2400 руб. в год, — 12% с суммы 2400 руб. и
- ежемесячных страховых взносов по 6% от окладов до 2400 руб. в год и 10% из назначаемых иных вознаграждений.

Для финансовой устойчивости Пенсионной кассы формировался запасный капитал в размере не менее 5% от общего размера капитала; 10% резервировалось от размера сиротского капитала. Резервы Кассы также пополнялись за счет инвестиционного дохода на капитал и дополнительных источников (добровольные взносы участников; выручка от продажи невостребованного багажа; суммы, в течение 10 лет невостребованные участниками кассы; штрафы, взыскиваемые со служащих; доходы от рекламы на станциях Московско-Казанской железной дороги и др.).

Поступившие в пенсионную кассу средства распределялись следующим образом: 2/3 на формирование так называемой эмеритальной (заслуженной) пенсии и 1/3 на вдовью пенсию для женатых и в полном объеме на эмеритальную пенсию для холостых. Часть поступлений зачислялась в сиротский фонд для финансирования пенсий сиротам.

Надзор за деятельностью пенсионной кассы осуществляло Министерство путей сообщения, а ее делами заведывал Комитет, состоящий из ответственных служащих железной дороги.

Служащие обоего пола имели право на пожизненную пенсию, если они вступали в Пенсионную кассу до 50 лет включительно. Вступившие в кассу с 51 года имели право только на единовременную выплату. Вступившие в кассу в 60 лет и позже прав на пенсию не имели. Право на полное пенсионное обеспечение имели служащие с 15-летним трудовым стажем. При тяжелой болезни необходимый трудовой стаж сокращался до 10 лет, а размер пенсии увеличивался на поправочные коэффициенты для выплаты так называемой усиленной пенсии. При трудовом стаже 10 лет можно было выйти на пенсию и при отсутствии тяжелых заболеваний, но размер пенсии уменьшался до 50% от полного размера пенсии, при стаже 11 лет — до 60% размера пенсии, 12 лет — до 70% от размера пенсии.

Размеры обычных и усиленных ежегодных пенсий не могли превышать: при 15-летнем стаже — 1/2 ежегодного оклада, при 20-летнем стаже — 3/4 ежегодного оклада, при 25-летнем стаже — полного ежегодного оклада (но не более 2400 руб.). Вдовья пенсия назначалась при трудовом стаже умершего в пять лет и ее размер не мог превышать 2/3 от размера обычной пенсии¹.

¹ Бровчак С. В. История пенсионного обеспечения в России на примере пенсионной кассы Московско-Казанской железной дороги [эл. ресурс] // Пенсионное обозрение : электрон. журнал. 08.11.2013. URL: <http://www.pensionobserver.ru/arxiv/3-11-iyul-sentyabr-2012-g/tema-nomera-npf-20-let/istoricheskij-opyit/istoriya-pensionnogo-obespecheniya-v-rossii-na-primere-pensionnoj-kassyi-moskovsko-kazanskoj-zheleznoj-dorogi> (дата обращения: 28.02.2014).

В 1897 г. Комитетом министров были установлены общие требования к пенсионным кассам любых частных предприятий и требовавшие от предпринимателей полной гарантии состоятельности пенсионной кассы.

Введение пенсионных касс (выплачивавших, как правило, пенсии и по выслуге лет, и по инвалидности) не означало автоматически выплат пособий по болезни, однако на практике почти везде, где такие кассы были введены, рабочие и служащие получали данное пособие за счет предприятий и учреждений. Это пособие не получало никакого отдельного оформления, во время болезни работник просто продолжал получать обычное жалование¹.

До 1917 г. случай наступления старости не включался в сферу социального страхования. В то время социальное обеспечение престарелых строилось не на основе учета возраста, а на основе утраты трудоспособности и наступления инвалидности.

Радикальные преобразования в пенсионном обеспечении стали осуществляться после социалистической революции. В 1917 г. вышло постановление СНК «О выдаче процентных надбавок к пенсиям военно-увечных». В 1918 г. — постановление СНК «Об утверждении Положения о социальном обеспечении трудящихся». В 1920-х гг. развернулась дискуссия о необходимости рассмотрения старости как отдельного вида нетрудоспособности, нуждающегося в пенсионном обеспечении. Уже к концу 1920-х гг. пенсионным обеспечением по старости были охвачены преподаватели высших учебных заведений и рабфаков (с 1924 г. по достижении 65 лет), рабочие текстильной промышленности (с 1928 г.), ведущих отраслей тяжелой промышленности и транспорта (с 1929 г.). В 1925 г. установлены пенсии за выслугу лет для учителей городских и сельских школ. Размеры пенсий зависели от размера среднемесячного заработка, условий труда, состава семьи.

Тогда же, в 1920-х гг., система пенсионного обеспечения была заменена на систему социального страхования, которая работала по принципу обязательности уплаты в бюджет в составе налогов взносов на социальное страхование. Из этого бюджета производились расходы на все государственные нужды: строительство дорог, заводов и выплату пенсий гражданам. В 1929 г. впервые были установлены различия в размере между пенсией по инвалидности и по старости, а также порядок выплаты пенсий по старости для продолжающих работать.

Важно!

В начале 1930-х гг. система социального страхования была вновь заменена на систему социального обеспечения, финансируемую за счет налогов. В 1932 г. пенсионное обеспечение по старости охватило рабочих всех отраслей народного хозяйства. В результате проведенных тогда обследований рабочих, выходящих на пенсию по инвалидности в связи с потерей трудоспособности, было выявлено, что к 55 годам большая часть женщин и к 60 годам большая часть мужчин теряют возможность продол-

¹ Пенсионные кассы. Энциклопедический словарь Ф. А. Брокгауза и И. А. Ефрона [эл. ресурс]. URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/brokgauz_efron/137681/ (дата обращения: 28.02.2014).

жения работы. На этой основе в 1932 г. законодательно были введены пенсионные возрасты – 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин (кроме колхозников). С тех пор эти границы не менялись.

В 1936 г. после принятия Конституции СССР пенсионное обеспечение стало всеобщим для рабочих и служащих. В соответствии с Конституцией все граждане имели право на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, а также потери кормильца. Это право реализовывалось путем общего социального обеспечения рабочих, служащих и колхозников пособиями по временной нетрудоспособности и выплаты за счет государства и колхозов пенсий по возрасту, инвалидности и по случаю утери кормильца, а также другими формами социального обеспечения.

Действовавшая в СССР система государственного пенсионного обеспечения функционировала в рамках социального обеспечения, которое предусматривало не только выплаты пенсий и пособий различных видов, но и различные формы социального, медицинского, санаторно-курортного обслуживания трудящихся, содержание и обслуживание престарелых и нетрудоспособных.

Средства на государственное пенсионное обеспечение, как и другие средства на государственное социальное страхование, аккумулировались в бюджете государственного страхования, который, в свою очередь, входил в государственный бюджет страны. Таким образом, предыдущая пенсионная система была основана на консолидированной программе финансирования выплаты пенсий и полностью зависела от сбалансированности государственного бюджета страны.

Бюджет пенсионного фонда являлся составной частью государственного бюджета СССР и был включен в него как по доходам, так и по расходам. В общем бюджете государственного социального страхования четко определялись источники доходов и направление средств в соответствии с установленными видами. Только в 1956 г. впервые была предоставлена дотация из государственного бюджета на социальное страхование. Она была направлена на покрытие существенно возросших расходов на выплату пенсий неработающим пенсионерам из числа рабочих и служащих и членов их семей в связи с введением в действие Закона СССР от 14.07.1956 «О государственных пенсиях», значительно расширившего круг лиц, имеющих право на получение пенсии, и увеличившего размер пенсии по отдельным группам пенсионеров в два раза. Указанный закон (в ред. Указа Президиума ВС СССР от 22.05.1986) установил, что минимальный размер пенсии по старости составляет 50 руб. в месяц, а для пенсий, выплачиваемых не менее 10 лет, – 55 руб. Максимальный размер пенсии по старости – 120 руб. в месяц. Рабочим и служащим, проработавшим не менее 15 лет на отдельных видах работ, дающих право на государственную пенсию на льготных условиях и в льготных размерах в соответствии со ст. 9 указанного Закона, по перечню таких работ, утверждаемому СМ СССР, устанавливались следующие максимальные размеры пенсии по старости:

проработавшим на указанных работах от 15 до 20 лет — 140 руб. и свыше 20 лет — 160 руб. в месяц.

Законом устанавливались следующие надбавки к пенсиям по старости: — за непрерывный стаж работы свыше 15 лет или за общий стаж работы — мужчинам, проработавшим не менее 35 лет, и женщинам, проработавшим не менее 30 лет, — 10% пенсии.

Рабочим и служащим, имеющим право на пенсию на льготных условиях, указанная надбавка за общий стаж работы устанавливалась, если их общий стаж работы превышал стаж, необходимый для назначения пенсии на льготных условиях, не менее чем на 10 лет.

Рабочим и служащим, непрерывный стаж работы которых не менее 25 лет, а у женщин, имеющих детей, — не менее 20 лет приходился на работу на одном предприятии, в учреждении, организации и одновременно имеющим право на надбавку к пенсии за общий стаж работы, устанавливалась надбавка за этот стаж в размере 20% пенсии. При указанных условиях надбавка в пределах до 10% пенсии начислялась сверх установленного максимального размера пенсии;

— неработающим пенсионерам, имеющим на своем иждивении нетрудоспособных членов семьи: при одном нетрудоспособном члене семьи — 10% пенсии; при двух или более нетрудоспособных членах семьи — 15% пенсии.

Таким образом, Закон СССР «О государственных пенсиях» заметно увеличил размер пенсии, но ограничил выплату пенсии по старости работающим пенсионерам. Согласно ст. 15. данного закона порядок выплаты пенсии по старости работающим пенсионерам или начисления вместо нее надбавки к пенсии за каждый год работы после достижения пенсионного возраста устанавливался СМ СССР. Сумма пенсии с указанной надбавкой не могла превышать 150 руб. в месяц.

В результате доля работающих пенсионеров резко сократилась — по некоторым оценкам с 60% в 1956 г. до 9% в 1962 г.¹ Однако ограничения на максимальные размеры доходов работающих пенсионеров постепенно смягчались по мере роста дефицита трудовых ресурсов.

В 1964 г. был принят Закон о пенсиях и пособиях членам колхозов², который предусматривал с 1965 г. выход на пенсию для мужчин с 65 лет и для женщин с 60 лет. В 1968 г. колхозники получили право на пенсию по старости с такого же возраста, как рабочие и служащие. В результате к середине 1960-х гг. в России (как части бывшего СССР) сложилась государственная система всеобщего пенсионного обеспечения по старости для работающего населения, которая затем многократно модифицировалась.

Вплоть до середины 1960-х гг. демографический аргумент не учитывался в явном виде при создании пенсионной системы, если не считать выводы по исследованиям состояния здоровья в конце 1920-х — начале

¹ История социальной работы в России [эл. ресурс]. URL: <http://www.univer5.ru/sotsialnaya-rabota/istoriya-sotsialnoy-raboty-i-v-rossii-199/Page-12.html> (дата обращения: 03.02.2014).

² Закон СССР от 15.07.1964 № 2688-VI «О пенсиях и пособиях членам колхозов».

1930-х гг. Старение населения еще не было осознано как социальный феномен и не стало фактом, требующим к себе внимания. По оценке для населения СССР в 1920 г. доля лиц в возрасте 60 и старше составляла 6,2%, в 1925 — 5,9%, в 1930 — 5,8%, в 1935 — 6,0%, в 1940 — 6,9%, в 1950 — 7,9%, в 1955 — 8,6%, в 1960 — 9,3%.

С середины 1960-х гг. по мере развития процесса старения населения и сокращения прироста численности населения в трудоспособных возрастах в дискуссии по реформированию пенсионной системы входит демографический контекст. Однако демографический фактор трактовался однобоко — как дефицит трудовых ресурсов. С этой точки зрения последствия постановления 1956 г. — резкое сокращение числа работающих пенсионеров — оказались негативными, поэтому в дальнейшем пенсионное законодательство изменялось в направлении все большего материального стимулирования занятости пенсионеров.

Экономическая идеология «дефицита», прямо связывающая негативные последствия демографической ситуации (снижение рождаемости, рост смертности) с количеством трудовых ресурсов, оставалась господствующей при реформировании пенсионной системы вплоть до начала 1990-х гг.

Проблема изменения пенсионного возраста в сторону повышения, хотя и ставилась время от времени, но так и не вышла за пределы специальной научной литературы и кулуарных дискуссий, поскольку относительно низкий возраст выхода на пенсию в СССР и странах Восточной Европы рассматривался как одно из главных завоеваний трудящихся при социализме.

Интересно отметить, что имеются свидетельства о том, что в 1950–1960-х гг. в ходе «всенародного» обсуждения пенсионного закона многие трудящиеся в своих выступлениях (в печати и устно) выражали пожелание уменьшить возрастной предел, который определен для выхода на пенсию.

Важно!

Систематическое повышение уровня пенсионного обеспечения трудящихся, увеличение числа пенсионеров обусловили в дальнейшем возрастание поступлений из государственного бюджета в фонд государственного социального страхования. Поскольку взносы на социальное обеспечение не покрывали все расходы этой системы, недостающая часть, поступающая из союзного бюджета, постоянно возрастала и в 1980-е гг. составила около 60% бюджета социального обеспечения.

Государственные пенсии представляли собой гарантированные ежемесячные выплаты, размер которых, как правило, соизмерялся с прошлым заработком. В зависимости от события, при наступлении которого предоставлялось государственное пенсионное обеспечение по социальному страхованию, в законодательстве указанного периода выделялись пенсии по возрасту, по инвалидности, по случаю потери кормильца на общих льготных условиях, за выслугу лет.

Материальное обеспечение инвалидов войны, инвалидов с детства и от рождения осуществлялось за счет средств союзного бюджета, бюджетов союзных республик и т.п. Для этого, в частности, в бюджетах предусматривались средства на выплату пенсий и пособий военнослужащим

и их семьям. Военнослужащие рядового, сержантского и старшинского состава срочной службы имели право на пенсию в случае инвалидности, а их семьи — в случае потери кормильца. Пенсии этим категориям получателей назначались независимо от продолжительности военной службы и предшествовавшей работы военнослужащего.

Пенсионное обеспечение генералов, адмиралов, офицеров, военнослужащих рядового, сержантского и старшинского состава сверхсрочной службы и приравненных к ним лиц, а также их семей осуществлялось в особом порядке, установленном Совмином СССР, за счет сметы Министерства обороны СССР.

Пенсионное обеспечение работников науки по условиям и размерам отличалось от пенсионного обеспечения других категорий работников и регулировалось специальным Положением о пенсионном обеспечении работников науки¹.

Эта система сохранялась вплоть до распада СССР. Однако в 1991 г. после перехода от централизованного планового руководства народным хозяйством к рыночным методам она исчерпала свои возможности. Даже самая большая пенсия не могла превышать трех минимальных размеров пенсии установленных законом, к тому же в стране резко снизилась рождаемость.

Важно!

В 1992 г. в России начало действовать новое пенсионное законодательство, принятое еще в пору пребывания РСФСР в составе СССР (1989 г. — закон СССР, 1990 г. — закон РСФСР). Главной его особенностью являлась более выраженная социальная направленность: унификация для всех категорий занятых, включая священнослужителей, творческих работников и т.п.; расширение списка льготных категорий для более раннего выхода на пенсию; введение социальных пенсий для лиц, не имеющих трудового стажа; установление размера пенсии, в равной степени зависящего от предыдущего заработка и трудового стажа, а также многое другое, связанное с формой расчетов пенсионных выплат. Однако главное новшество заключалось в том, что была введена выплата полного размера пенсии всем работающим пенсионерам без исключения. В результате все пожилое население России частично перешло на содержание государства.

С тех пор и по сей день система пенсионного обеспечения России постоянно пересматривается. Все пенсионные преобразования, проходившие в нашей стране можно разделить на несколько ключевых этапов.

В 1990 г. постановлением ВС РСФСР от 22.12.1990 № 442-1 «Об организации Пенсионного фонда РСФСР» был образован ПФР. Бюджет ПФР утверждается отдельным законом одновременно с принятием федерального бюджета РФ. Средства для выплаты пенсий формируются за счет поступлений страховых взносов граждан, а также работодателей. Данные взносы носят обязательный характер.

¹ Постановление Совмина СССР от 28.09.1949 № 4140 «Об утверждении Положения о пенсионном обеспечении работников науки».

В 1992 г. вышел Указ Президента РФ от 16.09.1992 № 1077 «О негосударственных пенсионных фондах». В 1995 г. в ГК РФ введено в правовой оборот понятие «фонд» как некоммерческая организация. В 1995 г. Правительством РФ была одобрена Концепция реформы системы пенсионного обеспечения в Российской Федерации¹, согласно которой ПФР приступил к учету сведений о пенсионных правах каждого гражданина страны. На индивидуальном страховом счете гражданина содержится информация обо всех страховых взносах (накоплениях его будущей пенсии). Персональный номер лицевого счета (СНИЛС) указывается на карточке обязательного пенсионного страхования (ОПС).

В 1998 г. вступил в силу Закон о негосударственных пенсионных фондах, который определил условия деятельности по негосударственному обеспечению НПФ и их права. Он также закрепил новые понятия в пенсионной системе РФ, обязательства фонда перед его вкладчиками и участниками.

В 2002 г. началась реализация новой пенсионной реформы, которая позволяла перейти от уравнительных принципов солидарной пенсии к распределительно-накопительным.

В 2004 г. НПФ получили право заключать договора ОПС, а граждане Российской Федерации получили возможность формировать и увеличивать накопительную часть пенсии за счет договоров с НПФ. Для всех НПФ были повышены требования к размерам имущества для обеспечения уставной деятельности (с 01.07.2009 — не менее 50 млн руб.).

С 2005 г. ПФР стал выплачивать дополнительные средства инвалидам и ветеранам Великой отечественной войны и их вдовам. Также ПФР начал вести федеральный регистр граждан, которые имеют право на государственную социальную помощь.

В 2007 г. был дан старт реализации программы по выплатам материнского (семейного) капитала. Владельцы данных сертификатов получили возможность переводить часть капитала или всю его сумму на формирование пенсионных накоплений.

С 2008 г. накопительная часть пенсии увеличилась до 6%, а страховая до 8% от средней зарплаты. В октябре 2008 г. была запущена программа по государственному софинансированию накопительной части пенсии.

В 2010 г. единый социальный налог был заменен на обязательные страховые взносы. Максимальный размер годовой заработной платы, с которой уплачивался обязательный страховой взнос, в 2010 г. составил 415 тыс. руб., а в 2013 г. — уже 568 тыс. руб. В 2010 г. была проведена крупнейшая переоценка расчетного пенсионного капитала с учетом трудового стажа в советское время (валоризация). Это повысило пенсию действующим пенсионерам в среднем на 46%. В 2010 г. утвержден минимальный размер пенсии, превышающий прожиточный минимум пенсионера. С 2013 г. началось очередное реформирование пенсионной системы.

¹ Постановление Правительства РФ от 07.08.1995 № 790 «О мерах по реализации Концепции реформы системы пенсионного обеспечения в Российской Федерации».

3.2. Структура и правовые основы пенсионной системы в современной России

Пенсионная система РФ включает в себя пенсии по государственному пенсионному обеспечению, страховые пенсии по обязательному пенсионному страхованию и страховые пенсии по негосударственному пенсионному страхованию.

Объемы обязательного и негосударственного пенсионного страхования, по данным ПФР и Банка России, показаны в табл. 3.1.

Таблица 3.1

Поступления и выплаты по пенсионному страхованию, млрд руб.

Страховщик	2014 г.		2013 г.	
	Поступления	Выплаты	Поступления	Выплаты
ПФР	6200 (3690 (взносы) + 2410 (трансферты))	5400	6259 (3459 (взносы) + 2800 (трансферты))	5200
НПФ	1132,4	45,5	1088,4	41,0
Коммерческие страховщики	1,59	0,83	1,59	0,64

Из сопоставления приведенных в табл. 3.1 данных видно, что НПФ играют заметную и все возрастающую роль в пенсионной системе РФ.

3.2.1. Государственное пенсионное обеспечение

Пенсия по государственному пенсионному обеспечению – ежемесячная государственная денежная выплата, право на получение которой определяется в соответствии с условиями и нормами, установленными Законом о государственном пенсионном обеспечении.

Указанная пенсия предоставляется гражданам:

- а) в связи с прекращением федеральной государственной гражданской службы при достижении установленной законом выслуги при выходе на трудовую пенсию по старости (инвалидности);
- б) в целях компенсации утраченного заработка гражданам из числа космонавтов или из числа работников летно-испытательного состава в связи с выходом на пенсию за выслугу лет;
- в) в целях компенсации вреда, нанесенного здоровью граждан при прохождении военной службы, в результате радиационных или техногенных катастроф, в случае наступления инвалидности или потери кормильца, при достижении установленного законом возраста;
- г) нетрудоспособным гражданам в целях предоставления им средств к существованию.

Согласно ст. 5. Закона о государственном пенсионном обеспечении назначаются следующие виды пенсий по государственному пенсионному обеспечению:

1) пенсия за выслугу лет – федеральным государственным гражданским служащим, военнослужащим, гражданам из числа космонавтов и из числа работников летно-испытательного состава;

2) пенсия по старости – гражданам, пострадавшим в результате радиационных или техногенных катастроф;

3) пенсия по инвалидности – военнослужащим, участникам Великой Отечественной войны, гражданам, награжденным знаком «Жителю блокадного Ленинграда», гражданам, пострадавшим в результате радиационных или техногенных катастроф, космонавтам;

4) пенсия по случаю потери кормильца – членам семей военнослужащих, граждан, пострадавших в результате радиационных или техногенных катастроф, космонавтов;

5) социальная пенсия – нетрудоспособным гражданам.

Пенсия по государственному пенсионному обеспечению назначается в следующих размерах.

1. Федеральные государственные гражданские служащие – в размере 45% среднемесячного заработка при наличии стажа государственной гражданской службы не менее 15 лет плюс 3% за каждый дополнительный год стажа, но не более 75% заработка с учетом районного коэффициента при условии проживания в таком районе.

2. Военнослужащие (кроме служащих по призыву) имеют право на пенсию за выслугу лет, по инвалидности и по случаю потери кормильца согласно Закону РФ «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей». Военнослужащим по призыву устанавливается пенсия по инвалидности в размере от 150 до 300% социальной пенсии нетрудоспособным гражданам (3626,71 руб. согласно п. 1 ст. 18 Закона о государственном пенсионном обеспечении) в зависимости от группы инвалидности и ее причины – военная травма или заболевание. При наличии иждивенцев расчет пенсии производится с учетом фиксированной доплаты (1208,9 руб. в месяц в 2013 г.) к величине указанной социальной пенсии на каждого нетрудоспособного члена семьи, но не более чем на трех нетрудоспособных членов семьи. В случае смерти военнослужащего – лицам, имеющим на это право, устанавливается социальная пенсия по случаю потери кормильца в размере от 150% до 200% указанной социальной пенсии в зависимости от причины смерти военнослужащего по призыву.

3. Участники Великой Отечественной войны и граждане, награжденные знаком «Жителю блокадного Ленинграда» – в размере от 100 до 250% социальной пенсии нетрудоспособным гражданам 3626,71 руб. без учета ежегодной индексации в зависимости от статуса (участник Великой Отечественной войны или награжденный знаком «Жителю блокадного Ленин-

града»), от группы инвалидности и с доплатой к указанной социальной пенсии при наличии иждивенцев аналогично п. 2 данного перечня.

4. Граждане, пострадавшие в результате радиационных или техногенных катастроф — пенсия по старости в размере 250% социальной пенсии нетрудоспособным гражданам для перенесших лучевую болезнь или иные последствия радиационного заражения и 200% указанной социальной пенсии для граждан, проживающих или работающих в загрязненной зоне. При наличии иждивенцев к указанной социальной пенсии предусматривается доплата аналогично п. 2 перечня. Пенсия по инвалидности инвалидам I и II группы в результате радиационных или техногенных катастроф выплачивается в размере 250% указанной социальной пенсии с добавлениями к размеру социальной пенсии при наличии иждивенцев аналогично п. 2 перечня. Инвалидам III группы выплачивается пенсия в размере, равном разнице между 250% размера социальной пенсии нетрудоспособным гражданам с учетом добавок на иждивенцев и 125% указанной социальной пенсии.

5. Граждане из числа космонавтов и членов их семей — пенсия за выслугу лет, при наличии выслуги 25 лет у мужчин и 20 лет у женщин, в размере 55% денежного довольствия (зарботка), получаемого в соответствии с Положением о материальном обеспечении космонавтов в Российской Федерации¹, утверждаемым Правительством РФ, по должности космонавта-испытателя, космонавта-исследователя, инструктора-космонавта-испытателя, инструктора-космонавта-исследователя на день увольнения с данной должности. За каждый полный год выслуги сверх указанных сроков (для мужчин и женщин соответственно) пенсия увеличивается на 3%, но не более чем до 85% заработка. При выслуге у мужчин от 20 до 25 лет и у женщин от 15 до 20 лет размер пенсии за выслугу лет уменьшается на 2% денежного довольствия (зарботка) за каждый год (в том числе и неполный), недостающий до полной выслуги.

К пенсии за выслугу лет устанавливаются следующие надбавки:

— инвалидам I группы, или достигшим возраста 80 лет, или нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) в соответствии с заключением медицинской организации на уход за гражданином — в размере 200% размера социальной пенсии нетрудоспособным гражданам;

— неработающим гражданам, достигшим возраста 55 лет либо являющимся инвалидами, имеющим на своем иждивении нетрудоспособных членов семьи — от 32% (1 иждивенец) до 100% (3 и более иждивенцев) размера социальной пенсии нетрудоспособным гражданам. Указанная надбавка начисляется только на тех нетрудоспособных членов семьи, которые не получают трудовую пенсию или пенсию по государственному пенсионному обеспечению.

Пенсия по инвалидности гражданам из числа космонавтов назначается в размере 50% (III группа) или 85% (I и II группы) заработка согласно Положению о материальном обеспечении космонавтов в Российской

¹ Постановление Правительства РФ от 17.05.1993 № 455 «Вопросы материального и пенсионного обеспечения космонавтов».

Федерации. К пенсии по инвалидности инвалидам I группы, или достигшим возраста 80 лет, или нуждающимся в постоянном постороннем уходе (помощи, надзоре) в соответствии с заключением медицинской организации, а также неработающим инвалидам I и II группы, имеющим на своем иждивении нетрудоспособных членов семьи, к назначенной им пенсии по инвалидности начисляются надбавки, указанные выше.

Пенсии по случаю потери кормильца членам семьи космонавтов устанавливаются на каждого члена семьи в размере 40% заработка кормильца, определяемого в соответствии с Положением о материальном обеспечении космонавтов в Российской Федерации.

Размеры пенсий космонавтам и членам их семей подлежат повышению согласно Закону РФ «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей». К ним применяются районные коэффициенты при проживании в соответствующих регионах.

6. Граждане из числа работников летно-испытательного состава – пенсия за выслугу лет, при выслуге не менее 25 лет у мужчин и 20 лет у женщин, у которых не менее 2/3 указанной выслуги приходится на непосредственное выполнение испытательных полетов на штатных рабочих местах членов летных экипажей летательных аппаратов и парашютно-десантной техники, в размере 1000% размера социальной пенсии нетрудоспособным гражданам за вычетом страховой части трудовой пенсии по старости либо за вычетом трудовой пенсии по инвалидности, установленной в соответствии с Законом о страховых пенсиях. За каждый полный год выслуги сверх 25 и 20 лет (для мужчин и женщин соответственно) пенсия за выслугу лет увеличивается на 25% размера социальной пенсии, но не более чем до 1500% указанной социальной пенсии. При наличии выслуги не менее 25 лет у мужчин и 20 лет у женщин, у которых работа по непосредственному выполнению испытательных полетов на штатных рабочих местах членов летных экипажей летательных аппаратов и парашютно-десантной техники составляет менее 2/3 указанной выслуги, пенсия за выслугу лет назначается в размере, равном 800% размера социальной пенсии за вычетом страховой части трудовой пенсии по старости либо за вычетом трудовой пенсии по инвалидности. За каждый полный год выслуги сверх 25 и 20 лет (для мужчин и женщин соответственно) пенсия за выслугу лет увеличивается на 25% социальной пенсии, но не более чем до 1300% ее размера указанной социальной пенсии. При выслуге у мужчин от 20 до 25 лет и у женщин от 15 до 20 лет размер пенсии за выслугу лет уменьшается на 50% размера указанной социальной пенсии за каждый год (в том числе неполный), недостающий до полной выслуги. Размер исчисленной пенсии за выслугу лет летчикам-испытателям I класса повышается на 10% суммы пенсии за выслугу лет, без ее уменьшения на страховую часть трудовой пенсии по старости либо на трудовую пенсию по инвалидности. К указанным в п. 6 перечня пенсиям за выслугу лет применяются районные коэффициенты при проживании в соответствующих регионах.

При определении размера пенсии за выслугу лет не учитываются суммы фиксированного базового размера страховой части трудовой пенсии по старости (фиксированного базового размера трудовой пенсии по инвалидности), приходящиеся на нетрудоспособных членов семьи и на увеличение указанного фиксированного базового размера в связи с достижением возраста 80 лет или наличием инвалидности I группы, размер доли страховой части трудовой пенсии по старости, исчисленной в соответствии с Законом о трудовых пенсиях исходя из расчетного пенсионного капитала, сформированного за счет общей суммы страховых взносов, поступивших за застрахованное лицо в ПФР после назначения пенсии за выслугу лет за период не менее 12 полных месяцев работы и (или) иной деятельности, включая суммы ее увеличения в связи с индексацией (дополнительным увеличением) и перерасчетом (корректировкой), а также суммы, полагающиеся в связи с валоризацией пенсионных прав в соответствии с Законом о трудовых пенсиях.

Размеры пенсий за выслугу лет подлежат повышению согласно Закону о пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу. В случае повышения пенсии за выслугу лет исходя из размера назначаемой пенсии под указанным размером понимается полагающаяся сумма пенсии в соответствующем процентном отношении от размера социальной пенсии нетрудоспособным гражданам в зависимости от продолжительности выслуги без уменьшения этой суммы на страховую часть трудовой пенсии по старости либо на трудовую пенсию по инвалидности.

7. Нетрудоспособные граждане (с учетом индексации в 2015 г., по данным ПФР¹):

– граждане из числа малочисленных народов Севера, достигшие возраста 55 и 50 лет (соответственно мужчины и женщины); граждане, достигшие возраста 65 и 60 лет (соответственно мужчины и женщины); инвалиды II группы (за исключением инвалидов с детства); дети в возрасте до 18 лет, а также старше этого возраста, обучающиеся по очной форме по основным образовательным программам в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, до окончания ими такого обучения, но не дольше чем до достижения ими возраста 23 лет, потерявшие одного из родителей – социальная пенсия по старости, инвалидности и по случаю потери кормильца соответственно в размере 4769,09 руб. в месяц;

– инвалиды с детства I группы и дети-инвалиды – социальная пенсия по инвалидности в размере 11 445,68 руб. в месяц;

– инвалиды I группы, инвалиды с детства II группы, дети в возрасте до 18 лет, а также старше этого возраста, обучающиеся по очной форме по основным образовательным программам в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, до окончания ими такого обучения, но не дольше чем до достижения ими возраста 23 лет, потерявшие обоих родителей (дети умершей одинокой матери), – социальная пенсия по инвалидности и по случаю потери кормильца в размере 9538,20 руб. в месяц;

– инвалиды III группы – 4053,75 руб. в месяц.

¹ Социальная пенсия (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) [эл. ресурс]. URL: http://www.pfrf.ru/social_pension/ (дата обращения: 06.02.2014).

К размерам указанных пенсий применяются районные коэффициенты при проживании в соответствующих регионах. Размер социальной пенсии по старости граждан, достигших возраста 65 и 60 лет (соответственно мужчины и женщины), являвшихся получателями трудовой пенсии по инвалидности, не может быть менее размера этой пенсии, который был установлен указанным гражданам по состоянию на день, с которого им была прекращена выплата указанной трудовой пенсии по инвалидности в связи с достижением данного возраста.

Статья 5 Закона о государственном пенсионном обеспечении предусматривает следующие виды пенсий по государственному пенсионному обеспечению:

- пенсия за выслугу лет назначается гражданам по п. 1, 2, 5 и 6 приведенного выше перечня получателей государственного пенсионного обеспечения;
- пенсия по старости назначается гражданам по п. 4 указанного перечня;
- пенсия по инвалидности — по п. 2–5 перечня;
- пенсия по случаю потери кормильца — по п. 2, 4 и 5 перечня;
- социальная пенсия по старости, по инвалидности и по случаю потери кормильца — по п. 7 перечня.

Нормативные документы

Финансовое обеспечение расходов на выплату пенсий по государственному пенсионному обеспечению, включая организацию их доставки, производится за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета, предоставляемых бюджету Пенсионного фонда Российской Федерации на выплату пенсий по государственному пенсионному обеспечению, установленных в соответствии с Законом о государственном пенсионном обеспечении.

Статья 6 Закона о государственном пенсионном обеспечении

Средний размер социальной пенсии в 2015 г. составил, по данным ПФР, 7458,3 руб.

3.2.2. Обязательное пенсионное страхование

Обязательное пенсионное страхование — система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию гражданам заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица), получаемого ими до установления обязательного страхового обеспечения.

Обязательное страховое обеспечение — исполнение страховщиком своих обязательств перед застрахованным лицом при наступлении страхового случая посредством выплаты трудовой пенсии, социального пособия на погребение умерших пенсионеров, не подлежавших обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти.

Субъектами обязательного пенсионного страхования являются:

- 1) страхователи (лица, производящие выплаты физическим лицам: индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы, занимающиеся частной практикой; физические лица, добровольно вступающие в правоотношения по обязательному пенсионному страхованию);
- 2) страховщик (ПФР и, на условиях отдельного федерального закона, НПФ);
- 3) застрахованные лица – граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации иностранные граждане или лица без гражданства, а также иностранные граждане или лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов в соответствии с Федеральным законом от 25.07.2002 № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации»), временно пребывающие на территории Российской Федерации, заключившие трудовой договор на неопределенный срок либо срочный трудовой договор (срочные трудовые договоры) продолжительностью не менее шести месяцев в общей сложности в течение календарного года:
 - работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества или по договору гражданско-правового характера, предметом которого являются выполнение работ и оказание услуг (за исключением лиц, обучающихся в образовательных учреждениях среднего профессионального, высшего профессионального образования по очной форме обучения и получающих выплаты за деятельность, осуществляемую в студенческом отряде по трудовым договорам или по гражданско-правовым договорам, предметом которых являются выполнение работ и (или) оказание услуг), по договору авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договорам, лицензионным договорам о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;
 - самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы, занимающиеся частной практикой);
 - являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
 - работающие за пределами территории Российской Федерации в случае уплаты страховых взносов в соответствии со ст. 29 Закона об обязательном пенсионном страховании, если иное не предусмотрено международным договором РФ;
 - являющиеся членами семейных (родовых) общин малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;
 - священнослужители;
 - иные категории граждан, у которых отношения по обязательному пенсионному страхованию возникают в соответствии с Законом об обязательном пенсионном страховании.

Нормативные документы

Страховым риском для целей Закона об обязательном пенсионном страховании признается утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) или другого дохода в связи с наступлением страхового случая.

Страховым случаем для целей Закона об обязательном пенсионном страховании признаются достижение пенсионного возраста, наступление инвалидности, потеря кормильца.

Статья 8 Закона об обязательном пенсионном страховании

Страховщик, страхователи и застрахованные в системе обязательного пенсионного страхования имеют права и обязанности. Рассмотрим важнейшие из них в соответствии с Законом об обязательном пенсионном страховании.

Страховщик (ПФР) имеет право:

- проводить у страхователей проверки правильности начисления и уплаты страховых взносов страхователем в ПФР, проверки документов, связанных с назначением (перерасчетом) и выплатой обязательного страхового обеспечения, представлением сведений индивидуального (персонифицированного) учета застрахованных лиц; требовать и получать у плательщиков страховых взносов необходимые документы, справки и сведения по вопросам, возникающим в ходе указанных проверок, за исключением сведений, составляющих коммерческую тайну, определяемую в установленном законодательством РФ порядке;

- получать у налоговых органов информацию о налогоплательщиках, включая сведения о регистрации в едином государственном реестре юридических лиц и едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей, и иные сведения, составляющие налоговую тайну, в целях выполнения функций страховщика в соответствии с законодательством РФ;

- осуществлять управление средствами бюджета ПФР и контроль за их расходованием;

- представлять интересы застрахованных лиц перед страхователями;

- осуществлять возврат страховых взносов страхователям в случае, если невозможно установить, за каких застрахованных лиц указанные платежи уплачены и др.

Страховщик обязан:

- осуществлять контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов в ПФР;

- подготавливать обоснование размера тарифов страховых взносов;

- назначать (пересчитывать) и своевременно выплачивать страховые пенсии и накопительные пенсии на основе данных индивидуального (персонифицированного) учета, а также предусмотренные законодательством РФ другие виды пенсий, единовременные выплаты средств пенсионных накоплений, срочные пенсионные выплаты, выплаты средств пенсионных накоплений правопреемникам умершего застрахованного лица, социальные пособия на погребение умерших пенсионеров, не подлежа-

ших обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти;

- осуществлять контроль за обоснованностью представления документов для назначения (перерасчета) сумм обязательного страхового обеспечения, в том числе на льготных условиях в связи с особыми условиями труда и др.

Страхователи имеют право:

- участвовать через своих представителей в управлении обязательным пенсионным страхованием;

- бесплатно получать у страховщика информацию о нормативных правовых актах об обязательном пенсионном страховании, а также информацию о размерах обязательного страхового обеспечения, выплаченного застрахованным лицам, за которых страхователь уплачивал страховые взносы;

- обращаться в суд для защиты своих прав;

- уплачивать взносы работодателя в пользу застрахованных лиц в соответствии с Законом о дополнительных страховых взносах.

Страхователи обязаны:

- зарегистрироваться в порядке, установленном ст. 11 Закона об обязательном пенсионном страховании;

- своевременно и в полном объеме уплачивать страховые взносы в ПФР и вести учет, связанный с начислением и перечислением страховых взносов в указанный Фонд;

- представлять в территориальные органы страховщика документы, необходимые для ведения индивидуального (персонифицированного) учета, а также для назначения (перерасчета) и выплаты обязательного страхового обеспечения;

- выполнять требования территориальных органов страховщика об устранении выявленных нарушений законодательства РФ об обязательном пенсионном страховании;

- обеспечивать реализацию прав застрахованных лиц, вступающих в правоотношения по обязательному пенсионному страхованию в целях уплаты дополнительных страховых взносов на накопительную пенсию в соответствии с Законом о дополнительных страховых взносах.

Застрахованные лица имеют право:

- через представительные органы работников и работодателей участвовать в совершенствовании системы обязательного пенсионного страхования в России;

- беспрепятственно получать от работодателя информацию о начислении страховых взносов и осуществлять контроль за их перечислением в ПФР;

- своевременно и полностью получать обязательное страховое обеспечение за счет средств ПФР;

- защищать свои права, в том числе в судебном порядке;

- уплачивать дополнительные страховые взносы на накопительную пенсию в соответствии с Законом о дополнительных страховых взносах.

Застрахованные лица обязаны:

- предъявлять страховщику содержащие достоверные сведения документы, являющиеся основанием для назначения и выплаты обязательного страхового обеспечения;
- сообщать страховщику о всех изменениях, влияющих на выплату обязательного страхового обеспечения;
- соблюдать установленные для назначения (перерасчета) и выплаты обязательного страхового обеспечения условия.

В случае невыполнения этих обязанностей и выплаты в связи с этим излишних сумм из бюджета ПФР застрахованные лица несут ответственность в размере причиненного ими ущерба в соответствии с законодательством РФ.

Важно

С 2014 г. понятие трудовой пенсии было заменено страховой пенсией. Это вызвано, прежде всего, учетом при расчете пенсии не трудового, а страхового стажа, т.е. стажа, в период которого за работника уплачивались пенсионные взносы.

Страховая пенсия — ежемесячная денежная выплата в целях компенсации застрахованным лицам заработной платы и иных выплат и вознаграждений, утраченных ими в связи с наступлением нетрудоспособности вследствие старости или инвалидности, а нетрудоспособным членам семьи застрахованных лиц заработной платы и иных выплат и вознаграждений кормильца, утраченных в связи со смертью этих застрахованных лиц, право на которую определяется в соответствии с условиями и нормами, установленными Законом о страховых пенсиях.

При этом наступление нетрудоспособности и утрата заработной платы и иных выплат и вознаграждений в таких случаях предполагаются и не требуют доказательств.

Право на страховую пенсию имеют граждане Российской Федерации, застрахованные в соответствии с Законом об обязательном пенсионном страховании, при соблюдении ими условий, предусмотренных Законом о страховых пенсиях.

В соответствии с Законом об обязательном пенсионном страховании обязательным страховым обеспечением по обязательному пенсионному страхованию являются:

- 1) страховая пенсия по старости;
- 2) страховая пенсия по инвалидности;
- 3) страховая пенсия по случаю потери кормильца;
- 4) фиксированная выплата к страховой пенсии;
- 5) накопительная пенсия;
- 6) единовременная выплата средств пенсионных накоплений;
- 7) срочная пенсионная выплата;
- 8) выплата средств пенсионных накоплений правопреемникам умершего застрахованного лица;

9) социальное пособие на погребение умерших пенсионеров, не подлежащих обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти.

Согласно Закону о страховых пенсиях устанавливаются следующие виды страховых пенсий:

- 1) страховая пенсия по старости;
- 2) страховая пенсия по инвалидности;
- 3) страховая пенсия по случаю потери кормильца.

Лицам, имеющим право на одновременное получение страховых пенсий различных видов, в соответствии с настоящим Федеральным законом устанавливается одна пенсия по их выбору.

Право на **страховую пенсию по старости** имеют мужчины, достигшие возраста 60 лет, и женщины, достигшие возраста 55 лет. Страховая пенсия по старости назначается при наличии не менее 15 лет страхового стажа (в 2015 г. – 6 лет) и при наличии величины индивидуального пенсионного коэффициента в размере не менее 30 (в 2015 г. – не ниже 6,6 с последующим ежегодным увеличением на 2,4 до достижения величины индивидуального пенсионного коэффициента 30).

В соответствии со ст. 11 Закона о страховых пенсиях в страховой стаж включаются периоды работы и (или) иной деятельности, которые выполнялись на территории РФ при условии, что за эти периоды начислялись и уплачивались страховые взносы в ПФР. Периоды работы и иной деятельности за пределами РФ включаются в страховой стаж в случаях, предусмотренных российским законодательством или международными договорами РФ, либо в случае уплаты страховых взносов в ПФР.

С учетом ст. 15 и 16 Закона о страховых пенсиях формула для расчета страховой пенсии по старости ($СП_{\text{стар}}$) имеет вид

$$СП_{\text{стар}} = (ФВ \cdot КПВ_1) + (ИПК \cdot КПВ_2) \cdot СПК, \quad (3.1)$$

где ФВ – фиксированная выплата (без учета индексации ФВ = 3935 руб., по достижении 80 лет – удваивается, для лиц, работавших в тяжелых условиях – увеличивается); $КПВ_1$ и $КПВ_2$ – премиальные коэффициенты за выход на пенсию позже общеустановленного возраста (разные для ФВ и СП). Если, например, выходить на пенсию позже на 10 лет, то $КПВ_1 = 2,11$, $КПВ_2 = 2,32$; ИПК – индивидуальный пенсионный коэффициент, равный сумме всех годовых пенсионных коэффициентов гражданина (в 2015 г. максимум 7,39, с 2021 г. – 10); СПК – стоимость одного пенсионного коэффициента в году назначения пенсии, устанавливается отдельным федеральным законом с учетом экономического положения (в 2015 г. – 71,41 руб.).

В **страховой стаж** включаются периоды работы и (или) иной деятельности, которые выполнялись на территории России застрахованными лицами при условии, что за эти периоды начислялись и уплачивались страховые взносы в ПФР.

В страховой стаж также засчитываются:

- 1) период прохождения военной и приравненной к ней службы по Закону о пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу;

2) период получения пособия по обязательному социальному страхованию в период временной нетрудоспособности;

3) период ухода одного из родителей за каждым ребенком до достижения им возраста полутора лет, но не более шести лет в общей сложности;

4) период получения пособия по безработице, период участия в оплачиваемых общественных работах и период переезда или переселения по направлению государственной службы занятости в другую местность для трудоустройства;

5) период содержания под стражей лиц, необоснованно привлеченных к уголовной ответственности, необоснованно репрессированных и впоследствии реабилитированных, и период отбывания наказания этими лицами в местах лишения свободы и ссылке;

6) период ухода, осуществляемого трудоспособным лицом за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом или за лицом, достигшим возраста 80 лет;

7) период проживания супругов военнослужащих, проходящих военную службу по контракту, вместе с супругами в местностях, где они не могли трудиться в связи с отсутствием возможности трудоустройства, но не более пяти лет в общей сложности;

8) период проживания за границей супругов работников, направленных в дипломатические представительства, консульские и другие учреждения РФ, перечень которых утверждается Правительством РФ, но не более пяти лет в общей сложности;

9) период, засчитываемый в страховой стаж в соответствии с Федеральным законом от 12.08.1995 № 144-ФЗ «Об оперативно-розыскной деятельности».

Эти периоды засчитываются в страховой стаж в том случае, если им предшествовали и (или) за ними следовали периоды работы и (или) иной деятельности (независимо от их продолжительности), в которые за застрахованных лиц уплачивались страховые взносы.

Согласно ст. 9 Закона о страховых пенсиях право на **страховую пенсию по инвалидности** имеют граждане из числа застрахованных лиц, признанные инвалидами I, II или III группы. Признание гражданина инвалидом и установление группы инвалидности производятся федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Страховая пенсия по инвалидности устанавливается независимо от причины инвалидности, продолжительности страхового стажа застрахованного лица, продолжения инвалидом трудовой и (или) иной деятельности, а также от того, наступила ли инвалидность в период работы, до поступления на работу или после прекращения работы.

В случае полного отсутствия у инвалида страхового стажа устанавливается социальная пенсия по инвалидности в соответствии с Законом о государственном пенсионном обеспечении.

Размер страховой пенсии по инвалидности (СП_{инв}) определяется по формуле

$$СП_{инв} = ФВ + ИПК \cdot СПК, \quad (3.2)$$

где ФВ — фиксированная выплата (см. табл. 3.2); ИПК — индивидуальный пенсионный коэффициент; СПК — стоимость одного пенсионного коэффициента по состоянию на день, с которого назначается страховая пенсия по инвалидности.

Размер суммы отказа от соцпакета составляет 881,63 руб., входит в фиксированную выплату, но не индексируется¹.

Таблица 3.2

Значения фиксированной выплаты к страховой пенсии с 1 февраля 2015 г.²

Категория получателей пенсии	Фиксированная базовая выплата к страховой пенсии по старости, руб. в месяц
Обычные застрахованные без иждивенцев (базовый размер)	4383,59
Граждане, достигшие 80-летнего возраста (не имеющие иждивенцев), инвалиды I группы (не имеющие иждивенцев)	8767,18
Граждане, на иждивении которых, находятся нетрудоспособные члены семьи (кроме лиц, достигших 80 лет или являющихся инвалидами I группы)	С одним иждивенцем — 5844,79; с двумя иждивенцами — 7305,98; с тремя иждивенцами — 8767,18
Граждане, достигшие возраста 80 лет или являющиеся инвалидами I группы, на иждивении которых находятся нетрудоспособные члены семьи	С одним иждивенцем — 10228,38; с двумя иждивенцами — 11689,58; с тремя иждивенцами — 13150,77
Граждане, проживающие в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях	Фиксированный базовый размер страховой части трудовой пенсии по старости увеличивается на соответствующий районный коэффициент
Граждане, не имеющие иждивенцев, проработавшие не менее 15 лет в районах Крайнего Севера и имеющие страховой стаж не менее 25 лет у мужчин или не менее 20 лет у женщин (кроме лиц, достигших 80-летнего возраста или являющихся инвалидами I группы)	6575,39 (независимо от места жительства)

¹ Пенсия по инвалидности в 2015 [эл. ресурс] // Интернет-портал «Правоведус». URL: <http://pravovedus.ru/practical-law/medical/pensiya-po-invalidnosti-v-2015> (дата обращения: 01.06.2016).

² Страховая пенсия по старости: документы, оформление, выплаты, условия [эл. ресурс] // Официальный сайт для людей с ограниченными возможностями здоровья «Дверь в мир». URL: <http://doorinworld.ru/stati/strakhovaya-pensiya-po-starosti-dokumenty-obformlenie-vyplaty-usloviya> (дата обращения: 01.06.2016).

Продолжение табл. 3.2

Категория получателей пенсии	Фиксированная базовая выплата к страховой пенсии по старости, руб. в месяц
Граждане, не имеющие иждивенцев, проработавшие не менее 15 лет в районах Крайнего Севера и имеющие страховой стаж для мужчин не менее 25, а для женщин не менее 20 лет, достигшие возраста 80 лет или являющиеся инвалидами I группы	13 150,77 (независимо от места жительства)
Граждане, проработавшие не менее 15 лет в районах Крайнего Севера и имеющие страховой стаж не менее 25 лет у мужчин или не менее 20 лет у женщин, на иждивении которых, находятся нетрудоспособные члены семьи (кроме лиц, достигших 80-летнего возраста или являющихся инвалидами I группы)	С одним иждивенцем – 8767,19; с двумя иждивенцами – 10958,99; с тремя иждивенцами – 13 150,79 (независимо от места жительства)
Граждане, проработавшие не менее 15 лет в районах Крайнего Севера и имеющие страховой стаж для мужчин не менее 25, а для женщин не менее 20 лет, достигшие возраста 80 лет или являющиеся инвалидами I группы, на иждивении которых, находятся нетрудоспособные члены семьи	С одним иждивенцем – 15342,57; с двумя иждивенцами – 17534,37; с тремя иждивенцами – 19726,17 (независимо от места жительства)
Граждане, не имеющие иждивенцев, проработавшие не менее 20 лет в местностях, приравненных к районам Крайнего Севера, имеющие страховой стаж не менее 25 лет у мужчин или не менее 20 лет у женщин (кроме лиц, достигших 80-летнего возраста или являющихся инвалидами I группы)	56968,67 (независимо от места жительства)
Граждане, не имеющие иждивенцев, проработавшие не менее 20 лет в местностях, приравненных к районам Крайнего Севера, имеющие страховой стаж не менее 25 лет у мужчин или не менее 20 лет у женщин, достигшие возраста 80 лет или являющиеся инвалидами I группы	11 397,34 (независимо от места жительства)
Граждане, проработавшие не менее 20 лет в местностях, приравненных к районам Крайнего Севера, имеющие страховой стаж не менее 25 лет у мужчин или не менее 20 лет у женщин, на иждивении которых, находятся нетрудоспособные члены семьи (кроме лиц, достигших 80-летнего возраста или являющихся инвалидами I группы)	С одним иждивенцем – 7598,23 с двумя иждивенцами – 9497,79; с тремя иждивенцами – 11 397,35 (независимо от места жительства)

Категория получателей пенсии	Фиксированная базовая выплата к страховой пенсии по старости, руб. в месяц
Граждане, проработавшие не менее 20 лет в местностях, приравненных к районам Крайнего Севера, со страховым стажем не менее 25 лет у мужчин и не менее 20 лет у женщин, достигшие возраста 80 лет или являющиеся инвалидами I группы, на иждивении которых находятся нетрудоспособные члены семьи	С одним иждивенцем — 13 290,90; с двумя иждивенцами — 15 196,46; с тремя иждивенцами — 17 096,02 (независимо от места жительства)

Право на **страховую пенсию по случаю потери кормильца** имеют нетрудоспособные члены семьи умершего кормильца, состоявшие на его иждивении (за исключением лиц, совершивших уголовно наказуемое деяние, повлекшее за собой смерть кормильца и установленное в судебном порядке). Одному из родителей, супругу или другим членам семьи, указанная пенсия назначается независимо от того, состояли они или нет на иждивении умершего кормильца. Семья безвестно отсутствующего кормильца приравнивается к семье умершего кормильца, если безвестное отсутствие кормильца удостоверено в порядке, установленном законодательством РФ.

Нетрудоспособными членами семьи умершего кормильца признаются:

1) **дети, братья, сестры и внуки умершего кормильца, не достигшие возраста 18 лет**, а также дети, братья, сестры и внуки умершего кормильца, обучающиеся по очной форме по основным образовательным программам в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в том числе в иностранных организациях, расположенных за пределами территории Российской Федерации, если направление на обучение произведено в соответствии с международными договорами РФ, до окончания ими такого обучения, но не дольше чем до достижения ими возраста 23 лет или дети, братья, сестры и внуки умершего кормильца старше этого возраста, если они до достижения возраста 18 лет стали инвалидами. При этом братья, сестры и внуки умершего кормильца признаются нетрудоспособными членами семьи при условии, что они не имеют трудоспособных родителей;

2) один из родителей или супруг либо дедушка, бабушка умершего кормильца независимо от возраста и трудоспособности, а также брат, сестра либо ребенок умершего кормильца, достигшие возраста 18 лет, если они заняты уходом за детьми, братьями, сестрами или внуками умершего кормильца, не достигшими 14 лет и имеющими право на трудовую пенсию по случаю потери кормильца в соответствии с п. 1 перечня, и не работают;

3) родители и супруг умершего кормильца, если они достигли возраста 60 и 55 лет (соответственно мужчины и женщины) либо являются инвалидами;

4) дедушка и бабушка умершего кормильца, если они достигли возраста 60 и 55 лет (соответственно мужчины и женщины) либо являются инвалидами, при отсутствии лиц, которые в соответствии с законодательством РФ обязаны их содержать.

Члены семьи умершего кормильца признаются состоявшими на его иждивении, если они находились на его полном содержании или получали от него помощь, которая была для них постоянным и основным источником средств к существованию.

Важно!

Иждивение детей умерших родителей предполагается и не требует доказательств, за исключением указанных детей, объявленных в соответствии с законодательством РФ полностью дееспособными или достигших возраста 18 лет.

Нетрудоспособные родители и супруг умершего кормильца, не состоявшие на его иждивении, имеют право на трудовую пенсию по случаю потери кормильца, если они независимо от времени, прошедшего после его смерти, утратили источник средств к существованию.

Члены семьи умершего кормильца, для которых его помощь была постоянным и основным источником средств к существованию, но которые сами получали какую-либо пенсию, имеют право перейти на трудовую пенсию по случаю потери кормильца.

Трудовая пенсия по случаю потери кормильца-супруга сохраняется при вступлении в новый брак.

Усыновители имеют право на трудовую пенсию по случаю потери кормильца наравне с родителями, а усыновленные дети – наравне с родными детьми. Несовершеннолетние дети, имеющие право на трудовую пенсию по случаю потери кормильца, сохраняют это право при их усыновлении.

Отчим и мачеха имеют право на трудовую пенсию по случаю потери кормильца наравне с отцом и матерью при условии, что они воспитывали и содержали умершего пасынка или падчерицу не менее пяти лет. Пасынок и падчерица имеют право на трудовую пенсию по случаю потери кормильца наравне с родными детьми, если они находились на воспитании и содержании умершего отчима или мачехи, которые подтверждаются в порядке, определяемом Правительством РФ.

Страховая пенсия по случаю потери кормильца устанавливается независимо от продолжительности страхового стажа кормильца, а также от причины и времени наступления его смерти, за исключением случаев полного отсутствия у умершего застрахованного лица страхового стажа, а также совершения лицом, претендующим на получение пенсии по случаю потери кормильца, умышленного уголовно наказуемого деяния, повлекшего за собой смерть кормильца и установленного в судебном порядке. В этих случаях устанавливается социальная пенсия по случаю потери кормильца в соответствии с Законом о государственном пенсионном обеспечении.

Размер страховой пенсии по случаю потери кормильца (СП_{спк}) каждому нетрудоспособному члену семьи умершего кормильца определяется по формуле

$$СП_{\text{спк}} = \Phi В + (\text{ИПК}_y \cdot \text{СПК}), \quad (3.3)$$

где $\Phi В$ – фиксированная выплата (см. табл. 3.2); ИПК_y – индивидуальный пенсионный коэффициент умершего кормильца; СПК – стоимость

одного пенсионного коэффициента по состоянию на день, с которого назначается страховая пенсия по случаю потери кормильца.

При назначении страховой пенсии по случаю потери кормильца каждому ребенку, указанному выше в п. 1 перечня, потерявшему обоих родителей, индивидуальный пенсионный коэффициент определяется путем суммирования индивидуальных пенсионных коэффициентов обоих родителей.

При назначении страховой пенсии по случаю потери кормильца каждому ребенку, указанному в п. 1 перечня, умершей одинокой матери индивидуальный пенсионный коэффициент увеличивается в два раза.

Если страховая пенсия по случаю потери кормильца устанавливается в связи со смертью лица, которому на день смерти была установлена страховая пенсия по старости или страховая пенсия по инвалидности, размер страховой пенсии по случаю потери кормильца ($СП_{\text{спк}}$) каждому нетрудоспособному члену семьи по его выбору определяется либо по формуле (3.3), либо по формуле

$$СП_{\text{спк}} = ФВ + \left(\frac{ИПК_y}{КН} \cdot СПК \right), \quad (3.4)$$

где $ИПК_y$ — индивидуальный пенсионный коэффициент умершего кормильца, с учетом которого исчислен размер страховой пенсии по старости или страховой пенсии по инвалидности по состоянию на день смерти кормильца; $КН$ — количество нетрудоспособных членов семьи умершего кормильца по состоянию на день, с которого назначается страховая пенсия по случаю потери кормильца соответствующему нетрудоспособному члену семьи; $СПК$ — стоимость одного пенсионного коэффициента по состоянию на день, с которого назначается страховая пенсия по случаю потери кормильца.

Новый размер страховой пенсии по случаю потери кормильца ($СП_{\text{спк}2}$) каждому ребенку, указанному в п. 1 перечня, которому установлена страховая пенсия по случаю потери кормильца за одного родителя, в случае смерти другого родителя определяется по формуле

$$СП_{\text{спк}2} = СПК_{\text{спк}1} + (ИПК_{y2} \cdot СПК_2), \quad (3.5)$$

где $СПК_{\text{спк}1}$ — размер страховой пенсии по случаю потери кормильца за одного родителя, установленный по состоянию на день, с которого страховая пенсия по случаю потери кормильца назначается, как ребенку, потерявшему обоих родителей; $ИПК_{y2}$ — индивидуальный пенсионный коэффициент умершего кормильца (другого родителя) по состоянию на день его смерти; $СПК_2$ — стоимость одного пенсионного коэффициента по состоянию на день, с которого страховая пенсия по случаю потери кормильца назначается, как ребенку, потерявшему обоих родителей.

Размер страховой пенсии по случаю потери кормильца каждому ребенку, указанному в п. 1 перечня, которому установлена страховая пенсия по случаю потери кормильца за одного родителя, в случае смерти другого родителя, которому на день смерти была установлена страховая пенсия по ста-

рости или страховая пенсия по инвалидности, по его выбору определяется либо по формуле (3.5), либо по формуле

$$СП_{\text{смк2}} = СПК_{\text{смк1}} + \left(\frac{ИПК_{y3}}{КН} \cdot СПК \right), \quad (3.6)$$

где $ИПК_{y3}$ — индивидуальный пенсионный коэффициент умершего кормильца (другого родителя), с учетом которого исчислен размер страховой пенсии по старости либо страховой пенсии по инвалидности, по состоянию на день его смерти;

Для лиц, которым по состоянию на 31 декабря 2014 г. установлена трудовая пенсия по любым основаниям в соответствии с Законом о трудовых пенсиях, величина ИПК индивидуального пенсионного коэффициента за периоды до 1 января 2015 г. определяется на основании документов выплатного дела исходя из размера установленной им трудовой пенсии (без учета доли страховой части трудовой пенсии по старости или по инвалидности, фиксированного базового размера страховой части трудовой пенсии и накопительной части трудовой пенсии), деленного на стоимость одного пенсионного коэффициента по состоянию на 1 января 2015 г.

В размере фиксированной выплаты учитывается районный коэффициент местности, где зарегистрирован пенсионер.

Размер фиксированной выплаты к страховой пенсии подлежит ежегодной индексации с 1 февраля на индекс роста потребительских цен за прошедший год. Ежегодно с 1 апреля Правительство РФ вправе принять решение о дополнительном увеличении размера фиксированной выплаты с учетом роста доходов ПФР. Коэффициент дополнительного увеличения размера фиксированной выплаты к страховой пенсии определяется Правительством.

Накопительная пенсия

Согласно ст. 3 Федерального закона от 28.12.2013 № 424-ФЗ «О накопительной пенсии» **накопительная пенсия** — ежемесячная денежная выплата в целях компенсации застрахованным лицам заработной платы и иных выплат и вознаграждений, утраченных ими в связи с наступлением нетрудоспособности вследствие старости, исчисленная исходя из суммы средств пенсионных накоплений, учтенных в специальной части индивидуального лицевого счета застрахованного лица или на пенсионном счете накопительной пенсии застрахованного лица, по состоянию на день назначения накопительной пенсии.

Право на накопительную пенсию имеют граждане РФ 1967 г. рождения и моложе, застрахованные в соответствии с Законом об обязательном пенсионном страховании, при наличии средств пенсионных накоплений, учтенных в специальной части индивидуального лицевого счета застрахованного лица или на пенсионном счете накопительной пенсии застрахо-

ванного лица, при соблюдении ими условий, предусмотренных Законом о накопительной пенсии.

Иностранцы граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие в Российской Федерации, при соблюдении ими условий, предусмотренных настоящим Федеральным законом, имеют право на накопительную пенсию наравне с гражданами Российской Федерации, за исключением случаев, установленных федеральным законом или международным договором Российской Федерации.

Порядок финансового обеспечения выплаты накопительной пенсии определяется законом об обязательном пенсионном страховании и Законом о порядке финансирования выплат за счет средств пенсионных накоплений.

Гарантии сохранности средств пенсионных накоплений определяются Законом о гарантировании прав застрахованных лиц в системе обязательного пенсионного страхования.

Согласно ст. 2 Закона о порядке финансирования выплат за счет средств пенсионных накоплений за счет средств пенсионных накоплений, сформированных в пользу застрахованного лица, осуществляются следующие виды выплат:

- 1) единовременная выплата средств пенсионных накоплений (далее — единовременная выплата);
- 2) срочная пенсионная выплата;
- 3) накопительная пенсия по старости;
- 4) выплата средств пенсионных накоплений правопреемникам умершего застрахованного лица.

Единовременная выплата осуществляется следующим категориям застрахованных лиц:

1) лицам, получающим трудовую пенсию по инвалидности или трудовую пенсию по случаю потери кормильца либо получающим пенсию по государственному пенсионному обеспечению, которые не приобрели право на установление трудовой пенсии по старости в связи с отсутствием необходимого страхового стажа, — по достижении возраста 65 лет у мужчин и 60 лет у женщин;

2) лицам, размер накопительной части трудовой пенсии по старости которых в случае ее назначения составил бы 5% и менее по отношению к размеру страховой и накопительной пенсиям (в том числе досрочным).

Накопительная пенсия назначается застрахованным лицам, имеющим право на страховую пенсию по старости, в том числе досрочно, в соответствии с Законом о страховых пенсиях.

Размер накопительной пенсии (НП) определяется по формуле

$$НП = \frac{ПН}{Т}, \quad (3.7)$$

где ПН — сумма средств пенсионных накоплений застрахованного лица, учтенных в специальной части индивидуального лицевого счета или на пенсионном счете накопительной пенсии застрахованного лица, по состоянию на день, с которого ему назначается накопительная пенсия. В случае уста-

новления застрахованному лицу срочной пенсионной выплаты средства пенсионных накоплений, исходя из которых рассчитан размер этой выплаты, не учитываются в составе средств пенсионных накоплений, исходя из которых определяется размер накопительной пенсии этому застрахованному лицу; T — количество месяцев ожидаемого периода выплаты накопительной пенсии, применяемого для расчета размера накопительной пенсии (до 1 января 2016 г. — 228 мес., далее — по отдельному федеральному закону с учетом продолжительности средней жизни).

При назначении **срочной пенсионной выплаты** по заявлению застрахованного лица из пенсионных накоплений за счет дополнительных страховых взносов период времени T не может быть менее 120 месяцев.

При назначении накопительной пенсии позднее приобретения права на указанную пенсию ожидаемый период выплаты накопительной пенсии сокращается на 12 месяцев за каждый полный год, истекший со дня приобретения права на назначение указанной пенсии. При этом ожидаемый период выплаты накопительной пенсии, применяемый для расчета размера накопительной пенсии, не может составлять с 2015 г. менее 168 месяцев.

Размер накопительной пенсии с 1 августа каждого года подлежит корректировке исходя из суммы поступивших страховых взносов на финансирование накопительной пенсии, дополнительных страховых взносов на накопительную пенсию, взносов работодателя, взносов на софинансирование формирования пенсионных накоплений, а также результата от их инвестирования и средств (части средств) материнского (семейного) капитала, направленных на формирование накопительной пенсии, а также результата от их инвестирования, учтенных в специальной части индивидуального лицевого счета застрахованного лица или на пенсионном счете накопительной пенсии застрахованного лица, которые не были учтены при определении суммы средств пенсионных накоплений для исчисления размера накопительной пенсии при ее назначении или предыдущей корректировке.

Если смерть застрахованного лица наступила до назначения ему накопительной пенсии или до ее корректировки, средства пенсионных накоплений, за исключением средств материнского (семейного) капитала, направленных на формирование накопительной пенсии, а также результата от их инвестирования, выплачиваются правопреемникам умершего застрахованного лица в порядке, установленном законодательством РФ, в том числе с учетом ранее заявленных распоряжений застрахованного лица по распределению этих накоплений между правопреемниками. При отсутствии такого заявления в первую очередь — детям, в том числе усыновленным, супруге (супругу) и родителям (усыновителям), во вторую очередь (при отсутствии родственников первой очереди) — братьям, сестрам, дедушкам, бабушкам и внукам.

В 2014–2015 гг. выплата накопительной пенсии была заморожена.

Согласно ст. 32 Закона об обязательном пенсионном страховании застрахованное лицо вправе отказаться от получения накопительной пенсии из ПФР и передать свои накопления в негосударственный пенсионный фонд начиная с 1 января 2004 г.

В 2014–2015 гг. все граждане, имеющие права на накопительную часть пенсии, должны были определиться с ее сохранением и оплатой страховыми взносами (6% фонда оплаты труда по всем основаниям) и переводом в негосударственные пенсионные фонды либо управляющие компании или, в том числе по умолчанию, отказаться от накопительной пенсии и всю сумму страховых взносов направить на перечисление в ПФР на страховую пенсию. По данным НАФИ на 22 октября 2015 г. более 30% застрахованных еще не определились с выбором, поэтому в 2015 г. планировалось продлить срок выбора пенсионной схемы.

Досрочные пенсии

Исторически право на досрочную пенсию предоставлялось отдельным категориям работников в целях компенсации за тяжелые, опасные и вредные условия труда (восстановление затопленных в годы Великой Отечественной войны шахт, разрушенных заводов), впоследствии было закреплено правительством в виде списков и соответствовало особенностям организации труда в СССР:

1) стабильность условий труда, включая технологию и условия опасности и вредности;

2) стабильность названия и содержания профессии;

3) стабильность занятости работника на одном рабочем месте.

В соответствии со ст. 30 Закона о страховых пенсиях страховая пенсия по старости назначается ранее общеустановленного возраста при наличии величины индивидуального пенсионного коэффициента в размере не менее 30 следующим лицам:

1) мужчинам по достижении возраста 50 лет и женщинам по достижении возраста 45 лет, если они проработали соответственно не менее 10 лет и 7 лет 6 месяцев на подземных работах, на работах с вредными условиями труда и в горячих цехах и имеют страховой стаж соответственно не менее 20 и 15 лет. В случае если указанные лица проработали на перечисленных работах не менее половины установленного выше срока и имеют требуемую продолжительность страхового стажа, страховая пенсия им назначается с уменьшением возраста на один год за каждый полный год такой работы — мужчинам и женщинам;

2) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали на работах с тяжелыми условиями труда соответственно не менее 12 лет 6 месяцев и 10 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет. В случае если указанные лица проработали на перечисленных работах не менее половины установленного срока и имеют требуемую продолжительность страхового стажа, страховая пенсия им назначается с уменьшением возраста на один год за каждые 2 года и 6 месяцев такой работы мужчинам и за каждые 2 года такой работы женщинам;

3) женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали в качестве трактористов-машинистов в сельском хозяйстве, других отраслях экономики, а также в качестве машинистов строительных, дорожных и погрузочно-разгрузочных машин не менее 15 лет и имеют страховой стаж не менее 20 лет;

4) женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали не менее 20 лет в текстильной промышленности на работах с повышенной интенсивностью и тяжестью;

5) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали соответственно не менее 12,5 и 10 лет в качестве рабочих локомотивных бригад и работников отдельных категорий, непосредственно осуществляющих организацию перевозок и обеспечивающих безопасность движения на железнодорожном транспорте и метрополитене, а также в качестве водителей грузовых автомобилей непосредственно в технологическом процессе на шахтах, разрезах, в рудниках или рудных карьерах на вывозе угля, сланца, руды, породы и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

6) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали соответственно не менее 12,5 и 10 лет в экспедициях, партиях, отрядах, на участках и в бригадах непосредственно на полевых геолого-разведочных, поисковых, топографо-геодезических, геофизических, гидрографических, гидрологических, лесоустроительных и изыскательских работах и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

7) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали соответственно не менее 12,5 и 10 лет в качестве рабочих, мастеров (в том числе старших) непосредственно на лесозаготовках и лесосплаве, включая обслуживание механизмов и оборудования, и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

8) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали соответственно не менее 20 и 15 лет в качестве механизаторов (докеров-механизаторов) комплексных бригад на погрузочно-разгрузочных работах в портах и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

9) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали соответственно не менее 12,5 и 10 лет в плавсоставе на судах морского, речного флота и флота рыбной промышленности (за исключением портовых судов, постоянно работающих в акватории порта, служебно-вспомогательных и разъездных судов, судов пригородного и внутригородского сообщения) и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

10) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали в качестве водителей автобусов, троллейбусов, трамваев на регулярных городских пассажирских маршрутах соответственно не менее 20 и 15 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

11) лицам, непосредственно занятым полный рабочий день на подземных и открытых горных работах (включая личный состав горноспасательных частей) по добыче угля, сланца, руды и других полезных ископаемых и на строительстве шахт и рудников, независимо от возраста, если они работали на указанных работах не менее 25 лет, а работникам ведущих

профессий — горнорабочим очистного забоя, проходчикам, забойщикам на отбойных молотках, машинистам горных выемочных машин, если они проработали на таких работах не менее 20 лет;

12) мужчинам и женщинам, проработавшим соответственно не менее 25 и 20 лет на судах морского флота рыбной промышленности на работах по добыче, обработке рыбы и морепродуктов, приему готовой продукции на промысле (независимо от характера выполняемой работы), а также на отдельных видах судов морского, речного флота и флота рыбной промышленности;

13) мужчинам, проработавшим не менее 25 лет, и женщинам, проработавшим не менее 20 лет в летном составе гражданской авиации, а при оставлении летной работы по состоянию здоровья — мужчинам, проработавшим не менее 20 лет, и женщинам, проработавшим не менее 15 лет в указанном составе гражданской авиации;

14) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали на работах по непосредственному управлению полетами воздушных судов гражданской авиации соответственно не менее 12 лет 6 месяцев и 10 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

15) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали в инженерно-техническом составе на работах по непосредственному обслуживанию воздушных судов гражданской авиации соответственно не менее 20 и 15 лет и имеют страховой стаж в гражданской авиации соответственно не менее 25 и 20 лет;

16) лицам, проработавшим не менее 15 лет в качестве спасателей в профессиональных аварийно-спасательных службах, профессиональных аварийно-спасательных формированиях федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики, нормативно-правовому регулированию в области гражданской обороны, защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, и участвовавшим в ликвидации чрезвычайных ситуаций, по достижении возраста 40 лет либо независимо от возраста;

17) мужчинам по достижении возраста 55 лет и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они были заняты на работах с осужденными в качестве рабочих и служащих учреждений, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, соответственно не менее 15 и 10 лет и имеют страховой стаж соответственно не менее 25 и 20 лет;

18) мужчинам и женщинам по достижении возраста 50 лет, если они проработали не менее 25 лет на должностях Государственной противопожарной службы (пожарной охраны, противопожарных и аварийно-спасательных служб) федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по выработке и реализации государственной политики, нормативно-правовому регулированию в области гражданской обороны, защиты населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

19) лицам, не менее 25 лет осуществлявшим педагогическую деятельность в учреждениях для детей, независимо от их возраста;

20) лицам, осуществлявшим лечебную и иную деятельность по охране здоровья населения в учреждениях здравоохранения не менее 25 лет в сельской местности и поселках городского типа и не менее 30 лет в городах, сельской местности и поселках городского типа либо только в городах, независимо от их возраста;

21) лицам, осуществлявшим творческую деятельность на сцене в театрах или театрально-зрелищных организациях (в зависимости от характера такой деятельности) не менее 15–30 лет и достигшим возраста 50–55 лет либо независимо от возраста.

Списки соответствующих работ, производств, профессий, должностей, специальностей и учреждений (организаций), с учетом которых досрочно назначается страховая пенсия по старости, правила исчисления периодов работы (деятельности) и назначения указанной пенсии при необходимости утверждаются Правительством РФ.

Периоды работы (деятельности), имевшие место до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, засчитываются в стаж на соответствующих видах работ, дающий право на досрочное назначение страховой пенсии по старости, при условии признания указанных периодов в соответствии с законодательством, действовавшим в период выполнения данной работы (деятельности), дающий право на досрочное назначение пенсии.

Периоды работы (деятельности), имевшие место до дня вступления в силу настоящего Федерального закона, могут исчисляться с применением правил исчисления, предусмотренных законодательством, действовавшим при назначении пенсии в период выполнения данной работы (деятельности).

Добровольное вступление в правоотношения по обязательному пенсионному страхованию

Добровольно вступить в такие правоотношения путем подачи заявления в ПФР вправе:

1) граждане Российской Федерации, работающие за пределами ее территории, в целях уплаты страховых взносов в ПФР за себя;

2) физические лица в целях уплаты страховых взносов за другое физическое лицо, за которое не осуществляется уплата обязательных страховых взносов;

3) застрахованные лица, осуществляющие в качестве страхователей уплату страховых взносов в фиксированном размере, в части, превышающей этот размер, но в общей сложности не более размера, определяемого как произведение восьмикратного минимального размера оплаты труда (МРОТ) и тарифа страховых взносов в ПФР, установленного п. 1 ч. 2 ст. 12 Закона о страховых взносах, увеличенное в 12 раз;

4) физические лица в целях уплаты дополнительных страховых взносов на накопительную пенсию в соответствии с Законом о дополнительных страховых взносах;

5) физические лица в целях уплаты страховых взносов в ПФР за себя, постоянно или временно проживающие на территории России и на которых не распространяется обязательное пенсионное страхование.

Лица, имеющие право на добровольное вступление в правоотношения по обязательному пенсионному страхованию по нескольким основаниям, вправе добровольно вступить в правоотношения по обязательному пенсионному страхованию по каждому из оснований.

3.2.3. Негосударственное пенсионное страхование

Пенсионное страхование является одной из разновидностей накопительного страхования жизни, весьма распространенного за рубежом — более половины мировой страховой премии (в 2014 г. примерно 2,3 трлн долл.) приходится на различные виды страхования жизни.

Работодатели вправе отнести расходы на негосударственное пенсионное страхование своих работников к расходам по оплате труда, если они не превышают 12% ФОТ, и договор заключен на срок не менее 5 лет (ст. 255 НК РФ).

Зарубежный опыт

В Западной Европе, США и Японии около 90% населения имеют полисы накопительного страхования жизни. В развитых странах добровольные пенсии составляют от 50 до 75% суммарных пенсий по старости¹.

Негосударственное пенсионное страхование в России еще не достигло такого уровня, но выполняет важную роль дополнения государственных пенсий и осуществляется НПФ и коммерческими страховщиками.

В 2015 г. нормативные требования к системе негосударственного пенсионного страхования значительно изменились.

Субъектами отношений по негосударственному пенсионному обеспечению, обязательному пенсионному страхованию являются НПФ, ПФР, специализированные депозитарии, управляющие компании, вкладчики, участники, застрахованные лица и страхователи.

Участниками отношений по негосударственному пенсионному обеспечению и обязательному пенсионному страхованию являются брокеры, кредитные организации, а также другие организации, вовлеченные в процесс размещения средств пенсионных резервов и инвестирования средств пенсионных накоплений.

НПФ — организация, исключительной деятельностью которой является негосударственное пенсионное обеспечение, в том числе досрочное негосударственное пенсионное обеспечение, и обязательное пенсионное страхование. Такая деятельность осуществляется фондом на основании лицензии на осуществление деятельности по пенсионному обеспечению и пенсионному страхованию. НПФ вправе осуществлять деятельность по негосударственному пенсионному обеспечению со дня, следующего за днем приня-

¹ Как работают негосударственные пенсионные фонды (НПФ) [эл. ресурс]. URL: http://www.ypensioner.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=1611:2011-07-09-21-07-04&catid=126:2009-11-04-21-53-13&Itemid=175 (дата обращения: 07.02.2014).

тия решения о предоставлении лицензии, а деятельность по обязательному пенсионному страхованию со дня, следующего за днем внесения фонда в реестр негосударственных пенсионных фондов — участников системы гарантирования прав застрахованных лиц.

НПФ может создаваться только в организационно-правовой форме акционерного общества. Минимальный размер уставного капитала НПФ должен составлять не менее 120 млн руб., а с 1 января 2020 г. — не менее 150 млн руб. Деятельность НПФ подлежит лицензированию Банком России.

НПФ обязаны ежегодно по итогам финансового года проводить внешний аудит.

Лицо, осуществляющее (в том числе временно) функции единоличного исполнительного органа (директора) НПФ, главного бухгалтера, члена совета директоров (наблюдательного совета), члена коллегиального исполнительного органа, контролера (руководителя службы внутреннего контроля) НПФ, должно соответствовать требованиям к деловой репутации. Под несоответствием лица требованиям к деловой репутации понимается:

1) наличие неснятой или непогашенной судимости за совершение умышленных преступлений;

2) признание судом лица виновным в банкротстве юридического лица, если судебный акт о таком признании был принят судом в течение пяти лет, предшествовавших дате избрания (назначения) лица на указанную должность или дате подачи в Банк России заявления о согласовании кандидатуры;

3) осуществление лицом аналогичных функций в финансовой организации в момент совершения этой организацией нарушения, за которое у нее была отозвана (аннулирована) лицензия на осуществление соответствующего вида деятельности, если с даты принятия указанного решения прошло менее трех лет;

4) осуществление лицом аналогичных функций в финансовой организации, которая была признана арбитражным судом несостоятельной (банкротом), если с даты принятия указанного решения прошло менее трех лет и др.

В отличие от коммерческих страховщиков НПФ могут участвовать и в формировании накопительной части трудовой пенсии по обязательному пенсионному страхованию, что предусмотрено ст. 32 Закона об обязательном пенсионном страховании, предоставляющей, как отмечалось ранее, право застрахованному лицу отказаться от получения накопительной части трудовой пенсии из ПФР и передать свои накопления, учтенные в специальной части индивидуального лицевого счета, в выбранный им НПФ. Это обстоятельство представляет преимущество НПФ за счет возможности формирования накопительной пенсии из обязательных и добровольных страховых взносов.

Условия передачи накоплений в НПФ и условия перечисления дополнительных пенсионных взносов страхователя и застрахованного лица в накопительную часть пенсии определяются Законом о дополнительных страховых взносах.

Страховые взносы работодателя в пользу работника по договорам негосударственного пенсионного обеспечения с НПФ, не облагаются НДФЛ, но аналогичные взносы по договорам добровольного пенсионного страхования со страховщиками — облагаются НДФЛ. Также облагаются НДФЛ сами пенсии по договорам с НПФ за счет работодателя или иных лиц, за исключением пенсий, по которым взносы работодателя облагались НДФЛ до 2005 г. (ст. 213.1 НК РФ).

Этими преимуществами можно частично объяснить значительно больший объем премий по пенсионному страхованию в НПФ по сравнению с объемом аналогичных страховых премий у коммерческих страховщиков (см. табл. 3.1).

Деятельность НПФ по негосударственному пенсионному обеспечению участников фонда осуществляется на добровольных началах и включает в себя аккумулирование пенсионных взносов, размещение и организацию размещения пенсионных резервов, учет пенсионных обязательств фонда, назначение и выплату негосударственных пенсий участникам фонда. Деятельность фонда по досрочному негосударственному пенсионному обеспечению осуществляется с учетом требований и особенностей, установленных Законом о негосударственных пенсионных фондах.

Деятельность НПФ в качестве страховщика по обязательному пенсионному страхованию включает в себя аккумулирование средств пенсионных накоплений, организацию инвестирования средств пенсионных накоплений, учет средств пенсионных накоплений застрахованных лиц, назначение и выплату накопительной части трудовой пенсии застрахованным лицам, осуществление срочных пенсионных выплат и единовременных пенсионных выплат застрахованным лицам, осуществление выплат правопреемникам застрахованных лиц.

Фонды осуществляют деятельность по негосударственному пенсионному обеспечению и по обязательному пенсионному страхованию независимо.

Застрахованные лица вправе выбрать инвестиционный портфель (управляющую компанию) либо перевести средства пенсионных накоплений в НПФ в порядке, определенном Законами о дополнительных страховых взносах, о негосударственных пенсионных фондах.

Управляющая компания — акционерное общество, общество с ограниченной (дополнительной) ответственностью, созданные в соответствии с законодательством РФ и имеющие лицензию на осуществление деятельности по управлению инвестиционными фондами, паевыми инвестиционными фондами и негосударственными пенсионными фондами.

Согласно ст. 12 Закона об инвестировании средств управляющая компания обязана:

- 1) инвестировать средства пенсионных накоплений исключительно в интересах застрахованных лиц;
- 2) нести установленную указанным законом, договором доверительного управления средствами пенсионных накоплений, а также договором

доверительного управления средствами выплатного резерва и договором доверительного управления средствами пенсионных накоплений застрахованных лиц, которым установлена срочная пенсионная выплата, ответственность за соответствие инвестирования пенсионных накоплений, средств выплатного резерва и средств пенсионных накоплений застрахованных лиц, которым установлена срочная пенсионная выплата, требованиям указанного закона и Закона о порядке финансирования выплат за счет средств пенсионных накоплений;

3) осуществлять инвестирование средств пенсионных накоплений разумно и добросовестно, исходя из необходимости обеспечения принципов надежности, ликвидности, доходности и диверсификации;

4) заключить договор со специализированным депозитарием и осуществлять под его контролем операции со средствами пенсионных накоплений, переданными в управление ПФР. Договор со специализированным депозитарием заключается отдельно в отношении каждого инвестиционного портфеля, сформированного за счет средств пенсионных накоплений;

5) совершать сделки за счет средств пенсионных накоплений, используя услуги брокеров, отвечающих требованиям, установленным настоящим Федеральным законом и нормативными актами Банка России, расторгать договоры и принимать меры по истребованию денежных средств в случаях, если брокеры перестали удовлетворять указанным требованиям;

6) размещать денежные средства в кредитных организациях, отвечающих требованиям, установленным указанным законом, расторгать договоры, закрывать счета и принимать меры к истребованию денежных средств в случаях, если кредитные организации перестали удовлетворять указанным требованиям;

7) рассчитывать регулярно текущую рыночную стоимость и стоимость чистых активов по каждому из инвестиционных портфелей, находящихся в доверительном управлении, в соответствии с нормативными актами Банка России;

8) продавать ценные бумаги, находящиеся в управлении, как правило, по цене не ниже рыночной, а также покупать ценные бумаги, как правило, по цене не выше рыночной. Под рыночной ценой понимается цена, определенная в соответствии с правилами торговли данным фондовым инструментом. Отчет о сделках, проведенных с отклонением от рыночных цен, представляется в Банком России по установленной им форме;

9) страховать риск своей ответственности, которая может наступить вследствие нарушения договора доверительного управления средствами пенсионных накоплений, договора доверительного управления средствами выплатного резерва, договора доверительного управления средствами пенсионных накоплений застрахованных лиц, которым установлена срочная пенсионная выплата, в порядке и на условиях, которые предусмотрены ст. 25 Закона об инвестировании средств;

10) поддерживать достаточность собственных средств (капитала) по отношению к общей сумме активов, находящихся в управлении, в порядке, установленном Банком России;

11) принять и неукоснительно соблюдать кодекс профессиональной этики, соответствующий требованиям, установленным настоящим Федеральным законом;

12) обособить каждый инвестиционный портфель, сформированный за счет средств пенсионных накоплений, от других инвестиционных портфелей, иного имущества, находящегося у управляющей компании в доверительном управлении или по другим законным основаниям, а также от собственного имущества управляющей компании.

Для выбора управляющей компании или перевода пенсионных накоплений гражданин подает заявление установленной формы (допускается электронная форма через единый портал государственных и муниципальных услуг) в территориальное отделение ПФР и заключает с выбранным НПФ договор об обязательном пенсионном страховании.

Сумма дополнительных страховых взносов на накопительную пенсию, уплачиваемых застрахованным лицом, а также сумма взносов работодателя, уплачиваемых в пользу застрахованного лица, ранее реализовавшего право на выбор инвестиционного портфеля (управляющей компании) либо на перевод средств пенсионных накоплений в НПФ после их учета в специальной части индивидуального лицевого счета застрахованного лица передаются управляющей компании либо НПФ в соответствии с ранее сделанным выбором застрахованного лица. Гражданин вправе в порядке и сроки, которые установлены Законами о дополнительных страховых взносах и о негосударственных пенсионных фондах, подать заявление о выборе иного инвестиционного портфеля (иной управляющей компании) либо заявление о переводе средств пенсионных накоплений в иной НПФ.

Пенсионные правила НПФ, определяющие порядок и условия исполнения фондом обязательств по пенсионным договорам, должны содержать следующие основные положения:

- перечень видов пенсионных схем, применяемых фондом, и их описание;
- положения об ответственности фонда перед вкладчиками и участниками и условиях возникновения и прекращения обязательств фонда;
- порядок и условия внесения пенсионных взносов в фонд;
- положения о направлениях и порядке размещения средств пенсионных резервов;
- порядок ведения пенсионных счетов негосударственного пенсионного обеспечения и информирования об их состоянии вкладчиков и участников;
- перечень пенсионных оснований;
- порядок и условия назначения и выплаты негосударственных пенсий;
- порядок заключения, изменения или прекращения пенсионного договора, договора доверительного управления и договора об оказании услуг специализированного депозитария;
- перечень прав и обязанностей вкладчиков, участников и фонда;
- порядок формирования пенсионных резервов;
- порядок определения размера оплаты услуг фонда, управляющей компании и специализированного депозитария.

Страховые правила фонда, определяющие порядок и условия исполнения фондом обязательств по договорам об обязательном пенсионном страховании, должны содержать следующие основные положения:

- положения об ответственности фонда перед застрахованными лицами и условиях возникновения и прекращения обязательств фонда;
- порядок инвестирования средств пенсионных накоплений;
- порядок ведения пенсионных счетов накопительной части трудовой пенсии и информирования об их состоянии застрахованных лиц;
- порядок заключения, изменения или прекращения договора об обязательном пенсионном страховании, договора доверительного управления и договора об оказании услуг специализированного депозитария;
- порядок перевода средств пенсионных накоплений застрахованного лица в другой НПФ или возврат в ПФР;
- перечень прав и обязанностей застрахованных лиц и фонда;
- порядок формирования средств пенсионных накоплений.

Страховые правила фонда должны также предусматривать возможность установления срочной пенсионной выплаты. Типовые страховые правила фонда утверждаются Банком России.

Важно!

Пенсионными основаниями в пенсионных договорах являются пенсионные основания, установленные на момент заключения указанных договоров законодательством РФ. Пенсионными договорами могут быть установлены дополнительные основания для приобретения участником права на получение негосударственной пенсии. Пенсионными основаниями в договорах об обязательном пенсионном страховании являются пенсионные основания, установленные на момент заключения указанных договоров законодательством РФ.

Права и обязанности НПФ, застрахованных лиц и страхователей установлены Законом о негосударственных пенсионных фондах и в целом соответствуют правам и обязанностям в обязательном пенсионном страховании, отличаясь лишь отсутствием административной ответственности за неуплату страховых взносов по негосударственному пенсионному страхованию.

Пенсионный договор с НПФ должен содержать: наименование сторон, сведения о предмете договора, положения о правах и об обязанностях сторон, положения о порядке и об условиях внесения пенсионных взносов, вид пенсионной схемы, пенсионные основания, положения о порядке выплаты негосударственных пенсий, положения об ответственности сторон за неисполнение своих обязательств, сроки действия и прекращения договора, положения о порядке и об условиях изменения и расторжения договора и урегулирования споров, реквизиты сторон. Пенсионным договором могут быть предусмотрены другие положения, не противоречащие законодательству РФ.

При этом, как и раньше, при переводе пенсионных накоплений в НПФ гражданину необходимо заключить с выбранным фондом соответствующий договор об обязательном пенсионном страховании.

Перечень крупнейших НПФ за 2014 г., по данным Службы Банка России приведен в табл. 3.3.

Таблица 3.3

Крупнейшие негосударственные пенсионные фонды в 2014 г.

Название НПФ	Пенсионные накопления*, млрд руб.	Количество застрахованных лиц, тыс.	Годовая доходность, %
ЛУКОЙЛ-Гарант	149,27	71,2	8,95
Благосостояние	115,13	87,7	6,31
НПФ Сбербанка	74,25	15,2	2,67
НПФ электроэнергетики	72,88	18,0	9,04
Росгосстрах	71,87	6,28	7,54
ВТБ Пенсионный фонд	69,74	11,0	4,72
КИТ-Финанс	66,63	7,54	2,78
Газфонд	63,18	18,3	4,32
Промагрофонд	53,66	35,1	1,39
НПФ Наследие	48,11	8,14	-0,3
Стальфонд	37,48	9,9	8,0
Европейский пенсионный фонд	15,24	1,4	11,12

* по рыночной оценке

В 2014 г. по данным Банка России НПФ обеспечили для своих клиентов инвестиционную доходность от -5,2% до +42,2% годовых. Лучший результат у НПФ «Башкортостан» (ранее – НПФ «Башкомснаббанк»), худший – у НПФ «Урал ФД» («Уральский финансовый дом»), у обоих накоплений менее 1 млрд руб., при таких размерах на результат могут повлиять всего 2–3 инвестиционных операции.

Согласно ст. 35.2 Закона о негосударственных пенсионных фондах НПФ обязан предоставить всем заинтересованным лицам по их требованию по месту нахождения фонда и его обособленных подразделений соответственно следующую информацию:

- устав фонда, его пенсионные правила, а в случае осуществления деятельности по обязательному пенсионному страхованию страховые правила, а также полный текст зарегистрированных изменений и дополнений в них;
- бухгалтерскую (финансовую) отчетность, аудиторское и актуарное заключения, составленные на последнюю отчетную дату;
- полное и (или) сокращенное фирменное наименование управляющей компании (управляющих компаний) и специализированного депозитария фонда, а также номера их лицензий;
- формы договоров негосударственного пенсионного обеспечения по каждой пенсионной схеме;
- форму договора об обязательном пенсионном страховании, заявления застрахованного лица о переходе, заявления застрахованного лица о досрочном переходе и уведомления о замене;

- информацию, раскрываемую фондом в соответствии с требованиями указанного закона, пенсионными и страховыми правилами фонда.

Расчеты будущей пенсии и необходимых для ее достижения страховых взносов каждый НПФ рассчитывает самостоятельно на основе актуарных расчетов, однако методика расчетов публично не раскрывается, а на сайтах НПФ предлагается предварительно рассчитать будущую пенсию самостоятельно.

Практический пример

В качестве примера можно привести расчет для НПФ Сбербанка: при среднем заработке 30 тыс. руб., среднегодовой доходности 6% и заключении пенсионного договора в 2013 г. с выходом на пенсию в 2041 г. размер пенсии при уплате в НПФ взносов на накопительную часть пенсии (6% облагаемого взносами среднего заработка) размер ежемесячной пенсии от НПФ Сбербанка составит 15812 руб., а от ПФР — 8833 руб.¹

Следует отметить, что в связи с постоянными изменениями пенсионной системы в России приведенный выше и другие подобные расчеты являются условными.

Применительно к расчету пенсий отметим, что с 2014 г. вступил в силу Федеральный закон от 02.11.2013 № 293-ФЗ «Об актуарной деятельности в Российской Федерации», в сферу регулирования которого попадают и НПФ. Согласно данному закону **актуарная деятельность** — деятельность по анализу и количественной, финансовой оценке рисков и (или) обусловленных наличием рисков финансовых обязательств, а также разработке и оценке эффективности методов управления финансовыми рисками.

Объектами обязательной актуарной деятельности стали: деятельность Банка России при разработке страховых тарифов по обязательному страхованию; деятельность НПФ, страховых организаций и обществ взаимного страхования. Актуарий должен иметь высшее математическое (техническое) или экономическое образование, не иметь судимости и являться членом саморегулируемой организации. Функции по надзору за деятельностью саморегулируемых организаций актуариев возложены на Банк России.

3.3. Источники финансирования пенсионного страхования

Согласно ст. 16 Закона об обязательном пенсионном страховании средства бюджета ПФР являются федеральной собственностью, не входят в состав других бюджетов и изъятию не подлежат. Бюджет ПФР составляется страховщиком на финансовый год с учетом обязательного сбалансирования доходов и расходов этого бюджета. При его формировании на очередной финансовый год устанавливается норматив оборотных денежных

¹ Пенсионный калькулятор [эл. ресурс] // НПФ Сбербанк. URL: <http://www.npfsberbanka.ru/calculator/> (дата обращения: 07.02.2014).

средств. Бюджет ПФР и отчет о его исполнении утверждаются ежегодно по представлению Правительства РФ федеральными законами в порядке, определяемом БК РФ. Бюджет ПФР является консолидированным и формируется за счет страховых взносов, средств федерального бюджета, сумм пеней и иных финансовых санкций, доходов от размещения (инвестирования) временно свободных средств обязательного пенсионного страхования, добровольных взносов физических лиц и организаций, уплачиваемых ими не в качестве страхователей или застрахованных лиц, средств выплатного резерва для осуществления выплаты накопительной пенсии, средств пенсионных накоплений застрахованных лиц, которым назначена срочная пенсионная выплата и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Согласно ст. 22 Закона об обязательном пенсионном страховании для страхователей, производящих выплаты физическим лицам, в том числе и иностранцам, тариф страхового взноса составляет 26% с фонда оплаты труда. Определение суммы страховых взносов по обязательному пенсионному страхованию на финансирование страховой пенсии и накопительной пенсии в отношении застрахованных лиц осуществляет ПФР на основании данных индивидуального (персонифицированного) учета в соответствии с выбранным застрахованным лицом вариантом пенсионного обеспечения (0% или 6%, на финансирование накопительной части трудовой пенсии) (табл. 3.4).

Таблица 3.4

Варианты распределения тарифов страховых взносов на страховую и накопительную пенсии

Тариф страхового взноса для лиц 1966 г. рождения и старше	Тариф страхового взноса для лиц 1967 г. рождения и моложе			
	Вариант пенсионного обеспечения 0% на финансирование накопительной пенсии		Вариант пенсионного обеспечения 6% на финансирование накопительной пенсии	
	на финансирование страховой пенсии	на финансирование накопительной пенсии	на финансирование страховой пенсии	на финансирование накопительной пенсии
26% на финансирование страховой пенсии, из них: 10% – солидарная часть тарифа; 16% – индивидуальная часть тарифа	26%, из них: 10% – солидарная часть тарифа; 16% – индивидуальная часть тарифа	0% – индивидуальная часть тарифа	20%, из них: 10% – солидарная часть тарифа; 10% – индивидуальная часть тарифа	6% – индивидуальная часть тарифа

В 2015 г. тариф страхового взноса в ПФР для страхователей, производящих выплаты физическим лицам, составлял 22% ФОТ, предельная база для начисления страховых взносов – 711 тыс. руб., свыше которой тариф равен 10% ФОТ.

Значения тарифов для других категорий страхователей определяется Законом о страховых взносах (см. табл. 3.5).

Таблица 3.5

Тарифы обязательных страховых пенсионных взносов, %

Период	Суммарный тариф	На финансирование страховой части трудовой пенсии		На финансирование накопительной части трудовой пенсии для лиц 1966 г. рождения и старше
		для лиц 1966 г. рождения и старше	для лиц 1967 г. рождения и моложе	
Организации, осуществляющие деятельность в области информационных технологий и прочие интеллектуальные организации, работодатели в особых экономических зонах, заключившие с властями соглашения о технико-внедренческой деятельности				
2012–2017 гг.	8,0	8,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов	2,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов	6,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов
2018 г.	13,0	13,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов	7,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов	6,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов
2019 г.	20,0	20,0, из них: 4,0 – солидарная часть тарифа страховых взносов; 16,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов	14,0, из них: 4,0 – солидарная часть тарифа страховых взносов; 10,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов	6,0 – индивидуальная часть тарифа страховых взносов
Страхователи, производящие выплаты и иные вознаграждения членам экипажей судов, зарегистрированных в Российском международном реестре судов, за исполнение трудовых обязанностей				
2012–2027 гг.	0	0	0	0

Нарушение страхователем установленного Законом об обязательном пенсионном страховании срока регистрации в ПФР влечет взыскание штрафа в размере 5000 руб., а при нарушении более чем на 90 дней – 10 000 руб. Взыскание штрафов осуществляется в порядке, установленном Законом о страховых взносах.

Солидарная часть тарифа страховых взносов – часть страховых взносов для формирования в соответствии с федеральным законом о бюджете ПФР денежных средств в целях выплаты в фиксированном базовом размере страховой пенсии, социального пособия на погребение умерших пенсионеров, не подлежавших обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

на день смерти, и в иных целях, предусмотренных законодательством РФ об обязательном пенсионном страховании, не связанных с формированием средств, предназначенных для выплаты накопительной пенсии и других выплат за счет средств пенсионных накоплений, установленных законодательством РФ.

Индивидуальная часть тарифа страховых взносов – часть страховых взносов для формирования денежных средств застрахованного лица и учитываемая на его индивидуальном лицевом счете, включая специальную часть индивидуального лицевого счета, в целях определения суммы расчетного пенсионного капитала, а также размера накопительной пенсии и других выплат за счет средств пенсионных накоплений, установленных законодательством РФ.

В 2013 г. Законом о внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам обязательного пенсионного страхования были установлены дополнительные страховые взносы для страхователей, у которых застрахованные лица имеют право на досрочную трудовую пенсию по условиям труда (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Тарифы дополнительных страховых взносов в ПФР для страхователей с условиями труда, дающими право работникам на досрочную трудовую пенсию

Период	Тариф дополнительного страхового взноса (солидарная часть тарифа страховых взносов)
Работники по Списку 1	
2013 г.	4,0% ФОТ
2014 г.	6,0% ФОТ
2015 г. и последующие годы	9,0% ФОТ
Работники по Списку 2 и малым спискам	
2013 г.	2,0% ФОТ
2014 г.	4,0% ФОТ
2015 г. и последующие годы	6,0% ФОТ

С 2014 г. для страхователей, у которых застрахованные лица имеют право на досрочную трудовую пенсию по условиям труда, в зависимости от установленного по результатам специальной оценки условий труда, проводимой в соответствии с Федеральным законом от 28.12.2013 № 426-ФЗ «О специальной оценке условий труда», взамен дополнительных тарифов по табл. 3.6 применяются другие дополнительные тарифы страховых взносов в ПФР согласно ч. 2.1 ст. 58.3 Закона о страховых взносах (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Тарифы дополнительных страховых взносов в ПФР для страхователей по результатам специальной оценки условий труда

Класс условий труда	Подкласс условий труда	Дополнительный тариф страхового взноса,% ФОТ
Опасный	4	8,0
Вредный	3.4	7,0
	3.3	6,0
	3.2	4,0
	3.1	2,0
Допустимый	2	0,0
Оптимальный	1	0,0

Страховые взносы в НПФ определяются условиями пенсионной программы.

3.4. Основные направления реформирования пенсионной системы

Причиной постоянного реформирования пенсионной системы РФ является нехватка средств ПФР на выполнение всех социальных обязательств государства. Поэтому основные направления реформирования сводятся к увеличению поступлений в ПФР без увеличения дотаций из федерального бюджета. Вполне естественно, что первым практическим шагом очередного реформирования пенсионной системы стало введение дополнительных пенсионных взносов для страхователей с условиями труда, дающими работникам право на досрочную трудовую пенсию (см. табл. 3.6).

Вместе с тем ряд экспертов отмечает, что еще до введения дополнительных пенсионных взносов Россия стала страной с одним из самых высоких уровней обложения ФОТ обязательными взносами на пенсионное обеспечение. Российская реформа страховых взносов идет вразрез с мировыми тенденциями и нетипична для стран догоняющего развития, стремящихся повысить конкурентоспособность своих производителей. В результате в пенсионной системе сложилась следующая ситуация:

1) величина пенсионных расходов находится на уровне развитых стран, входящих в ОЭСР, и в среднем выше, чем в странах с формирующимися рынками;

2) тариф пенсионных отчислений превышает средний уровень по странам ОЭСР;

3) уровень реальных пенсий, измеряемый через коэффициент замещения, даже после всех повышений остается в 1,5–2 раза ниже среднего по странам ОЭСР.

При этом соотношение пенсионеров и занятых находится на приемлемом уровне, обеспечивая базу для взимания пенсионных взносов. В дальнейшем это соотношение будет ухудшаться. Таким образом, проблемы пен-

сионной системы нельзя рассматривать как преимущественно фискальные, они все больше становятся макроэкономической и системной проблемой национальной экономики.

В 2011–2013 гг. велась дискуссия о путях очередного реформирования пенсионной системы, в которой рассматривались варианты снижения размеров пенсий до прожиточного минимума, повышение пенсионного возраста, увеличения тарифов и, самый радикальный, – замены пенсий социальными пособиями¹.

Идея о замене действующей системы обязательного пенсионного страхования на выплату социальных пособий не нова, условно ее можно назвать системой адресного социального обеспечения по У. Бевериджу. Подобный механизм действует в Грузии, где пенсионной системы как таковой нет, но малообеспеченным гражданам (в том числе пенсионерам), выплачиваются пособия. Однако снижение пенсионных выплат чревато негативными социальными последствиями. Средние значения пенсий из всех источников пенсионных выплат в других странах приведены в табл. 3.8.

Таблица 3.8

Средние пенсии в странах мира в 2013 г.²

Страны мира	Средняя пенсия, долл.
Германия	2500
Норвегия	2300
США	2100
Греция	1000
Чехия	540
Эстония	400
Россия	350
Казахстан	280
Беларусь	230
Азербайджан	200
Украина	180
Грузия	120
Киргизстан	90
Таджикистан	60

Одним из возможных источников увеличения пенсионных взносов является теневой сектор экономики. По оценке Министра финансов РФ А. Г. Силуанова, теневой сектор российской экономики составляет примерно 15–20% ВВП, или, в 2012 г., – около 9 трлн руб. Совокупная нало-

¹ Улюкаев А. В. Что такое пенсия. Интервью [эл. ресурс]. URL: http://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2012/03/11/pesnya_pensij (дата обращения: 01.06.2016).

² Средняя пенсия в России и других странах мира в 2013 году [эл. ресурс]. URL: <http://bs-life.ru/rabota/pensiya/srednyaya-pensiya2013.html> (дата обращения: 07.02.2014).

говая нагрузка на экономику России, по словам министра, составляет 35%. Таким образом, бюджет РФ недобирает около 3 трлн руб. налогов из-за ухода бизнеса в тень. При этом по НДФЛ, который поступает не в федеральный, а в региональные бюджеты, недобор оценивается министром примерно в 2 трлн руб.¹

В 2011 г. согласно оценкам Росстата, рассчитанным по методу корректировки ВВП, степень «тенизации» экономики России составлял порядка 16% ВВП, при обороте порядка 7 трлн руб. в год. В теневых секторах экономики было задействовано порядка 13 млн человек. По оценкам независимых экспертов — 22 млн человек. По оценкам Центра макроэкономических исследований, опубликованным в 2014 г., в неформальном секторе трудились порядка 20 млн человек, около 4 млн самозанятых. Оставшиеся 16 млн — это 20% трудоспособного населения страны. Для 91% из них неформальный заработок — основной источник дохода.

Наименьшая доля теневой экономики — на Северо-Западе, наибольшая — на Кавказе. Среди отраслей экономики — выше в строительстве.

Ведущие экономисты международной исследовательской организации *Global Financial Integrity (GFI)* Дев Кар и Сара Фрейтас оценивают размер теневой экономики России (через вывоз/ввоз капитала) в 46% ВВП в год за исследуемый период 1996–2012 гг. Это в 3,5 раза превышает размер теневых экономик таких стран, как США, Франция или Канада².

В интервью «Ъ» Министр труда и социальной защиты М. Тошилин оценил долю работающих граждан, которые трудятся без заключения трудовых договоров и за которых работодатели не платят взносы, в 10–15% от всего занятого населения³.

Для сравнения, размер теневой экономики в Греции достигает 24%, в Испании — 19% ВВП, в Италии — 21%, в Румынии — 16%, в Швейцарии — 9%, в Норвегии — 7%, Финляндии — 8% и Швеции — 9% (по результатам исследования компании *Visa Europe*).

Таким образом, эффективным решением проблемы нехватки средств ПФР является минимизация «серого сектора» экономики.

Однако в 2013 г. были выбраны другие направления пенсионной реформы — повышение страхового стажа и более полный учет заработка, с которого начисляются обязательные страховые взносы.

Дополнительно в 2015 г. повышен на 5 лет возраст выхода на пенсию федеральным государственным служащим и отменена с 2016 г. индексация страховых пенсий для пенсионеров, работающих более 6 месяцев в году.

¹ Глава Минфина: Теневой сектор российской экономики составляет примерно 15–20% ВВП [эл. ресурс]. URL: <http://quote.rbc.ru/news/fond/2013/06/20/33971292.html> (дата обращения: 07.02.2014).

² Теневую экономику России оценили в 46% ВВП [эл. ресурс] // Forbes. 13.02.2013. URL: <http://www.forbes.ru/news/234247-tenevuyu-ekonomiku-rossii-otsenili-v-46-vvp> (дата обращения: 02.06.2016).

³ Правительство ужесточает контроль за собираемостью страховых взносов во внебюджетные фонды [эл. ресурс] // Налоговый портал «Податинет». URL: <http://www.podatinet.net/2013031330587/news/news/pravitelstvo-ujestochayet-kontrol-za-sobiraemostyu-strahovyh-vznosov-vo-vnebyudjetnye-fondy.html> (дата обращения: 02.06.2016).

Суть проводимой пенсионной реформы — приведение в порядок бюджета ПФР и выработка новой пенсионной формулы. Размер реформируемых пенсий будет напрямую зависеть от размера задекларированной («белой») заработной платы, пенсионных накоплений, а также пенсионного фонда, который они сами выбрали. Однако максимальную выгоду получают лишь те, кто подходит под критерии этой формулы — получают относительно невысокую «белую» заработную плату и по состоянию здоровья смогут выйти на пенсию на 10 лет позже общеустановленного возраста. А высокооплачиваемым работникам предстоит самостоятельно выбрать дополнительную негосударственную пенсионную программу или иной вид накоплений на старость.

Выводы

1. Первые упоминания о государственном пенсионном обеспечении на территории современной России относятся к древним временам. Как отмечается в летописях, князья и воеводы славянских дружин заботились не только о пропитании и вооружении своих подданных, но и об обеспечении их в случае ранения и по достижении старости. С развитием государственной структуры управления возникают ведомства, которые берут на себя функции защиты и установления порядка в обеспечении нетрудоспособных — престарелых, сирот, инвалидов. В 1827 г. в Российской империи был создан бюджетный централизованный государственный пенсионный фонд для выплаты пенсий государственным и военным служащим. Кроме общего «Устава о пенсиях» от 1827 г. действовали «особенные уставы о пенсиях и единовременных пособиях по некоторым ведомствам». Эти уставы учитывали специфику службы чиновников и служащих: положение в иерархии власти, отдаленность местностей, малонаселенность, климат, общие условия службы и быта и т.п. Во второй половине XIX в. системное пенсионное обеспечение стало распространяться на частное предпринимательство. Вошел в силу закон (1888), обязывающий владельцев частных железных дорог создавать кассы для выдачи пособий по болезни и уходу с работы по инвалидности.

2. В 1897 г. был издан рамочный закон, устанавливавший общие требования к пенсионным кассам любых частных предприятий и требовавший от предпринимателей полной гарантии состоятельности пенсионной кассы. Из пенсионных касс, наряду с пенсиями по выслуге лет и по инвалидности, выплачивались обычно и пособия по болезни за счет предприятий и учреждений. До 1917 г. социальное обеспечение престарелых строилось не на основе учета возраста, а на основе утраты трудоспособности и наступления инвалидности. Радикальные преобразования в пенсионном обеспечении стали осуществляться после социалистической революции.

3. В 1932 г. законодательно были введены пенсионные возрасты — 55 лет для женщин и 60 лет для мужчин (кроме колхозников — они получали пенсии за счет колхозов). В 1936 г. после принятия Конституции СССР пенсионное обеспечение стало всеобщим для рабочих и служащих. В соответствии с Конституцией СССР все граждане имели право на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности, а также потери кормильца. Средства на государственное пенсионное обеспечение, как и другие средства на государственное социальное страхование, аккумулировались в бюджете государственного страхования, который, в свою очередь, входил в государственный бюджет страны. Систематическое повышение уровня пенсионного обеспечения трудящихся, увеличение числа пенсионеров обусловили возрастание в дальнейшем поступлений из государственного бюджета в фонд государственного социального страхования. Поскольку взносы на социальное обеспечение не покрывали все расходы этой си-

стемы, недостающая часть, поступающая из союзного бюджета, постоянно возрастала и в 1980-е гг. составила около 60% бюджета социального обеспечения.

4. В 1992 г. в России начало действовать новое пенсионное законодательство. Главной его особенностью являлась более выраженная социальная направленность: унификация для всех категорий занятых, включая священнослужителей, творческих работников и т.п.; расширение списка льготных категорий для более раннего выхода на пенсию; введение социальных пенсий для лиц, не имеющих трудового стажа; установление размера пенсии, в равной степени зависящего от предыдущего заработка и трудового стажа, а также многое другое, связанное с формой расчетов пенсионных выплат. Однако главное новшество заключалось в том, что была введена выплата полного размера пенсии всем работающим пенсионерам без исключения. С тех пор и по сей день система пенсионного обеспечения России постоянно пересматривается.

5. К 2016 г. пенсионная система пенсий включала государственное пенсионное обеспечение (пенсии за выслугу лет для служащих различных категорий и социальные пенсии по старости, инвалидности, потери кормильца) за счет федерального бюджета и обязательное пенсионное страхование за счет обязательных страховых взносов работодателей и самозанятых граждан, предусматривающее выплату страховых пенсий по старости, инвалидности и потери кормильца и накопительных пенсий. Работающие на работах с вредными и тяжелыми условиями труда имеют право на получение пенсии ранее общеустановленного пенсионного возраста от 10 лет до 1 года в зависимости от условий труда.

6. Государственная система пенсий дополняется добровольным пенсионным страхованием в НПФ и коммерческих страховых компаниях. Застрахованные по обязательному пенсионному страхованию имеют право перевода накопительной части трудовой пенсии в НПФ или в управляющую компанию, а также заключить с ними договор о дополнительном, негосударственном пенсионном обеспечении.

В 2013 г. началась очередная реформа пенсионной системы – с введения дополнительных пенсионных взносов со страхователей, работники которых имеют по условиям труда право на досрочную пенсию. В 2015 г. была введена новая пенсионная формула, в которой трудовой стаж заменен страховым – периодом, в котором за работника (или самостоятельно работником) уплачивались страховые взносы в ПФР. Изменились условия для получения страховой пенсии: к возрасту добавились размер страхового стажа и значение индивидуального пенсионного коэффициента. Пенсионный возраст для государственных федеральных служащих увеличен на 5 лет. Отменена индексация страховой пенсии работающим пенсионерам. В ближайшие годы запланировано увеличение тарифов обязательных страховых взносов в ПФР.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы цель и задачи пенсионного страхования?
2. Опишите основные этапы становления системы пенсионного страхования в Европе.
3. Опишите основные этапы становления системы пенсионного страхования в России.
4. Назовите основные элементы пенсионной системы в России.
5. Назовите основные черты сходства и различий государственных и негосударственных пенсионных систем.
6. Перечислите финансовые источники пенсионного обеспечения.
7. Сформулируйте основные проблемы действующей пенсионной системы России.
8. Какие вы знаете направления развития пенсионной системы в России? Какие из них уже реализованы?
9. Какие основные требования предъявляются к работе НПФ?

Глава 4

СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ И ЗАБОЛЕВАНИЙ

В результате изучения главы студент будет:

- **знать** основные понятия, структуру и правовые основы обязательного и добровольного страхования от несчастных случаев и заболеваний и страхования в связи с материнством, права и обязанности страховщика, страхователей и застрахованных лиц;
- **уметь** формулировать цель и задачи обязательного и добровольного страхования от несчастных случаев, заболеваний и страхования в связи с материнством;
- **владеть** методами составления программ добровольного страхования от несчастных случаев и болезней.

Ключевые термины: социальное страхование, обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, добровольное страхование от несчастных случаев и болезней, профессиональный риск, страховой взнос, страховой тариф, скидки и надбавки к страховому тарифу.

4.1. Исторический обзор страхования от несчастных случаев и заболеваний в России

Обязательное социальное страхование наемных работников в России появилось несколько позднее, чем в западных странах. Его начало было положено принятием Законодательного акта от 15 мая 1901 г. «Временные правила о пенсиях рабочим казенных горных заводов и рудников, утративших трудоспособность на заводских и рудничных работах». В 1903 г. в России был образован особый фонд для выплат при массовых несчастных случаях в соответствии с Законом от 2 июня 1903 г., утвердившем «Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно их семейств в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». В дальнейшем III Государственной думой в 1912 г. были приняты законы «Об обеспечении рабочих на случай болезни», «О страховании рабочих от несчастных случаев на производстве», «Об утверждении Совета по делам страхования рабочих», «Об утверждении Присутствий по делам страхования рабочих».

Финансирование социального страхования осуществлялось за счет взносов предпринимателей и работников, но страхование от несчастных случаев, как и сегодня в большинстве стран, осуществлялось только за счет предпринимателей. Созданная к 1917 г. в России система страхования рабочих не была всеобщей и охватывала лишь 20% рабочего класса страны (2% населения).

В 1914 г. социал-демократы предложили проект нового закона о всеобщем социальном страховании рабочих, городской и сельской бедноты, который лишь 30 ноября 1917 г. был законодательно провозглашен в Декларации Народного Комиссариата Труда «О введении в России полного социального страхования». Однако этот и другие акты о социальном страховании не нашли своей полной реализации и были фактически заменены Положением о социальном обеспечении трудящихся, утвержденным декретом СНК в октябре 1918 г. Этот документ определял размеры пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, при рождении ребенка, по безработице и пенсий по инвалидности, но в условиях гражданской войны и хозяйственной разрухи не получил необходимого развития. Обеспечение трудящихся осуществлялось в основном в виде натурального продовольственного и вещевого довольствия.

Система социального обеспечения, финансируемая главным образом из государственного казначейства, просуществовала до введения в 1921 г. новой экономической политики и принятия Декрета СНК от 15 ноября 1921 г. «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом», предусматривающего финансирование социального обеспечения трудящихся за счет обязательных взносов предприятий, учреждений и хозяйств, использующих труд наемных работников. Тариф по всем видам страхования составлял 28,5% от ФОТ. В 1938 г. бюджет социального страхования, ранее утверждаемый отдельно, был включен в состав единого государственного бюджета СССР. С этого момента социальное страхование все больше теряет свой страховой характер и во многом трансформируется в социальное обеспечение, превращаясь в инструмент распределения средств государственного бюджета на социальные нужды.

В послевоенный период в СССР происходило дальнейшее развитие социального обеспечения в направлении распространения его на колхозников и построения лечебно-оздоровительной базы. В дальнейшем и до 1991 г. система социального страхования почти не менялась. Перестройка национальной экономики вызвала изменения в организации и финансировании социального страхования.

В 1991 г. на основании постановления Совмина РСФСР и Федерации независимых профсоюзов от 25.12.1990 № 600/9-3 «О совершенствовании управления и порядка финансирования расходов на социальное страхование трудящихся РСФСР» был образован внебюджетный ФСС. С 1993 г. согласно Указу Президента РФ от 07.08.1992 № 822 «О Фонде социального страхования Российской Федерации» ФСС становится финансово-кредитным учреждением при Правительстве РФ.

Задачи ФСС определены Положением о Фонде социального страхования Российской Федерации, утвержденном постановлением Правительства от 12.02.1994 № 101.

Основными задачами Фонда являются:

1) обеспечение гарантированных государством пособий по временной нетрудоспособности, беременности и родам, женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности, при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет, а также социального пособия

на погребение или возмещение стоимости гарантированного перечня ритуальных услуг, санаторно-курортное обслуживание работников и их детей¹;

2) участие в разработке и реализации государственных программ охраны здоровья работников, мер по совершенствованию социального страхования;

3) осуществление мер, обеспечивающих финансовую устойчивость Фонда;

4) разработка предложений о размерах тарифа страховых взносов на государственное социальное страхование;

5) организация работы по подготовке и повышению квалификации специалистов для системы государственного социального страхования, разъяснительной работы среди страхователей и населения по вопросам социального страхования;

6) сотрудничество с аналогичными фондами (службами) других государств и международными организациями по вопросам социального страхования.

Управление системой обязательного социального страхования осуществляется Правительством РФ в соответствии с Конституцией РФ согласно п. 1 ст. 13 Федерального закона РФ от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования».

Сегодня ФСС представляет собой специализированную структуру, обеспечивающую функционирование всей многоуровневой системы государственного социального страхования.

ФСС является одним из государственных внебюджетных фондов, относящихся к единой бюджетной системе РФ. Бюджет ФСС, также как и других государственных внебюджетных фондов, не входит в состав консолидированного бюджета РФ и утверждается в форме самостоятельного федерального закона.

Важно!

В рамках своей деятельности ФСС осуществляет финансовое обеспечение расходов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по исполнению возложенных на него задач.

С 2005 г. на ФСС возложены дополнительные задачи:

1. По реализации Федерального закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ² в части обеспечения граждан, получателей социальных услуг (льготные категории граждан), путевками на санаторно-курортное лечение, а также

¹ В настоящее время санаторно-курортное обслуживание работников и их детей за счет средств ФСС не проводится.

² Федеральный закон от 22.08.2004 № 122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"».

их бесплатного проезда к месту лечения и обратно за счет средств федерального бюджета.

2. По обеспечению инвалидов, отдельных категорий граждан из числа ветеранов техническими средствами реабилитации, протезами (кроме зубных) и протезно-ортопедическими изделиями за счет средств федерального бюджета.

ФСС организует исполнение бюджета государственного социального страхования, утверждаемого ежегодно федеральным законом, контролирует использование средств социального страхования. В необходимых случаях ФСС перераспределяет средства социального страхования между регионами и отраслями, поддерживая финансовую устойчивость системы. Кроме того, ФСС разрабатывает и реализует государственные программы по совершенствованию социального страхования, охраны здоровья работников.

Отделения ФСС созданы на территориях всех субъектов РФ.

С 2000 г. ФСС осуществляет обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на единых условиях для всех предприятий и организаций и на всей территории Российской Федерации (страхование профессиональных рисков).

Зарубежный опыт

В индустриально развитых странах важнейшим институтом социальной защиты работающих от рисков профессионального труда является институт обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. С его помощью обеспечивается выполнение широкого круга функций по выявлению, профилактике, компенсации последствий для работающих рисков производственного травматизма и профессиональных заболеваний, а также проведения медицинской, профессиональной и социальной реабилитации пострадавших на производстве.

С 2008 г. ФСС осуществляет обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством за счет обязательных страховых взносов, размер и условия уплаты которых установлены Законом о страховых взносах.

Для обеспечения деятельности по обязательному социальному страхованию ФСС проводит регистрацию и учет страхователей в соответствии с действующими нормативными документами.

Деятельность ФСС по обязательному социальному страхованию контролируется Счетной палатой РФ, а в части использования ассигнований из федерального бюджета – федеральным органом исполнительной власти в области финансов.

Не реже одного раза в год страховщик обеспечивает осуществление проверки своей финансово-хозяйственной деятельности специализированной аудиторской организацией, имеющей соответствующую лицензию.

Общественный контроль за соблюдением законных прав и интересов застрахованных в соответствии с Законом об обязательном социальном страховании от несчастных случаев осуществляют профессиональные союзы или иные уполномоченные застрахованными лицами представительные органы.

4.2. Структура и правовые основы системы страхования от несчастных случаев и заболеваний в России

Национальная система страхования от несчастных случаев и заболеваний включает три обязательных вида страхования и два добровольных. К обязательным относятся следующие виды страхования.

1. Страхование на случай временной или постоянной утраты трудоспособности в результате производственного травматизма и профессиональных заболеваний (профессиональных рисков) по Закону об обязательном социальном страховании от несчастных случаев.

2. Страхование на случай временной утраты трудоспособности в результате заболеваний и в связи с материнством в соответствии с Законом об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности.

Страховщиком по этим двум видам обязательного социального страхования является ФСС. Страхователями являются все работодатели, а застрахованными — лица наемного труда, работающие по трудовым договорам или договорам гражданско-правового характера, предусматривающим уплату за них обязательных страховых взносов, государственные и муниципальные гражданские служащие и лица, занимающие государственные и муниципальные должности, а по обязательному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством — и лица, осужденные к лишению свободы и привлеченные к оплачиваемому труду.

3. Государственное страхование жизни и здоровья тех категорий государственных служащих, чья профессиональная деятельность связана с повышенным риском несчастного случая при исполнении своих служебных обязанностей. Этот вид осуществляют коммерческие страховщики, имеющие лицензию на этот вид страхования и отобранные по конкурсу. Данные коммерческие страховщики выполняют лишь функции операторов по открытию лицевого счета застрахованным лицам и перечислению на них выплат из бюджетных средств при наступлении страховых случаев. Страховые риски принимает на себя федеральный бюджет, распределяя их по бюджетам соответствующих ведомств, чьи сотрудники застрахованы. Данный вид страхования, собственно, не является социальным, поскольку распространяется лишь на очень небольшую часть населения, и мы не будем его рассматривать в дальнейшем.

К добровольным видам рассматриваемого социального страхования можно отнести страхование от несчастных случаев и болезней (по ограниченному перечню болезней, риски прочих болезней страхуются по медицинскому страхованию) и страхование выезжающих за рубеж, преимущественно от несчастных случаев и заболеваний. Данный вид страхования является комбинацией страхования от несчастных случаев и медицинского страхования, но отличается от них территорией покрытия (страны выезда). Часто его дополняют страхованием имущества туриста. Доля этого вида страхования не превышает 1% на страховом рынке, поэтому подробно на нем мы не будем останавливаться.

Динамика финансовых показателей по страхованию от несчастных случаев и заболеваний

Перечень показателей	Значения финансовых показателей по годам, млрд руб.						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Обязательное социальное страхование							
Страховые взносы, всего	360,48	440,05	463,78	558,59	630,78	603,50*	569,83
Страховые выплаты, всего	379,38	448,50	491,20	497,57	531,23	566,23	546,18
Взносы по страхованию временной нетрудоспособности и материнства	233,93	304,34	319,4	313,56	344,83	413,41	437,36**
Выплаты по страхованию временной нетрудоспособности и материнства	267,23	320,94	353,61	337,63	352,30	495,79	431,69
Финансовый результат по страхованию временной нетрудоспособности и материнства	-33,30	-16,60	-34,21	-24,07	-7,47	-82,38	-15,25***
Взносы по страхованию от несчастных случаев и профзаболеваний	60,16	58,39	62,79	71,49	81,83	90,02	92,46
Выплаты по страхованию от несчастных случаев и профзаболеваний	46,66	52,91	54,91	59,99	63,80	69,46	75,26
Финансовый результат по страхованию от несчастных случаев и профзаболеваний	+13,50	+5,48	+7,88	+11,50	+18,03	+20,56	+17,20
Источник данных	ФЗ от 14.02.2010 № 8-ФЗ	ФЗ от 04.10.10 № 257-ФЗ	ФЗ от 06.10.2011 № 267-ФЗ	ФЗ от 02.10.2012 № 153-ФЗ	ФЗ от 30.09.2013 № 257-ФЗ	ФЗ от 14.10.2014 № 297-ФЗ	Проект ФЗ № 800658-6
Добровольное страхование							
Страховые взносы	32,30	27,10	36,46	48,60	73,75	90,00	95,5
Страховые выплаты	4,70	5,10	5,89	8,00	10,25	13,00	15,3

* в том числе трансферта из федерального бюджета 111,21 млрд руб.

** в том числе трансферта из федерального бюджета 14,84 млрд руб.

*** без учета трансферты. Занимаются добровольными видами страхования коммерческие страховщики, имеющие соответствующие государственные лицензии. Отметим, что в большинстве случаев страхованием от несчастных случаев и заболеваний занимаются страховщики, созданные для страхования жизни, а страхованием выезжающих за границу — универсальные страховщики.

Занимаются добровольными видами страхования коммерческие страховщики, имеющие соответствующие государственные лицензии. Отметим, что в большинстве случаев страхованием от несчастных случаев и заболеваний занимаются страховщики, созданные для страхования жизни, а страхованием выезжающих за границу — универсальные страховщики.

По объему страховых взносов в России, как и в большинстве развитых стран, лидируют обязательные виды социального страхования (табл. 4.1, составленная по данным указанных в ней федеральных законов об исполнении бюджета ФСС за соответствующий год и данных Банка России).

Из приведенных в табл. 4.1 данных видно, что в обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством не достаточно, в отличие от страхования от несчастных случаев и профессиональных заболеваний, собираемых страховых взносов на выплаты. Дефицит ФСС по этому виду страхования ежегодно покрывается из федерального бюджета, и проблема снижения дефицита является важнейшей проблемой развития обязательного социального страхования. Данные из табл. 4.1 также демонстрируют, что добровольное страхование от несчастных случаев и болезней развивается высокими темпами и, судя по соотношению взносов и выплат, является выгодным для страховщиков.

Размеры страховых сумм и страховые тарифы в обязательном социальном страховании определяются федеральными законами, в добровольном страховании они не ограничены и определяются главным образом соглашением страховщика и страхователя по условиям страхового покрытия и финансовыми возможностями страхователя оплатить страховую премию. Более подробно данный вопрос будет рассмотрен в параграфе 4.3.

Страхователи по обязательному социальному страхованию в установленном ФСС порядке осуществляют учет случаев производственного травматизма и профессиональных заболеваний застрахованных и связанного с ними обеспечения по страхованию и учет выплат пособий по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

4.3. Обязательное социальное страхование от несчастных случаев и заболеваний

4.3.1. Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

Страховой риск по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством — временная утрата заработка или иных выплат, вознаграждений застрахованным лицом в связи с наступлением страхового случая либо дополнительные расходы застрахованного лица или членов его семьи в связи с наступлением страхового случая.

Закон об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности предусматривает выплаты пособий по следующим страховым случаям (ст. 1.3).

1. Временная нетрудоспособность застрахованного лица вследствие заболевания или травмы (за исключением временной нетрудоспособности вследствие несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний) и в других случаях, предусмотренных ст. 5 данного закона.

2. Беременность и роды.

3. Рождение ребенка (детей).

4. Уход за ребенком до достижения им возраста полутора лет.

5. Смерть застрахованного лица или несовершеннолетнего члена его семьи.

Согласно ст. 5 указанного закона обеспечение застрахованных лиц **пособием по временной нетрудоспособности** осуществляется в случаях:

1) утраты трудоспособности вследствие заболевания или травмы, в том числе в связи с операцией по искусственному прерыванию беременности или осуществлением экстракорпорального оплодотворения — оплачивается за счет средств Фонда с 4-го дня пребывания на больничном (первые 3 дня оплачивает страхователь, кроме застрахованных лиц, добровольно вступивших в отношения по данному виду страхования и уплачивающих взносы, — им больничный оплачивается с 1-го дня), и в остальных, приведенных ниже случаях, — с 1-го дня;

2) необходимости осуществления ухода за больным членом семьи;

3) карантина застрахованного лица, а также карантина ребенка в возрасте до 7 лет, посещающего дошкольную образовательную организацию, или другого члена семьи, признанного в установленном порядке недееспособным;

4) осуществления протезирования по медицинским показаниям в стационарном специализированном учреждении;

5) долечивания в установленном порядке в санаторно-курортных организациях, расположенных на территории Российской Федерации, непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях.

Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается застрахованным лицам при наступлении страховых случаев в период работы по трудовому договору, осуществления служебной или иной деятельности, в течение которого они подлежат рассматриваемому обязательному социальному страхованию, а также в случаях, когда заболевание или травма наступили в течение 30 календарных дней со дня прекращения указанной работы или деятельности либо в период со дня заключения трудового договора до дня его аннулирования.

Выплата пособия по временной нетрудоспособности производится за весь период лечения до восстановления трудоспособности или инвалидности, за исключением работающих по временным договорам (им оплачивается не более 75 дней, кроме больных туберкулезом, которым оплачивается весь период болезни). При установлении инвалидности оплачивается не более 4 месяцев подряд и не более 5 месяцев в году суммарно, кроме больных туберкулезом. В случае ухода за ребенком до 7 лет — весь период лечения, но не более 60 дней в году (90 дней по отдельному списку заболеваний), за ребенком от 7 до 15 лет — до 15 дней по случаю заболевания, но не свыше 45 дней в году.

Важно!

Страхователи, кроме индивидуальных предпринимателей и физических лиц, не являющихся индивидуальными предпринимателями, выплачивают страховое обеспечение застрахованным лицам в счет уплаты страховых взносов в Фонд, кроме отмеченных выше первых трех дней больничного листа (**зачетный механизм**).

Сумма страховых взносов, подлежащих перечислению страхователями в Фонд, уменьшается на сумму произведенных ими расходов на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам. Если начисленных страхователем страховых взносов недостаточно для выплаты страхового обеспечения застрахованным лицам в полном объеме, страхователь обращается за необходимыми средствами в территориальный орган (региональное отделение) ФСС по месту своей регистрации.

Региональное отделение ФСС выделяет страхователю необходимые средства на выплату страхового обеспечения в течение 10 календарных дней с даты представления страхователем всех необходимых документов, за исключением случаев, когда отделение Фонда решает провести проверку правильности и обоснованности расходов страхователя на выплату страхового обеспечения, в том числе выездную проверку, в порядке, установленном ст. 4.7 Закона о страховых взносах. В этом случае решение о выделении этих средств страхователю принимается по результатам проведенной проверки. Перечень документов, которые должны быть представлены страхователем для проверки, ранее определял Минздравсоцразвития, а с конца 2012 г. — Минтруд.

Вследствие проведения всех проверочных мероприятий задержки выплаты пособий застрахованным могут достигать 3 месяцев, что доставляет неудобства застрахованным лицам. Наряду с этим зачетный механизм выплаты работодателем пособий в счет уплаты страховых взносов приводил в отдельных случаях к нецелевому использованию страхователем выделенных ФСС средств и к дополнительным задержкам выплаты пособий. В целях устранения этих недостатков по инициативе Фонда в 2011 г. началось поэтапное реформирование системы социального страхования путем передачи Фонду функции выплаты пособий непосредственно застрахованным лицам в соответствии с постановлением Правительства РФ от 21.04.2011 № 294 «Об особенностях финансирования, назначения и выплаты в 2012, 2013 и 2014 годах страхового обеспечения, иных выплат и расходов, предусмотренных частью 4 статьи 6 Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов», частью 4 статьи 7 Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов», частью 4 статьи 7 Федерального закона «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов», особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию

от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». В результате в регионах, где проводился пилотный проект по отмене зачетного механизма, время от предъявления в ФСС документов о страховом случае до производства выплаты сократилось до 10 дней.

Согласно ст. 7 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности пособие по временной нетрудоспособности при утрате трудоспособности вследствие заболевания или травмы, при карантине, протезировании по медицинским показаниям и долечивании в санаторно-курортных организациях непосредственно после оказания медицинской помощи в стационарных условиях выплачивается в следующем размере:

- а) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж 8 и более лет, – 100% среднего заработка;
- б) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж от 5 до 8 лет, – 80% среднего заработка;
- в) застрахованному лицу, имеющему страховой стаж до 5 лет, – 60% среднего заработка.

Пособие по временной нетрудоспособности при утрате трудоспособности вследствие заболевания или травмы выплачивается застрахованным лицам в размере 60% среднего заработка в случае заболевания или травмы, наступивших в течение 30 календарных дней после прекращения работы по трудовому договору, служебной или иной деятельности, в течение которой они подлежат обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

В страховой стаж для определения размеров пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам включаются периоды работы застрахованного лица по трудовому договору, государственной гражданской или муниципальной службы, а также периоды иной деятельности, в течение которой гражданин подлежал обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Пособие по временной нетрудоспособности при уходе за больным ребенком выплачивается:

- а) при амбулаторном лечении ребенка – за первые 10 календарных дней в размере, определяемом в зависимости от продолжительности страхового стажа застрахованного лица, за последующие дни в размере 50% среднего заработка;
- б) при лечении ребенка в стационарных условиях – в размере, определяемом в зависимости от продолжительности страхового стажа застрахованного лица.

Пособие по временной нетрудоспособности при необходимости осуществления ухода за больным членом семьи при его лечении в амбулаторных условиях, за исключением случаев ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет, выплачивается в размере, определяемом в зависимости от продолжительности страхового стажа застрахованного лица.

Застрахованному лицу, имеющему страховой стаж менее шести месяцев, пособие по временной нетрудоспособности выплачивается в размере,

не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда (МРОТ) (в 2015 г. – 5695 руб. согласно ст. 1 Федерального закона от 01.12.2014 № 408-ФЗ «О внесении изменения в статью 1 Федерального закона "О минимальном размере оплаты труда"»), а в районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате – в размере, не превышающем минимального размера оплаты труда с учетом этих коэффициентов.

Основаниями для снижения размера пособия по временной нетрудоспособности являются:

1) нарушение застрахованным лицом без уважительных причин в период временной нетрудоспособности режима, предписанного лечащим врачом;

2) неявка застрахованного лица без уважительных причин в назначенный срок на врачебный осмотр или на проведение медико-социальной экспертизы;

3) заболевание или травма, наступившие вследствие алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением.

При наличии одного или нескольких оснований для снижения пособия по временной нетрудоспособности, указанное пособие выплачивается застрахованному лицу в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда, а в районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате – в размере, не превышающем минимальный размер оплаты труда с учетом этих коэффициентов:

– при наличии оснований (1 и 2 перечня) – со дня, когда было допущено нарушение;

– при наличии оснований (3 перечня) – за весь период нетрудоспособности.

Пособие по временной нетрудоспособности не назначается застрахованному лицу за следующие периоды:

а) за период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы или без оплаты в соответствии с законодательством РФ, за исключением случаев утраты трудоспособности работником вследствие заболевания или травмы в период ежегодного оплачиваемого отпуска;

б) период отстранения от работы в соответствии с законодательством РФ, если за этот период не начисляется заработная плата;

в) период заключения под стражу или административного ареста;

г) период проведения судебно-медицинской экспертизы;

д) период простоя, за исключением случаев, когда временная нетрудоспособность наступила до периода простоя.

Основаниями для отказа в назначении застрахованному лицу пособия по временной нетрудоспособности являются:

– наступление временной нетрудоспособности в результате установленного судом умышленного причинения застрахованным лицом вреда своему здоровью или попытки самоубийства;

— наступление временной нетрудоспособности вследствие совершения застрахованным лицом умышленного преступления.

Пособие по беременности и родам выплачивается застрахованной женщине суммарно за весь период отпуска по беременности и родам продолжительностью 70 (в случае многоплодной беременности — 84) календарных дней до родов и 70 (в случае осложненных родов — 86, при рождении двух или более детей — 110) календарных дней после родов.

При усыновлении ребенка (детей) в возрасте до трех месяцев пособие по беременности и родам выплачивается со дня его усыновления и до истечения 70 (в случае одновременного усыновления двух и более детей — 110) календарных дней со дня рождения ребенка (детей).

В случае если в период нахождения матери в отпуске по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет у нее наступает отпуск по беременности и родам, она имеет право выбора одного из двух видов пособий, выплачиваемых в периоды соответствующих отпусков.

Пособие по беременности и родам выплачивается застрахованной женщине в размере 100% среднего заработка. Имеющим страховой стаж менее шести месяцев пособие по беременности и родам выплачивается в размере, не превышающем за полный календарный месяц минимального размера оплаты труда, а в районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, в размере, не превышающем минимального размера оплаты труда с учетом этих коэффициентов.

Единовременное пособие работающим женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до двенадцати недель), выплачивается дополнительно к пособию по беременности и родам в размере 300 руб. с учетом районных коэффициентов (ст. 5, 8–10 Закона о государственных пособиях гражданам, имеющим детей).

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком выплачивается застрахованным лицам (матери, отцу, другим родственникам, опекунам), фактически осуществляющим уход за ребенком и находящимся в отпуске по уходу за ребенком, со дня предоставления отпуска по уходу за ребенком до достижения ребенком возраста полутора лет. Право на ежемесячное пособие по уходу за ребенком сохраняется в случае, если лицо, находящееся в отпуске по уходу за ребенком, работает на условиях неполного рабочего времени или на дому и продолжает осуществлять уход за ребенком.

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком выплачивается в размере 40% среднего заработка застрахованного лица, но не менее минимального размера этого пособия, установленного ст. 15 Закона о государственных пособиях гражданам, имеющим детей, в размере не менее 1500 руб. за первого ребенка и 3000 руб. за второго и последующих детей, но не более 6000 руб. (без учета ежегодной индексации), в районах и местностях, в которых в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, минимальный и максимальный размеры указанного пособия определяются с учетом этих коэффициентов.

Важно!

Согласно ст. 14 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячное пособие по уходу за ребенком исчисляются исходя из среднего заработка застрахованного лица, рассчитанного за два календарных года, предшествующих году наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, в том числе за время работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), но не ниже минимального размера оплаты труда.

Согласно Положению об особенностях порядка исчисления пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком гражданам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, утвержденному постановлением Правительства РФ от 15.06.2007 № 375, в средний заработок, исходя из которого исчисляются пособия, включаются все виды выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованного лица, на которые начислены страховые взносы в ФСС. Во всех случаях для исчисления пособий используется средний дневной заработок, за исключением исчисления ежемесячного пособия по уходу за ребенком.

Средний дневной заработок для исчисления пособия по временной нетрудоспособности определяется путем деления заработка, начисленного за расчетный период, на 730.

Средний дневной заработок для исчисления пособия по беременности и родам, ежемесячного пособия по уходу за ребенком определяется путем деления суммы заработка, начисленного за расчетный период, на число календарных дней в этом периоде, за исключением календарных дней, приходящихся на следующие периоды:

а) периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком;

б) период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы в соответствии с законодательством РФ, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые взносы в ФСС в соответствии с Законом о страховых взносах не начислялись.

Средний дневной заработок, определенный выше, не может превышать величину, определяемую путем деления на 730 суммы предельных величин базы для начисления страховых взносов в ФСС, установленных в соответствии с Законом о страховых взносах на два календарных года, предшествующих году наступления отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком.

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком исчисляется исходя из среднего заработка застрахованного лица, который определяется путем умножения среднего дневного заработка на 30,4 дней.

Величина среднего заработка за каждый год принимается не более предельной базы для начисления страхового взноса в Фонд согласно ст. 8 Закона о страховых взносах (в 2015 г. — 670 тыс. руб.).

Федеральный закон от 02.12.2013 № 349-ФЗ «О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» (ст. 9) установил с 1 января 2014 г. размер индексации государственных пособий гражданам, имеющим детей (пособия по беременности и родам, единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, единовременного пособия при рождении ребенка, ежемесячного пособия по уходу за ребенком) 1,05.

Согласно ст. 12 Закона о государственных пособиях гражданам, имеющим детей, **единовременное пособие при рождении ребенка** выплачивается в размере 8000 руб. В случае рождения двух или более детей указанное пособие выплачивается на каждого ребенка.

Размер **социального пособия на погребение** установлен на 2013 г. Федеральным законом от 12.01.1996 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» в размере 4763,96 руб. с индексацией 5,5% относительно уровня 2012 г. (4515,6 руб.).

Размеры основных пособий, по данным ФСС, перечислены в табл. 4.2

Таблица 4.2

Размеры социальных пособий в 2015 г.

Вид пособия		Размер, руб./мес.
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности		543,67
Единовременное пособие при рождении ребенка		14 497,8
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком до полутора лет	1-й ребенок	min 2718,34; max 19 855,82
	2-й и последующие	min 5436,67
Минимальный среднедневной заработок для расчета пособий		196,11
Максимальный среднедневной заработок для расчета пособий связанных с материнством		1632,88
Максимальная сумма пособия по беременности и родам		228 603,2
Пособие на погребение		5277,28

Зарубежный опыт

Программы предоставления пособий по временной нетрудоспособности в большинстве стран можно свести к двум типам — денежные выплаты в связи с болезнью, которые выдаются в случаях, когда работа прерывается краткосрочной болезнью, и пособия на медицинское обслуживание в форме медицинских пособий, госпитальных пособий и бесплатных лекарств. Некоторые страны поддерживают отдельную программу денежных пособий в связи с рождением ребенка, выплачиваемых работающим матерям до и после родов. В большинстве стран, однако, пособия по материнству выдаются в составе программы оказания помощи по случаю временной нетрудоспособности.

Важной причиной объединения этих многочисленных пособий в одну группу является то, что каждое из них имеет дело с временной нетрудоспособностью. Более того, во многих случаях такие пособия выделяются как часть единой системы, обеспе-

чивающей финансирование и управление. Большинство стран оказывают медицинские услуги во время болезни и декретного периода в виде составной части системы страхования здоровья и связывают эти услуги непосредственно с выдачей этих денежных пособий. В некоторых случаях, однако, денежное содержание в связи с материнством защищено программами оказания помощи многодетным семьям. Временами медицинское обслуживание предоставляется в рамках государственных программ здравоохранения, которые не зависят от системы социального страхования. В сводных отчетах указывались случаи, когда наблюдался дублированный подход к этой проблеме¹.

Важно!

Согласно ст. 217 НК РФ не подлежат налогообложению НДФЛ государственные пособия, за исключением пособий по временной нетрудоспособности (включая пособие по уходу за больным ребенком), а также иные выплаты и компенсации, выплачиваемые в соответствии с действующим законодательством. При этом к пособиям, не подлежащим налогообложению, относятся пособия по безработице, беременности и родам.

В соответствии с Порядком выдачи листков нетрудоспособности, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 № 624н листок нетрудоспособности выдается застрахованным лицам, являющимся гражданами Российской Федерации, а также постоянно или временно проживающим на ее территории иностранным гражданам и лицам без гражданства, указанным в ст. 2 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности. Выдача листков нетрудоспособности осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность. В случае если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких работодателей и в два предшествующие календарные года до выдачи листка нетрудоспособности был занят у тех же работодателей, выдается несколько листков нетрудоспособности по каждому месту работы. В случае если гражданин на момент наступления временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам занят у нескольких работодателей, а в двух предшествующих календарных годах был занят у других работодателей (другого работодателя), выдается один листок нетрудоспособности для представления по одному из последних мест работы по выбору гражданина.

Выдача и продление листка нетрудоспособности осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Бланки листков нетрудоспособности регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию.

¹ Сайт Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) [эл. ресурс]. URL: <http://www.oecd.org/statistics/> (дата обращения: 08.02.2014).

При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно. Фельдшер или зубной врач выдает и продлевает листок нетрудоспособности на срок до 10 календарных дней включительно. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению врачебной комиссии, назначаемой руководителем медицинской организации (но не более чем на 15 дней).

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированной медицинской организации, листок нетрудоспособности выдается непосредственно в специализированной медицинской организации. В исключительных случаях листок нетрудоспособности выдается медицинским работником при направлении гражданина в специализированную медицинскую организацию соответствующего профиля для продолжения лечения.

Согласно ст. 59 Закона об основах охраны здоровья граждан при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее четырех месяцев с даты начала временной нетрудоспособности пациент направляется для прохождения медико-социальной экспертизы в целях оценки ограничения жизнедеятельности, а в случае отказа от прохождения медико-социальной экспертизы листок нетрудоспособности закрывается. При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее десяти месяцев с даты начала временной нетрудоспособности при состоянии после травм и реконструктивных операций и не позднее двенадцати месяцев при лечении туберкулеза пациент либо выписывается к занятию трудовой деятельностью, либо направляется на медико-социальную экспертизу. При оформлении листка нетрудоспособности в целях соблюдения врачебной тайны указывается только причина временной нетрудоспособности (заболевание, травма или иная причина). По письменному заявлению гражданина в листок нетрудоспособности могут вноситься сведения о диагнозе заболевания.

Согласно ч. 7 ст. 59 Закона об основах охраны здоровья граждан ФСС в целях оценки обоснованности расходования средств обязательного социального страхования на выплату пособий по временной нетрудоспособности в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, вправе осуществлять проверку соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности. Порядок проверки установлен приказом Минздрава России от 21.12.2012 № 1345н¹. При проведении проверки проверяется и оценивается:

а) соблюдение установленного порядка выдачи, соблюдение сроков выдачи и продления, оформление листков нетрудоспособности;

б) ведение документов (включая амбулаторные карты и истории болезней), подтверждающих выдачу, продление и оформление листков нетрудоспособности.

¹ Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1345н «Об утверждении Порядка осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листков нетрудоспособности».

По результатам экспертизы составляется акт, в котором отражаются сведения о результатах проверки, в том числе о выявленных нарушениях, об их характере и правовых последствиях (непринятие Фондом к зачету в счет уплаты страховых взносов расходов на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам, произведенных страхователем с нарушением законодательства РФ об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, не подтвержденных документами, произведенных на основании неправильно оформленных или выданных с нарушением установленного порядка документов, а также предъявление Фондом исков к медицинским организациям о возмещении суммы расходов на страховое обеспечение по необоснованно выданным или неправильно оформленным листкам нетрудоспособности согласно п. 6 ч. 1 ст. 4.2 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности).

Согласно указанной статье ФСС имеет право:

- 1) проводить проверки правильности начисления и уплаты страховых взносов страхователями в ФСС, а также выплаты страхового обеспечения застрахованным лицам, требовать и получать от страхователей необходимые документы и объяснения по вопросам, возникающим в ходе проверок;
- 2) запрашивать у страхователей документы, связанные с начислением и уплатой страховых взносов, расходами на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам, в том числе при выделении страхователю средств на указанные расходы сверх начисленных страховых взносов;
- 3) получать от органов Федерального казначейства сведения о поступивших ему суммах страховых взносов, пеней, штрафов;
- 4) не принимать к зачету в счет уплаты страховых взносов расходы на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам, произведенные страхователем с нарушением законодательства РФ об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, не подтвержденные документами, произведенные на основании неправильно оформленных или выданных с нарушением установленного порядка документов.

Права и обязанности страховщика, связанные с осуществлением контроля за уплатой страховых взносов, устанавливаются Законом о страховых взносах.

Согласно ст. 4.1 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности страхователи имеют право обращаться к ФСС за получением средств, необходимых на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам, сверх начисленных страховых взносов, бесплатно получать у ФСС информацию о нормативных правовых актах, обращаться в суд для защиты своих прав.

В свою очередь страхователи обязаны зарегистрироваться в территориальном органе ФСС в случаях и порядке, установленных ст. 2.3 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности, своевременно и в полном объеме уплачивать страховые взносы, осуществлять выплату страхового обеспечения застрахованным лицам при наступлении страховых случаев, предусмотренных данным

Федеральным законом, вести учет и отчетность по начисленным и уплаченным страховым взносам в ФСС и расходам на выплату страхового обеспечения застрахованным лицам.

Права и обязанности страхователей как плательщиков страховых взносов устанавливаются Законом о страховых взносах.

Застрахованные лица, согласно ст. 4.3 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности, имеют право своевременно и в полном объеме получать страховое обеспечение, обращаться к страховщику с запросом о проведении проверки правильности выплаты страхователем страхового обеспечения, защищать лично или через представителя свои права, в том числе в судебном порядке.

Застрахованные лица обязаны представлять страхователю и страховщику достоверные документы, на основании которых выплачивается страховое обеспечение, уведомлять страхователя и страховщика об обстоятельствах, влияющих на условия предоставления и размер страхового обеспечения, в течение 10 дней со дня их возникновения, соблюдать режим лечения, определенный на период временной нетрудоспособности, и правила поведения больного в медицинских организациях и иные требования законодательства об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

В случае невыполнения застрахованными лицами обязанностей страховщик вправе взыскать с них причиненный ущерб в соответствии с законодательством РФ.

4.3.2. Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

Согласно Закону об обязательном социальном страховании от несчастных случаев этот вид страхования предусматривает:

1) обеспечение социальной защиты застрахованных и экономической заинтересованности субъектов страхования в снижении профессионального риска;

2) возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью застрахованного при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных данным законом случаях, путем предоставления застрахованному в полном объеме всех необходимых видов обеспечения по страхованию, в том числе оплату расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию;

3) обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Закон об обязательном социальном страховании от несчастных случаев не ограничивает права застрахованных на возмещение вреда, осуществляемого в соответствии с законодательством РФ, в части, превышающей обеспечение по страхованию, осуществляемое в соответствии с указанным федеральным законом. В случае причинения вреда жизни и здоровью застрахованного страховое обеспечение осуществляется строго в соответствии с Законом об обязательном социальном страховании от несчастных случаев независимо от возмещения вреда, осуществляемого в соответствии

с законодательством РФ об обязательном страховании гражданской ответственности владельца опасного объекта за причинение вреда в результате аварии на опасном объекте.

Органы государственной власти субъектов РФ, органы местного самоуправления, а также организации и граждане, нанимающие работников, вправе помимо обязательного социального страхования, предусмотренного Законом об обязательном социальном страховании от несчастных случаев, осуществлять за счет собственных средств иные виды страхования работников, предусмотренные законодательством РФ. Данное положение представляется важным с точки зрения дополнения обязательного страхования добровольным страхованием от несчастных случаев и болезней.

Закон об обязательном социальном страховании от несчастных случаев дает следующие определения основных понятий обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, в частности:

— **объект** обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний — имущественные интересы физических лиц, связанные с утратой этими физическими лицами здоровья, профессиональной трудоспособности либо их смертью вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания;

— **страховой случай** — подтвержденный в установленном порядке факт повреждения здоровья застрахованного вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, который влечет возникновение обязательства страховщика осуществлять обеспечение по страхованию;

— **несчастный случай на производстве** — событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных настоящим Федеральным законом случаях как на территории страхователя, так и за ее пределами либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем, и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть;

— **профессиональное заболевание** — хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности;

— **профессиональный риск** — вероятность повреждения (утраты) здоровья или смерти застрахованного, связанная с исполнением им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных Законом об обязательном социальном страховании от несчастных случаев случаях.

Наряду с рассмотренным выше определением профессионального риска Закон об обязательном социальном страховании от несчастных случаев дает определение **класса профессионального риска** как уровня произ-

водственного травматизма, профессиональной заболеваемости и расходов на обеспечение по страхованию, сложившегося по видам экономической деятельности страхователей.

Мнение эксперта

С позиций медицины труда (гигиены труда и профессиональной заболеваемости) профессиональный риск рассматривается в аспекте установления количественных закономерностей возникновения профессиональной заболеваемости работников и разработки механизмов ее предупреждения. При этом изучаются факторы производственной среды (шум, вибрация, химические и биологические вещества, радиационное и другие виды проникающего излучения и т.д.) и трудового процесса (интенсивность труда, темп работы и т.д.) как источники повреждения здоровья.

Профессор В. Д. Роиц,
заместитель генерального директора
НИИ труда и социального страхования Минтруда

Важно!

Основными принципами обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний являются:

- а) гарантированность права застрахованных на обеспечение по страхованию;
- б) экономическая заинтересованность субъектов страхования в улучшении условий и повышении безопасности труда, снижении производственного травматизма и профессиональной заболеваемости;
- в) обязательность регистрации в качестве страхователей всех лиц, нанимающих (привлекающих к труду) работников, подлежащих обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
- г) обязательность уплаты страхователями страховых взносов;
- д) дифференцированность страховых тарифов в зависимости от класса профессионального риска.

Согласно ст. 5 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний подлежат:

- физические лица, выполняющие работу на основании трудового договора, заключенного со страхователем;
- физические лица, осужденные к лишению свободы и привлекаемые к труду страхователем.

Физические лица, выполняющие работу на основании гражданско-правового договора, подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, если в соответствии с указанным договором страхователь обязан уплачивать страховщику страховые взносы. Данное положение Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев в целом **ограничивает конституционное право граждан на безопасный труд**, но вместе с этим мотивирует работников на индивидуальную и коллективную (например, через профсоюзы) защиту своих законных прав и поиск дополнительной защиты от профессиональных рисков с помощью, например, добровольного страхования.

Действие Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев распространяется на граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, если иное не предусмотрено федеральными законами или международными договорами РФ. Право застрахованных на обеспечение по страхованию возникает со дня наступления страхового случая.

Обеспечение по данному виду страхования осуществляется:

1) в виде пособия по временной нетрудоспособности, назначаемого в связи со страховым случаем и выплачиваемого за счет страховых средств;

2) в виде страховых выплат:

— единовременной страховой выплаты застрахованному лицу либо лицам, имеющим право на получение такой выплаты в случае его смерти;

— ежемесячных страховых выплат застрахованному либо лицам, имеющим право на получение таких выплат в случае его смерти;

3) в виде оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая:

— на лечение застрахованного, осуществляемое на территории Российской Федерации непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности;

— приобретение лекарственных препаратов для медицинского применения и медицинских изделий;

— посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за застрахованным, в том числе осуществляемый членами его семьи;

— проезд застрахованного, а в необходимых случаях и на проезд сопровождающего его лица для получения отдельных видов медицинской и социальной реабилитации (лечения непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве, медицинской реабилитации в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги, получения специального транспортного средства, заказа, примерки, получения, ремонта, замены протезов, протезно-ортопедических изделий, ортезов, технических средств реабилитации) и при направлении его страховщиком в учреждение медико-социальной экспертизы и в учреждение, осуществляющее экспертизу связи заболевания с профессией;

— медицинскую реабилитацию в организациях, оказывающих санаторно-курортные услуги, в том числе по путевке, включая оплату лечения, проживания и питания застрахованного, а в необходимых случаях оплату проезда, проживания и питания сопровождающего его лица, оплату отпуска застрахованного (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством РФ) на весь период его лечения и проезда к месту лечения и обратно;

— изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов;

— обеспечение техническими средствами реабилитации и их ремонт;

— обеспечение транспортными средствами при наличии соответствующих медицинских показаний и отсутствии противопоказаний к вождению,

их текущий и капитальный ремонт и оплату расходов на горюче-смазочные материалы;

— профессиональное обучение и получение дополнительного профессионального образования.

Если застрахованное лицо одновременно имеет право на бесплатное или льготное получение одних и тех же видов помощи, обеспечения или ухода в соответствии с Законом об обязательном социальном страховании от несчастных случаев и иными федеральными законами и нормативными правовыми актами РФ, ему предоставляется право выбора соответствующего вида помощи, обеспечения или ухода по одному основанию.

Если при расследовании страхового случая комиссией по расследованию страхового случая установлено, что грубая неосторожность застрахованного содействовала возникновению или увеличению вреда, причиненного его здоровью, размер ежемесячных страховых выплат уменьшается соответственно степени вины застрахованного, но не более чем на 25%. Степень вины застрахованного устанавливается комиссией по расследованию страхового случая в процентах и указывается в акте о несчастном случае на производстве или в акте о профессиональном заболевании.

Возмещение застрахованному утраченного заработка в части оплаты труда по гражданско-правовому договору, не предусматривающему обязанность уплаты работодателем страховых взносов, а также в части выплаты авторского гонорара, на который не начислены страховые взносы, осуществляется причинителем вреда.

Возмещение застрахованному лицу морального вреда, причиненного в связи с несчастным случаем на производстве или профессиональным заболеванием, осуществляется причинителем вреда.

Максимальные размеры страховых выплат согласно ст. 11 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев устанавливаются отдельным федеральным законом о бюджете ФСС на предстоящий год и плановый период. В ст. 6 Федерального закона от 01.12.2014 № 386-ФЗ «О бюджете Фонда социального страхования Российской Федерации на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 годов» установлено:

1) сумма, из которой исчисляется размер единовременной страховой выплаты по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний застрахованному, составляет в 2015 г. 84 964,2 руб., в 2016 г. — 88 787,6 руб. и в 2017 г. — 92 339,1 руб.;

2) максимальный размер ежемесячной страховой выплаты, исчисленный в соответствии со ст. 12 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев, не может превышать в 2015 г. 65 330,0 руб., в 2016 г. — 68 270,0 руб. и в 2017 г. — 71 000,0 руб.

Указанные выплаты ежегодно индексируются и определяют размеры социальных обязательств государства. Их величина в среднем достаточна для замещения утраченного среднего отраслевого заработка, но ниже зарплата высококвалифицированных рабочих и менеджеров в ряде отраслей. По данным Росстата, в 2015 г. 3,3% работающих получали зарплату 75 тыс. руб. и более.

Законами о бюджете ФСС также предусматривается финансирование предупредительных мероприятий у страхователей, обычно в пределах 20% уплачиваемых ими страховых взносов.

В соответствии со ст. 18 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев страховщик имеет право устанавливать страхователям надбавки и скидки к страховому тарифу, предоставлять страхователям на основе соответствующих соглашений отсрочки (рассрочки) погашения сумм задолженности по страховым взносам и иным платежам с учетом их финансового состояния и при условии своевременной уплаты ими страховщику текущих сумм страховых взносов, участвовать в расследовании страховых случаев, освидетельствовании, переосвидетельствовании застрахованного в учреждении медико-социальной экспертизы и определении его нуждаемости в социальной, медицинской и профессиональной реабилитации, проверять информацию о страховых случаях в организациях любой организационно-правовой формы.

ФСС обязан своевременно регистрировать страхователей, осуществлять сбор страховых взносов, своевременно осуществлять обеспечение по страхованию в установленных Законом об обязательном социальном страховании от несчастных случаев размерах и сроки, аккумулировать капитализированные платежи в случае ликвидации.

Согласно ст. 17 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев страхователи имеют право участвовать в установлении им надбавок и скидок к страховому тарифу, в том числе с привлечением органов инспекции по труду, защищать свои права и законные интересы, а также права и законные интересы застрахованных, в том числе в суде.

Страхователи обязаны своевременно представлять в исполнительные органы ФСС документы, необходимые для регистрации, в установленном порядке и в определенные ФСС сроки начислять и перечислять страховые взносы, исполнять решения страховщика о страховых выплатах, обеспечивать меры по предотвращению наступления страховых случаев, нести в соответствии с законодательством РФ ответственность за необеспечение безопасных условий труда, в течение суток со дня наступления страхового случая сообщать о нем ФСС, собирать и представлять за свой счет ФСС в установленные страховщиком сроки документы для начисления и уплаты страховых взносов, назначения обеспечения по страхованию и иные сведения, необходимые для осуществления обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, направлять застрахованного в учреждение медико-социальной экспертизы на освидетельствование (переосвидетельствование) в установленные учреждением медико-социальной экспертизы сроки, сообщать ФСС обо всех известных обстоятельствах, имеющих значение при определении страховщиком в установленном порядке надбавок и скидок к страховому тарифу.

Согласно ст. 16 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев застрахованные лица имеют право на обеспечение по страхованию в порядке и на условиях, которые установлены указан-

ным Федеральным законом, участие в расследовании страхового случая, в том числе с участием профсоюзного органа либо своего доверенного лица, обжалование решений по вопросам расследования страховых случаев в государственную инспекцию труда, профсоюзные органы и в суд, бесплатное обучение безопасным методам и приемам, самостоятельное обращение в лечебно-профилактические учреждения государственной системы здравоохранения и учреждения медико-социальной экспертизы по вопросам медицинского освидетельствования и переосвидетельствования.

Застрахованные лица обязаны соблюдать правила по охране труда и инструкции по охране труда, извещать ФСС об изменении места своего жительства или места работы, а также о наступлении обстоятельств, влекущих изменение размера получаемого им обеспечения по страхованию или утрату права на получение обеспечения по страхованию, в десятидневный срок со дня наступления таких обстоятельств, выполнять рекомендации по медицинской, социальной и профессиональной реабилитации в сроки, установленные программой реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, проходить медицинские освидетельствования и переосвидетельствования в установленные учреждениями медико-социальной экспертизы сроки, а также по направлению страховщика.

4.3.3. Добровольное страхование от несчастных случаев и болезней

Добровольное страхование регулируется нормами гл. 48 ГК РФ и Законом об организации страхового дела.

Объект страхования от несчастных случаев и болезней по российскому законодательству — имущественные интересы застрахованного, связанные с временной или постоянной утратой трудоспособности или смертью вследствие несчастного случая как на производстве, так и, в зависимости от условий страхования, в быту.

Исторический экскурс

Страхование от несчастных случаев оформилось в Англии в XVI в. Морское право Висби 1541 г., регулирующее торговое мореплавание, требовало, чтобы владелец корабля страховал жизнь своего капитана от несчастных случаев. В Голландии уже в 1665 г. существовал табель вознаграждения за потерю разных членов тела для солдат наемного войска. В XVIII в. в Германии создавались союзы взаимопомощи на случай переломов конечностей.

Страхование от несчастных случаев и болезней начало развиваться прежде всего как защита интересов работающих и служащих при производственных травмах. Различия в страховых взносах в зависимости от профессии впервые появились в Германии. Немецкие страховщики делили все профессии на 12 классов по степени опасности. К первому классу относились учителя, а к последнему, самому опасному — рабочие, занимающиеся производством взрывчатки.

В XIX в. этот вид страхования продолжил развитие в связи с появлением железнодорожного сообщения. В 1849 г. в Англии была учреждена первая компания страхования от несчастных случаев на железных дорогах — *Railway Death Passengers*. Это страхование стало вскоре обязательным, и именно с него ведет свою историю все обя-

зательное страхование. В Англии в 1880 г. был принят Акт о гражданской ответственности предпринимателей, в Германии в 1871 г. был принят имперский Закон о гражданской ответственности работодателей.

В России Законом от 6 марта 1861 г. вводится обязательная организация страховых касс на всех казенных горных заводах. Отчисления рабочих в кассу составляли 2–3% от зарплаты. Управление делами кассы было сосредоточено в руках рабочих. В 1888 г. аналогичная система страхования была введена на железных дорогах. В развитии страхования от несчастных случаев в России большую роль сыграл Закон от 2 июня 1903 г. «О вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности», который ввел ответственность предпринимателя за причинение рабочим увечья или их смерти вследствие несчастных случаев на производстве. В 1912 г. коллективное страхование рабочих от несчастных случаев за счет предпринимателей и медицинское страхование в больничных кассах были закреплены законодательством, что соответствовало общеевропейской практике.

По договору добровольного страхования от несчастных случаев и болезней объектом страхования являются имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем и трудоспособностью застрахованного лица. Формулировки основных терминов и условия страхования несколько различаются между страховщиками. Их анализ показывает, что типовые условия добровольного страхования от несчастных случаев и болезней могут при незначительной корректировке применяться для расширения страхового покрытия обязательного социального страхования от несчастных случаев и болезней.

Несчастный случай — фактически произошедшее, внезапное, непредвиденное событие, являющееся результатом воздействия внешних причин, вследствие которого наступило расстройство здоровья застрахованного, приведшее к временной или постоянной утрате трудоспособности или к его смерти.

К несчастным случаям относится воздействие следующих внешних факторов: стихийное явление природы, взрыв, ожог, обморожение, утопление, поражение электрическим током, удар молнии, солнечный удар, нападение злоумышленников или животных, в том числе змей, а также укусы насекомых, приведшие к возникновению анафилактического шока, падение какого-либо предмета или самого застрахованного, внезапное удушение, случайное попадание в дыхательные пути инородного тела, случайное острое отравление ядовитыми растениями, химическим веществами (промышленными и бытовыми), лекарственными препаратами, а также травмы, полученные при движении средств транспорта или при их крушении, при пользовании машинами, механизмами, оружием и всякого рода инструментами. Страховщик и страхователь вправе при заключении договора страхования оговорить иной перечень событий, относящихся к несчастному случаю.

Болезнь (заболевание) — установленный медицинским учреждением диагноз на основании определения существа и особенностей отклонения состояния здоровья застрахованного от нормального после проведения его

всестороннего исследования, впервые диагностированный врачом после вступления договора страхования в силу, либо обострение в период действия договора страхования хронического заболевания, заявленного страхователем (застрахованным лицом) в заявлении на страхование и принятого страховщиком на страхование.

Временная утрата трудоспособности — состояние утраты способности к труду застрахованным лицом на протяжении определенного ограниченного периода времени, сопровождающееся освобождением застрахованного медицинским учреждением от работы на срок, необходимый для проведения лечения и восстановления работоспособности.

Страховыми случаями признаются следующие события.

1. Телесное повреждение (травма) застрахованного, предусмотренное перечнем страховых случаев. Такой перечень оформляется в виде таблицы страховых выплат в результате несчастного случая. Аналогичные таблицы применяются в некоторых европейских странах для назначения выплат по обязательному социальному страхованию. Фрагмент подобной таблицы приведен в табл. 4.3.

Таблица 4.3

Страховые выплаты при телесных повреждениях (травмах) застрахованного в результате несчастного случая (извлечение)¹

Повреждения по МКБ-10 ²	Выплата, % от страховой суммы
Травмы головы (S00-S09), повлекшие за собой оперативное вмешательство (открытая репозиция, остеосинтез отломков, трепанация черепа, операции при повреждениях капсульно-связочного аппарата, сосудов, нервов, исключая наложение скелетного вытяжения, первичную хирургическую обработку и удаление гематом при поверхностной травме и открытой ране головы). Дополнительно оплачивается	5
S00. Поверхностная травма головы (ушиб с развитием кровоподтека, гематомы) при сроках лечения более 21 дня	4
S01. Открытая рана головы (волосистой части головы, лица), в том числе укушенная, требующая наложения швов в зависимости от сроков лечения (7–21 день и более)	2–4 и до 6
S02.0 Перелом свода черепа	15
S02.1 Перелом основания черепа	20
S02.4 Перелом скуловой кости и верхней челюсти	5
S02.5 Перелом от 1 до 11 зубов и более	5–25
S02.6 Перелом нижней челюсти	5

¹ ВТБ Страхование. Правила добровольного страхования от несчастных случаев и болезней [эл. ресурс]. URL: http://www.vtbins.ru/upload/iblock/f97/pravila_strahovaniya_nsib0.pdf (дата обращения: 08.02.2014).

² МКБ-10 — Международная классификация болезней — документ, используемый как ведущая статистическая и классификационная основа в здравоохранении. Периодически (раз в десять лет) пересматривается под руководством ВОЗ. В настоящее время действует Международная классификация болезней Десятого пересмотра (МКБ-10).

2. Временная утрата трудоспособности застрахованным и (или) госпитализация в результате несчастного случая и болезни.

3. Критическое (смертельно-опасное) заболевание застрахованного, предусмотренное и определенное в соответствии с Перечнем критических заболеваний, установленных страховщиком, впервые диагностированное в период действия договора страхования.

4. Полная постоянная утрата трудоспособности или смерть застрахованного с установлением инвалидности в результате несчастного случая и болезни.

Указанные события признаются страховыми случаями, если они произошли в период действия договора страхования, либо в течение одного года с даты наступления несчастного случая или болезни.

В качестве обычных исключений признаются перечисленные выше случаи, наступившие в результате следующих обстоятельств:

1) совершения (попытки совершения) страхователем, застрахованным или выгодоприобретателем умышленного преступления, находящегося в прямой причинно-следственной связи со страховым случаем;

2) алкогольного, наркотического или токсического опьянения и/или отравления застрахованного, кроме случаев принуждения застрахованного к состоянию опьянения;

3) управления застрахованным лицом любым транспортным средством без права на управление или после применения лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством либо передачи застрахованным управления лицу, не имевшему соответствующего права или находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения или после применения лекарственных препаратов, противопоказанных при управлении транспортным средством;

4) лечения заболеваний или последствий несчастных случаев, имевших место до начала или после окончания периода действия договора добровольного страхования, о которых страховщик не был поставлен в известность заранее;

5) несчастных случаев, произошедших вследствие каких-либо заболеваний застрахованного лица;

6) заболеваний застрахованного лица, передающихся половым путем, в том числе ВИЧ-инфекции и СПИД;

7) самоубийства или попытки самоубийства, кроме случаев принуждения застрахованного либо случаев самоубийства спустя не менее двух лет со дня действия договора добровольного страхования (п. 3 ст. 963 ГК РФ);

8) форс-мажорных обстоятельств, предусмотренных ст. 964 ГК РФ;

9) умысла страхователя и (или) застрахованного;

10) иных обстоятельств, предусмотренных условиями договора страхования (занятий профессиональным или некоторыми видами любительского спорта, участие в состязаниях на транспортных средствах и т.п., беременности и родов).

Добровольное страхование от несчастного случая и болезней наиболее развито в форме коллективного страхования работников предприятий с базовыми тарифами от 0,3 до 2,3% страховой суммы и индивидуального

страхования, преимущественно детей школьного возраста (тариф 1,0–1,5%). В зависимости от возраста застрахованных, условий работы и занятий на досуге, в том числе видов спортивных занятий, к базовым тарифам применяются повышающие коэффициенты от 1,05 до 3. Отдельным направлением страхования от несчастных случаев и болезней является страхование экипажей морских, речных и воздушных и космических судов. Условия договора могут исключать случаи утраты профессиональной пригодности из-за заболеваний нервного и психического характера независимо от того, являются ли они результатом несчастного случая или длительных органических изменений. В России впервые экипаж космического корабля был застрахован в 1991 г. – космонавты «Союза ТМ-12» А. Арцебарский и С. Крикалев. Работодатели вправе отнести расходы на добровольное страхование своих работников от несчастных случаев и болезней к расходам по оплате труда, если они не превышают 15 000 руб. на 1 застрахованного в год (ст. 255 Налогового Кодекса РФ).

4.4. Источники финансирования страхования от несчастных случаев и заболеваний

Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством обеспечивается обязательными страховыми взносами, размер и условия уплаты которых установлен Законом о страховых взносах. Страховой тариф в ФСС, согласно ст. 12 указанного закона, равен 2,9% облагаемой страховыми взносами базы – ФОТ. Для ряда страхователей установлены в 2015 г. пониженные тарифы, размеры которых систематизированы, по данным Закона о страховых взносах, в табл. 4.4.

Таблица 4.4

Пониженные страховые взносы по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в 2015 г.

Страхователи	Тариф,% ФОТ
Организации по внедрению результатов интеллектуальной деятельности; заключившие технико-внедренческие договоры с руководителями особых экономических зон; занимающиеся информационными технологиями	2,0
Экипажи судов, кроме используемых для перевалки нефти в портах РФ	0
Организации, применяющие упрощенную систему налогообложения; аптеки с единым налогом на вмененный доход; некоммерческие организации в сферах социального обслуживания, науки, спорта; благотворительные организации с упрощенной системой налогообложения	0

С 2015 г. обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством распространено на иностранных граждан, временно пребывающих на территории России при условии уплаты за них страховых взносов по тарифу 1,8% ФОТ.

Важно!

Лица, добровольно вступившие в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, уплачивают страховые взносы в Фонд исходя из стоимости страхового года.

Стоимость страхового года, согласно ст. 4.5 Закона об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности, определяется как произведение минимального размера оплаты труда, установленного федеральным законом на начало финансового года, за который уплачиваются страховые взносы, и тарифа страховых взносов, установленного Законом о страховых взносах в части страховых взносов в ФСС, увеличенное в 12 раз, и согласно ст. 14 указанного закона — дополнительно 1% с дохода, превышающего 300 тыс. руб.

Средства на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний формируются за счет:

- 1) обязательных страховых взносов страхователей;
- 2) взыскиваемых штрафов и пени;
- 3) капитализированных платежей, поступивших в случае ликвидации страхователей;
- 4) иных поступлений, не противоречащих законодательству РФ.

Объектом обложения страховыми взносами признаются выплаты и иные вознаграждения, выплачиваемые страхователями в пользу застрахованных в рамках трудовых отношений и гражданско-правовых договоров, если в соответствии с гражданско-правовым договором страхователь обязан уплачивать страховщику страховые взносы.

Страховые взносы уплачиваются страхователем исходя из страхового тарифа с учетом скидок или надбавок, устанавливаемых страховщиком — ФСС. Страховые тарифы, дифференцированные по классам профессионального риска, устанавливаются отдельным федеральным законом. В 2014 г. и в плановый период 2015 и 2016 гг. страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний уплачиваются страхователем в порядке и по тарифам, которые установлены Федеральным законом от 22.12.2005 № 179-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2006 год»¹, в размере 0,2–8,5% ФОТ, облагаемых обязательными страховыми взносами, в зависимости от класса профессионального риска. Класс профессионального риска устанавливается по основному виду экономической деятельно-

¹ Федеральный закон от 02.12.2013 № 323-ФЗ «О страховых тарифах на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов».

сти страхователя (по его заявлению) в соответствии с Правилами отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска. Отдельные структурные подразделения крупных страхователей могут относиться к различным классам риска с учетом их видов деятельности.

Зарубежный опыт

Страховые схемы компенсации последствий профессионального травматизма и заболеваний финансируются за счет взносов работодателей, а также индивидуальных предпринимателей, если они являются застрахованными. В некоторых странах государство также участвует в финансировании, например во Франции государственное финансирование распространяется на заболевания, вызванные воздействием асбеста, а в Германии и в Финляндии – на финансирование страхования индивидуальных предпринимателей, работающих в сельском хозяйстве. В Норвегии работодатели оплачивают только 1/3 от общих взносов, поступающих в систему, другие 2/3 поступают в форме национального страхового взноса, формируемого за счет налогоплательщиков и государственных субсидий. В Великобритании взнос на страхование от несчастных случаев на производстве является частью платежа в систему Национального страхования (*National Insurance*). В странах с частным страхованием от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний это страхование полностью финансируется за счет работодателей. В некоторых странах, например в США, система социального страхования работников дополняется обязательным страхованием ответственности работодателя за вред, причиненный работникам в процессе работы.

С 2015 г. предусмотрена возможность зачета излишне уплаченных сумм страховых взносов по одному виду страхования в счет предстоящих платежей, погашения недоимки по взносам и задолженности по пеням и штрафам по другому виду страхования, если администрирование взносов осуществляет один и тот же орган контроля (ч. 21 ст. 26 Закона о страховых взносах). Для проведения данного зачета страхователь должен подать соответствующее заявление в письменной или электронной форме.

Таким образом, в частности, переплату по взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством можно зачесть в счет платежей по страховым взносам от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и наоборот, поскольку и те, и другие взносы администрируются ФСС. Эта позиция отражена в Письме Минтруда России от 24.09.2014 № 17–3/В-451.

Добровольное страхование от несчастных случаев и болезней оплачивается взносами страхователей, тариф которых рассчитывается страховщиком исходя из условий страхования, страхуемых рисков и статистики страховых случаев.

4.5. Тарификация рисков в социальном страховании от несчастных случаев, заболеваний и в связи с материнством

4.5.1. Расчет тарифа в обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

Страховой тариф по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством установлен,

как отмечалось выше, Законом о страховых взносах. Однако для исследований достаточности этого тарифа можно предложить следующую математическую модель.

Условие финансовой устойчивости системы обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на прогнозируемый период можно записать в следующем виде:

$$t \cdot \Phi + D_{\text{доп}} \geq B_{\text{б}} + B_{\text{бер.род}} + B_{\text{погр}} \pm V_{\text{форс}} + P_{\text{вд}}; \quad (4.1)$$

$$B_{\text{б}} = n_{\text{б}} \cdot T_{\text{б}} \cdot B_{\text{б.день}}; \quad (4.2)$$

$$B_{\text{бер.род}} = n_{\text{бер}} \cdot B_{\text{бер}} + n_{\text{бер.ран}} \cdot B_{\text{бер.ран}} + n_{\text{р}} \cdot B_{\text{р}} + n_{\text{уход}} \cdot B_{\text{уход}}; \quad (4.3)$$

$$B_{\text{погр}} = n_{\text{погр}} \cdot B_{\text{погр}}; \quad (4.4)$$

где t — страховой нетто-тариф; Φ — фонд оплаты труда, облагаемый страховыми взносами, на прогнозируемый период; $D_{\text{доп}}$ — дополнительные доходы Фонда в результате пени, штрафов и т.п.; $B_{\text{бер.род}}$ — суммарные выплаты пособий по беременности и родам, уходу за ребенком ($B_{\text{бер}} + B_{\text{бер.ран}} + B_{\text{р}} + B_{\text{уход}}$); $B_{\text{бер}}$ — выплаты пособий по беременности и родам; $B_{\text{бер.ран}}$ — выплаты единовременных пособий женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности; $B_{\text{р}}$ — выплаты пособий при рождении ребенка; $B_{\text{уход}}$ — выплаты пособий по уходу за ребенком до 1,5 лет; $B_{\text{погр}}$ — суммарные выплаты возмещения стоимости гарантированного перечня услуг и социальные пособия на погребение; $n_{\text{б}}$, $n_{\text{бер}}$, $n_{\text{бер.ран}}$, $n_{\text{р}}$, $n_{\text{уход}}$ — общее число случаев выплаты пособий по временной нетрудоспособности, беременности, единовременных пособий женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, при рождении ребенка, ежемесячных пособий по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет соответственно (определяется методами прогнозирования на основе статистики страховых случаев); $T_{\text{б}}$ — среднее число дней временной нетрудоспособности, оплаченных из средств ФСС; $B_{\text{б.день}}$ — средняя выплата на 1 день временной нетрудоспособности (определяется как частное от деления средней выплаты на 1 случай временной нетрудоспособности на среднее число дней временной нетрудоспособности); $B_{\text{бер.ран}}$, $B_{\text{р}}$, $B_{\text{уход}}$ — средние размеры выплат на 1 случай: пособий женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности, единовременного пособия при рождении ребенка, по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет соответственно. Средние выплаты определяются как частное от деления суммарных выплат на число случаев выплат. Размеры единовременных пособий определяются в результате анализа изменений нормативных требований. Ожидаемые приросты выплат оцениваются по результатам анализа статистического прироста средних выплат по их видам; $n_{\text{погр}}$ — общее число возмещений стоимости гарантированного перечня услуг и социальных пособий на погребение (определяется методами прогнозирования на основе статистики случаев); $B_{\text{погр}}$ — средний размер выплаты на 1 случай возмещений стоимости гарантированного перечня услуг и социальных пособий

на погребение (ожидаемый прирост средней выплаты). Средние выплаты определяются как частное от деления суммарных выплат на число случаев выплат. Ожидаемые приросты выплат оцениваются в результате анализа статистического прироста средних выплат по их видам. $V_{\text{форс}}$ — возможное изменение страховых выплат в связи с изменениями нормативных предельных размеров страховых выплат (пособий); $P_{\text{вд}}$ — собственные расходы Фонда в прогнозируемый период.

Применение любого метода прогнозирования числа случаев выплат, особенно для относительно коротких периодов статистического наблюдения, неизбежно связано с погрешностями, поэтому при расчете страхового тарифа необходимо учитывать случайные статистические отклонения числа выплат от их средних значений. Для компенсации этих отклонений введем в правую часть формулы (4.5) величину приращения страхового резерва $\Delta R_{\text{стр}}$, что позволит перейти от неравенства (4.5) к равенству:

$$t \cdot \Phi + D_{\text{доп}} = B_{\text{б}} + B_{\text{бер,род}} + B_{\text{погр}} \pm V_{\text{форс}} + P_{\text{вд}} + \Delta R_{\text{стр}}. \quad (4.5)$$

В первом приближении, без учета дифференцированности тарифа, предусмотренного Законом о страховых взносах, можно рассчитать страховой тариф по формулам:

$$t = t_{\text{ср}} + t_{\text{риск}}; \quad (4.6)$$

$$t_{\text{ср}} = \frac{1}{\Phi} (B_{\text{б}} + B_{\text{бер,род}} + B_{\text{погр}} \pm V_{\text{форс}} + P_{\text{вд}} - D_{\text{доп}}). \quad (4.7)$$

Поскольку случаи заболеваний, приводящие к временной нетрудоспособности, случаи беременности и родов и случаи выплат на погребение являются независимыми или весьма слабо коррелируют между собой, то для расчета $t_{\text{риск}}$ можно предложить следующую формулу:

$$t_{\text{риск}} = \frac{k(\gamma, m)}{\Phi} \cdot \left[\sqrt{\sigma(B_{\text{б}})^2 + \sigma(B_{\text{бер}})^2 + \sigma(B_{\text{бер,ран}})^2 + \sigma(B_{\text{р}})^2 + \sigma(B_{\text{уход}})^2 + \sigma(B_{\text{погр}})^2} \right]; \quad (4.8)$$

$$\sigma(B_{\text{б}}) = \sigma(n_{\text{б}}) \cdot T_{\text{б}} \cdot B_{\text{б,день}}; \quad (4.9)$$

$$\sigma(B_{\text{бер}}) = \sigma(n_{\text{бер}}) \cdot B_{\text{бер}}; \quad (4.10)$$

$$\sigma(B_{\text{бер,ран}}) = \sigma(n_{\text{бер,ран}}) \cdot B_{\text{бер,ран}}; \quad (4.11)$$

$$\sigma(B_{\text{р}}) = \sigma(n_{\text{р}}) \cdot (B_{\text{р}} + \Delta B_{\text{р}}); \quad (4.12)$$

$$\sigma(B_{\text{уход}}) = \sigma(n_{\text{уход}}) \cdot (B_{\text{уход}} + \Delta B_{\text{уход}}); \quad (4.13)$$

$$\sigma(B_{\text{погр}}) = \sigma(n_{\text{погр}}) \cdot (B_{\text{погр}} + \Delta B_{\text{погр}}), \quad (4.14)$$

где $t_{\text{ср}}$ — средняя (основная) часть страхового тарифа, соответствующая математическому ожиданию числа выплат пособий по всем основаниям

(расходных обязательств ФСС); $t_{\text{риск}}$ – рисковая часть страхового тарифа, учитывающая случайные отклонения страховых случаев в большую сторону относительно их математического ожидания и предназначенная для формирования страхового резерва; $k(\gamma, m)$ – квантиль случайного распределения ошибок статистических наблюдений в зависимости от доверительной вероятности γ и продолжительности статистических наблюдений по годам m ; $\sigma(n)$ – среднее квадратическое отклонение случайных величин количества выплат пособий по всем основаниям, возникающее вследствие отклонения данных прогнозного тренда от фактических данных в период статистического наблюдения.

Важно!

В работах по эконометрии¹ показано, что при условии нормального распределения ошибок статистических наблюдений числа страховых случаев по годам (это условие выполняется в связи с большим числом ежегодных страховых случаев) доверительный интервал возможных отклонений результатов прогноза имеет распределение Стьюдента.

Тогда коэффициент $k(\gamma, m)$ является квантилем распределения Стьюдента со степенью свободы $m - r$ и определяется в зависимости от заданного значения доверительной вероятности γ , продолжительности статистических наблюдений по годам m и числа определяемых параметров случайной функции распределения страховых случаев r (в нашем случае $r = 2$, поскольку мы вычисляем только математическое ожидание и дисперсию страховых случаев) по известным статистическим справочникам.

Значения страхового тарифа для страхователей с различными ставками его уплаты согласно Закону о страховых взносах можно приблизительно найти из условия (4.15), если известно распределение облагаемого страховыми взносами ФОТ Φ_i для каждой i категории страхователей из общего числа категорий l :

$$\Phi \cdot t = \sum_{i=1}^l \Phi_i \cdot t_i, \quad i = 1, \dots, l. \quad (4.15)$$

Для прогноза финансового результата F по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством описанная выше математическая модель дополнена следующими формулами:

$$F = t_{\text{стр}} \cdot \Phi + D_{\text{доп}} - P_{\text{вл}} - \left[\frac{B_6 + B_{\text{бер}} + B_{\text{бер,ран}} + B_p + B_{\text{уход}} + B_{\text{погр}} + k(\gamma, m) \cdot \left[\sqrt{\sigma(B_6)^2 + \sigma(B_{\text{бер,б}})^2 + \sigma(B_{\text{бер,ран}})^2 + \sigma(B_p)^2 + \sigma(B_{\text{уход}})^2 + \sigma(B_{\text{погр}})^2} \right]}{\right]}. \quad (4.16)$$

¹ Сулов В. И., Ибрагимов Н. М., Талышева Л. П., Цыплаков А. А. Эконометрия: учебник для вузов / отв. ред. Г. М. Мкртчян. НГУ, Нац. фонд подготовки кадров. Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2005. С. 744.

В расчетах финансового результата по формуле (4.16) страховой тариф $t_{\text{стр}}$ принимается по его фактическим (средним) или нормативным значениям.

4.5.2. Оценка и тарификация профессионального риска в обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

Методы тарификации страховых рисков, являющиеся предметом многочисленных дискуссий и исследований на протяжении всего времени действия Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев, в нормативных документах не определены. В настоящее время страховые тарифы установлены Законом о страховых тарифах на обязательное социальное страхование, который сохранил их величину на уровне 2006 г. Страховые тарифы установлены для 32 классов профессионального риска согласно Правилам отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска и Классификацией видов экономической деятельности по классам профессионального риска, утвержденной приказом Минтруда России от 25.12.2012 № 625н.

Зарубежный опыт

Системы, в которых взносы увязаны с уровнем травматизма на предприятии, построены на выделении страхования профессиональных рисков экономической деятельности в отдельную страховую отрасль на принципах финансовой устойчивости и самодостаточности. В этих системах предприятия обычно классифицируются по уровню профессионального риска исходя из уровня выплат по социальному страхованию, как, например, в России, или непосредственно по уровню страховых случаев с выделением множества самостоятельных классов (табл. 4.5).

Таблица 4.5

Классификация профессионального риска и тарифные ставки¹

Страна	Примерное количество классов риска	Диапазон страховых тарифов, % ФОТ
США	600–858*	0,3–70,0+
Канада	200–400*	0,25–9,00
Австралия	700–800*	0,3–11,0
Бельгия	1000	0,5–10,0
Новая Зеландия	Более 500	0,1–8,0
Финляндия	250	0,3–4,0
Франция	1100	0–4,0
Германия	Около 100*	В среднем 1,26
Россия	32	0,2–8,5
Коста-Рика	10	2,0–3,0

*В зависимости от штата в США, Австралии, провинции в Канаде или фонда в Германии.

¹ Robert W. Klein, Gregory Krohm. Alternative approaches to funding workers' compensation. Working Paper 06–3. Center for Risk Management and Insurance Research. Georgia State University, June 2006.

Подобный метод тарификации соответствует компенсационному принципу «*pay-as-you-go*», предполагающему расчет страхового взноса на прогнозируемый период в размере страховых выплат, получаемых страхователем за предшествующий период, с учетом уплаченных им страховых взносов. Компенсационный принцип «*pay-as-you-go*» широко применяется в промышленно развитых странах и нацелен на экономическое наказание страхователей за допущенные нарушения в безопасности труда, повлекшие производственные травмы и профессиональные заболевания. Компенсационный принцип эффективно стимулирует страхователей к устранению нарушений в безопасности труда, но в условиях необходимой государству и обществу экономической деятельности в объективно вредных и опасных условиях труда (некоторые горнометаллургические, химические и другие предприятия), где профессиональный риск невозможно полностью устранить, приводит к чрезмерным страховым платежам.

Зарубежный опыт

Специалисты МОТ и ВОЗ выделяют более 150 классов профессиональных рисков и 1000 их видов, которые представляют, по их мнению, реальную угрозу и опасность для здоровья, трудоспособности и даже жизни работников по 2000 различных профессий. При этом считается, что данная классификация является неполной и охватывает только отдельные аспекты безопасности и гигиены труда, а по ряду других профессий научные знания о рисках еще не получили должного представления.

На первом этапе тарификации профессионального риска устанавливается его класс для страхователя на основе основного вида его экономической деятельности.

Порядок подтверждения основного вида экономической деятельности предусматривает, что основной вид экономической деятельности (ВЭД) определяется страхователем самостоятельно, в соответствии с Правилами отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска.

Для подтверждения основного вида экономической деятельности страхователь ежегодно в срок не позднее 15 апреля представляет в территориальный орган ФСС по месту своей регистрации следующие документы:

- заявление о подтверждении основного вида экономической деятельности по форме согласно Порядку подтверждения основного вида экономической деятельности;
- справку-подтверждение основного вида экономической деятельности по форме согласно Порядку подтверждения основного вида экономической деятельности;
- копию пояснительной записки к бухгалтерскому балансу за предыдущий год (кроме страхователей – субъектов малого предпринимательства).

Как минимум, один вид экономической деятельности всегда должен быть указан в заявлении, максимальное их количество не ограничено. Если страхователь не подтверждает виды экономической деятельности подразделений, являющихся самостоятельными классификационными единицами, он подлежит отнесению к виду экономической деятельности, который соответствует его основному виду экономической деятельности.

Основной вид экономической деятельности коммерческой организации — вид, который по итогам предыдущего года имеет наибольший удельный вес в общем объеме выпущенной продукции и оказанных услуг.

Основной вид экономической деятельности некоммерческой организации — вид, в котором по итогам предыдущего года было занято наибольшее количество работников организации.

Основной вид экономической деятельности страхователя — физического лица, нанимающего лиц, подлежащих обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, соответствует основному виду деятельности, указанному в Едином государственном реестре индивидуальных предпринимателей (ЕГРИП).

При этом ежегодного подтверждения страхователем — физическим лицом основного вида деятельности не требуется.

Если страхователь занимается несколькими видами экономической деятельности, распределенными равными частями в общем объеме выпущенной продукции и оказанных услуг, он подлежит отнесению к основному виду экономической деятельности, который имеет наиболее высокий класс профессионального риска из осуществляемых им видов экономической деятельности. Государственные (муниципальные) учреждения относятся к 1-му классу профессионального риска в части деятельности, которая финансируется из бюджетов всех уровней и приравненных к ним источников.

Порядок присвоения предприятию класса риска и соответствующего ему страхового тарифа показан на рис. 4.1.

Самостоятельными классификационными единицами для целей обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, подлежащими отнесению к видам экономической деятельности, являются страхователи, обособленные подразделения страхователей — юридических лиц, а также их структурные подразделения, осуществляющие виды экономической деятельности, отличные от основного вида экономической деятельности страхователя.

Следует отметить, что ФСС не имеет права проверки заявляемых сведений о виде экономической деятельности страхователя.

Мнение эксперта

В процессе оценки риска можно условно выделить четыре этапа. На первом этапе выявляются вредные и опасные факторы профессионального риска с позиции их потенциальной опасности для здоровья работников. На втором этапе происходит сбор данных о частоте и тяжести последствий производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. На третьем этапе производится экономическая оценка последствий производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. На четвертом этапе должно происходить актуарное оценивание профессиональных рисков и выбирается модель страхования от профессиональных рисков.

Профессор В. Д. Ронк,
заместитель генерального директора
НИИ труда и социального страхования Минтруда



Рис. 4.1. Порядок установления тарифа по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

Важно!

Класс профессионального риска страхователя определяется согласно Правилам отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска исходя из величины интегрального показателя профессионального риска, учитывающего уровень производственного травматизма, профессиональной заболеваемости в денежном выражении, как расходов на обеспечение по страхованию, сложившегося по виду экономической деятельности страхователя.

Интегральный показатель профессионального риска по виду экономической деятельности определяется по формуле

$$I_n = \frac{E_{\text{вв}}}{E_{\text{фот}}} \cdot 100\%, \quad (4.17)$$

где I_n — интегральный показатель профессионального риска по данному виду экономической деятельности, выраженный в процентах; $E_{\text{вв}}$ — общая сумма расходов на обеспечение по страхованию по данному виду экономической деятельности в истекшем календарном году; $E_{\text{фот}}$ — сумма выплат и иных вознаграждений в пользу застрахованных лиц за истекший календарный год по данному виду экономической деятельности, на которые в соответствии с Законом об обязательном социальном страховании от несчастных случаев начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

При изменении величины интегрального показателя профессионального риска по виду экономической деятельности Минтруда по представлению ФСС принимает решение об отнесении этого вида экономической деятельности к другому классу профессионального риска.

Фактически *интегральный показатель* Ип устанавливает страхователю страховой тариф, но лишь на основе осредненных данных по виду экономической деятельности и без учета опасности труда (индивидуального уровня профессионального риска) страхователя. Для учета индивидуального уровня риска предусмотрена система бонус-малус согласно Правилам установления страхователям скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденным постановлением Правительства РФ от 30.05.2012 № 524, с использованием Методики расчета скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденной приказом Минтруда России от 01.08.2012 № 39н.

Согласно указанной методике надбавка к страховому тарифу рассчитывается по следующим формулам:

$$P(\%) = \left[\frac{1}{3} \left(\frac{a_{\text{стр}}}{a_{\text{вэд}}} + \frac{b_{\text{стр}}}{b_{\text{вэд}}} + \frac{c_{\text{стр}}}{c_{\text{вэд}}} \right) - 1 \right] \cdot (1 - q_1) \cdot (1 - q_2) \cdot 100, \quad (4.18)$$

где $a_{\text{стр}}$, $b_{\text{стр}}$, $c_{\text{стр}}$ — показатели a , b , c , рассчитанные для каждого страхователя следующим образом.

Показатель a — убыточность страхователя:

$$a = \frac{O}{V}, \quad (4.19)$$

где O — сумма обеспечения (руб.) по страхованию, произведенного за три года, предшествующих текущему, в которые включаются: суммы выплаченных пособий по временной нетрудоспособности, произведенные страхователем; суммы страховых выплат и оплаты дополнительных расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию, произведенные территориальным органом страховщика в связи со страховыми случаями, произошедшими у страхователя за три года, предшествующие текущему; V — сумма начисленных страховых взносов за три года, предшествующих текущему (руб.).

Показатель b — количество страховых случаев у страхователя, на тысячу работающих:

$$b = \frac{n_{\text{стр}}}{N} \cdot 1000, \quad (4.20)$$

где $n_{\text{стр}}$ — количество случаев, признанных страховыми за три года, предшествующих текущему; N — среднесписочная численность работающих за три года, предшествующих текущему (чел.).

Показатель c — количество дней временной нетрудоспособности у страхователя на один несчастный случай, признанный страховым, исключая случаи со смертельным исходом:

$$c = \frac{T}{S}, \quad (4.21)$$

где T — число дней временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями, признанными страховыми, за три года, предшествующих текущему; S — количество несчастных случаев, признанных страховыми, исключая случаи со смертельным исходом, за три года, предшествующих текущему.

Показатель q_1 — коэффициент проведения аттестации рабочих мест по условиям труда у страхователя, рассчитывается как отношение разницы числа рабочих мест, на которых проведена аттестация рабочих по условиям труда и числа рабочих мест, отнесенных к вредным и опасным классам условий труда, по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда, к общему количеству рабочих мест страхователя:

$$q_1 = \frac{(q_{11} - q_{13})}{q_{12}}, \quad (4.22)$$

где q_{11} — число рабочих мест, на которых проведена аттестация рабочих мест по условиям труда на 1 января текущего календарного года организацией, аккредитованной в установленном порядке, на оказание услуг по аттестации рабочих мест по условиям труда; q_{12} — число рабочих мест, подлежащих аттестации по условиям труда в соответствии с действующими нормативными правовыми актами; q_{13} — число рабочих мест, отнесенных к вредным и опасным классам условий труда по результатам аттестации рабочих мест по условиям труда.

Показатель q_2 — коэффициент проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров у страхователя, рассчитывается как отношение числа работников, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры, к числу всех работников, подлежащих данным видам осмотра у страхователя:

$$q_2 = \frac{q_{21}}{q_{22}}, \quad (4.23)$$

где q_{21} — число работников, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами на 1 января текущего календарного года; q_{22} — число всех работников, подлежащих данным видам осмотра у страхователя.

Для расчета коэффициентов используются сведения о результатах аттестации рабочих мест по условиям труда и проведенных обязательных

предварительных и периодических медицинских осмотрах, отраженных страхователем в соответствующем разделе формы расчета по численным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения в соответствии со ст. 24 Закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев.

Показатели уровня проведения аттестации рабочих мест по условиям труда и уровня проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров рассчитываются и округляются до одного знака после запятой.

Показатели $a_{вэд}$, $b_{вэд}$, $c_{вэд}$ соответствуют виду экономической деятельности, которому соответствует основной вид деятельности страхователя, их значения на 2012 г. утверждены постановлением ФСС от 30.03.2012 № 75¹.

При расчетных значениях $(1 - q_1)$ и (или) $(1 - q_2)$ равных нулю, значения по данным показателям устанавливаются в размере 0,1 соответственно.

При $0 < P < 40\%$ – надбавка к страховому тарифу устанавливается в размере полученного по формуле (4.18) значения (с учетом округления).

При $P \geq 40\%$ надбавка устанавливается в размере 40%.

Скидка к страховому тарифу рассчитывается по формуле

$$C(\%) = \left[1 - \left(\frac{a_{стр}}{a_{вэд}} + \frac{b_{стр}}{b_{вэд}} + \frac{c_{стр}}{c_{вэд}} \right) / 3 \right] \cdot q_1 \cdot q_2 \cdot 100. \quad (4.24)$$

При $0 < C < 40\%$ – скидка к страховому тарифу устанавливается в размере полученного по формуле (4.24) значения (с учетом округления).

При $C \geq 40\%$ – скидка устанавливается в размере 40%.

При наличии в предшествующем финансовом году страхового случая со смертельным исходом, произошедшего не по вине третьих лиц, страхователю на очередной финансовый год скидка не устанавливается.

На практике применение скидок и надбавок весьма ограничено. В качестве основных причин такого положения можно указать заявительный характер получения скидки, требующий немало времени и труда для сбора необходимой для ФСС информации, недостаточный уровень аттестации рабочих мест у страхователей, наличие смертельных страховых случаев у страхователей с высокими страховыми тарифами, для которых получение скидок могло бы представить экономический интерес и излишнюю детализацию средних значений основных показателей, затрудняющих получение скидок даже при снижении выплат по страховому обеспечению у соискателя скидки к тарифу.

¹ Постановление ФСС РФ от 30.03.2012 № 75 «Об утверждении средних значений основных показателей для расчета скидок и надбавок к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2012 году».

Для обеспечения финансовой устойчивости обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в соответствии с Правилами формирования, размещения и расходования резерва средств на осуществление обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в 2014 году и на плановый период 2015 и 2016 годов, утвержденными постановлением Правительства РФ от 24.12.2012 № 1396, формируется страховой резерв по результатам отчетного финансового года на основании отчета об исполнении бюджета ФСС за счет:

а) остатка средств страхового резерва на начало отчетного финансового года;

б) превышения в отчетном финансовом году доходов бюджета Фонда по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (за исключением капитализированных платежей, поступающих в случае ликвидации юридических лиц — страхователей, и доходов, полученных от размещения средств страхового резерва) над его расходами по указанному виду страхования;

в) капитализированных платежей, поступающих в случае ликвидации юридических лиц — страхователей;

г) доходов, полученных от размещения средств страхового резерва.

Таким образом, страховой резерв, являющийся одним из основных условий финансовой устойчивости страхования, в системе обязательного социального страхования профессиональных рисков формируется фактически по остаточному принципу, без проведения актуарных расчетов.

4.5.3. Расчет тарифа в добровольном страховании от несчастных случаев и болезней

В настоящее время большинством коммерческих страховщиков тариф по добровольному страхованию от несчастных случаев и болезней рассчитывается актуарными методами на основе собственной (или заимствованной) страховой статистики с учетом следующих основных факторов:

1) условия работы (профессиональный риск, частота и места командировок и пр.);

2) времени страхового покрытия (круглосуточно или только в рабочее время);

3) перечень покрываемых страховых рисков;

4) формы досуга (опасные виды спорта, развлечений и т.п.);

5) возраста застрахованного.

Примерные значения базового страхового тарифа добровольного коллективного страхования от несчастных случаев и болезней (срок страхования — 1 год) приведены в табл. 4.6.

В табл. 4.6 классы риска сгруппированы следующим образом.

Класс I — лица с «сидячей» работой, высококвалифицированные специалисты, непосредственно не участвующие в процессе производства или аналогичном процессе (директора, управленцы, конторские служащие).

Класс II — лица, непосредственно надзирающие за процессами производства или аналогичными процессами, но не участвующие в них (мастера, прорабы и т.д.), а также высококвалифицированные работники с низким уровнем ручного труда.

Базовые тарифы, % от страховой суммы¹

Вариант страхования		Класс риска	Набор страховых рисков			
			Смерть	Смерть, инвалидность	Смерть, травма	Смерть, инвалидность, травма
Вариант I При исполнении трудовых (служебных) обязанностей	Для проезда на работу / с работы регулярно используется служебный транспорт	I	0,11	0,17	0,44	0,50
		II	0,15	0,23	0,60	0,67
		III	0,24	0,36	0,91	1,03
		IV	0,35	0,52	1,32	1,49
		V	0,56	0,83	2,08	2,35
	Для проезда на работу / с работы не используется служебный транспорт	I	0,08	0,14	0,20	0,25
		II	0,10	0,16	0,32	0,36
		III	0,17	0,25	0,63	0,71
		IV	0,28	0,42	1,04	1,18
		V	0,49	0,72	1,80	2,03
Вариант II При исполнении трудовых (служебных) обязанностей и в быту	I	0,21	0,28	0,93	1,00	
	II	0,26	0,34	1,09	1,17	
	III	0,34	0,47	1,40	1,53	
	IV	0,46	0,63	1,81	1,99	
	V	0,66	0,94	2,57	2,85	

¹ Архипов А. П. Андеррайтинг в страховании. Теоретический курс и практикум. М. : Издательство Юрайт, 2013. С. 359.

Класс III – квалифицированные работники с преимущественно ручным трудом, полуквалифицированные работники с умеренным уровнем ручного труда.

Класс IV – низкоквалифицированные работники преимущественно ручного труда, неквалифицированные работники, профессиональные риски которых представляются страховщику приемлемыми.

Класс V – работники, занятые на подземных работах.

Содержание классов соответствующей квалификации может несколько отличаться у разных страховщиков. Страховщики могут назначать специальные ставки для некоторых профессий (например, врачей или адвокатов). Класс I считается базовым, а принятые для него тарифы – стандартными.

Зарубежный опыт

В практике британских страховщиков в среднем тарифы по классу II превышают тарифы по классу I в 1,75 раза, по классу III – в 2 раза, по классам IV–X – примерно в 3 раза¹.

При наличии особых условий профессиональной деятельности застрахованного, увеличивающих его степень риска по сравнению с прочими работниками того же профессионального класса, он переводится в следующий класс профессионального риска (исключение составляют застрахованные, изначально относящиеся к классу V). Под особыми условиями профессиональной деятельности обычно понимаются:

1) командировки не реже четырех раз в год или регулярные разъезды внутри города и в его окрестностях;

2) выезды в «горячие» точки или зоны стихийных бедствий;

3) работа с опасными (ядовитыми, взрывчатыми) веществами;

4) работа в условиях с нарушением техники безопасности;

5) прочие неблагоприятные условия (работа под открытым небом, в воде, на высоте, в открытом море, в условиях повышенной влажности, высокой или низкой температуры, пониженного или повышенного атмосферного давления и т.д.).

Поправочные коэффициенты к тарифам (система бонус-малус) приведены в табл. 4.7 и 4.8.

Таблица 4.7

Поправочный коэффициент для учета возраста застрахованного*

Возраст застрахованного, лет	До 19	19–25	26–50	51–60	Более 60
Коэффициент, не ниже	1,08	1,05	0,9	1,07	1,15

*Применяется только при страховой сумме свыше установленного предела.

¹ Кудряцев А. А., Плам Р. Г., Чернова Г. В. Страхование здоровья (опыт Великобритании). М.: Анкил, 2003. С. 216.

Повышающий коэффициент, учитывающий занятия застрахованного на досуге, вне основной деятельности¹

Вид занятий	Коэффициент, не ниже
Автомотоспорт, альпинизм, бокс, боевые искусства, дельтапланизм, парашютный спорт, спелеология, подводное плавание, виндсерфинг, сноуборд, рафтинг, тяжелая атлетика, прочие особо опасные виды спорта; экстремальные путешествия	2,5–3,0
Батут, гандбол, горные лыжи, спортивная борьба, дзюдо, воднолыжный спорт, велосипед, конный спорт, коньки, спортивное ориентирование, хоккей с шайбой	1,7–2,0
Волейбол, футбол, хоккей, ручной мяч, баскетбол, хоккей с мячом	1,5
Легкая атлетика, гимнастика, плавание (кроме подводного), теннис, крокет, гольф, бег на лыжах, прочие виды спорта невысокой степени риска	1,0–1,2
Отсутствие травмоопасных занятий	0,95

При индивидуальном страховании от несчастного случая и болезней при большой страховой сумме, превышающей в несколько раз годовой доход страхователя, выполняется финансовый и при необходимости криминальный андеррайтинг источников дохода во избежание попыток страхового мошенничества.

4.6. Основные проблемы обязательного социального страхования от несчастных случаев, заболеваний и в связи с материнством и поиски их решений

Модернизация системы обязательного социального страхования актуальна в свете следующих общемировых тенденций:

1) изменение природы профессиональных рисков в связи с усилением влияния человеческого фактора на возникновение и развитие антропогенных и техногенных чрезвычайных ситуаций, фактора профессионального стресса, появлением и развитием новых промышленных технологий, новых возможностей в сфере предотвращения риска, развитием и удорожанием медицинских технологий и методов реабилитации;

2) развитие глобальной конкуренции, структурные сдвиги занятости населения, перераспределение рабочей силы от доминирующего ранее промышленного производства к сфере услуг, увеличение внутренней и внешней трудовой миграции;

3) изменение в организации рабочих мест, появление новых форм занятости (работа в течение неполного рабочего дня, временная работа, дого-

¹ *Архипов А. П.* Андеррайтинг в страховании. Теоретический курс и практикум. М.: Издательство Юрайт, 2013. С. 359.

ворная работа, неформальная занятость и др.), рост индивидуального предпринимательства, снижение потребности в физическом труде и др.;

4) разнонаправленное изменение качества рабочей силы в связи с повышением уровня гуманитарного и снижением уровня технического образования населения, увеличением числа женщин среди работающих, старением населения, увеличением иммиграции неквалифицированной рабочей силы из слаборазвитых стран;

5) необходимость стандартизации норм охраны труда и условий страхования профессиональных рисков в связи с присоединением к Всемирной торговой организации (ВТО).

В целях снижения дефицита по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством ФСС внес изменения в Закон об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности в части увеличения до двух лет периода для определения среднего заработка в целях расчета пособий по этому виду страхования. Указанные изменения вступили в силу с 2013 г. В 2013 г. ФСС получил право запрашивать и получать в учреждениях банков сведения о наличии средств на счетах страхователей в целях предъявления требований по уплате страховых взносов. Дополнительно рассматривались и такие меры по снижению дефицита, как введение дополнительного неоплачиваемого из средств ФСС дня временной нетрудоспособности, отмена уплаты налога на доходы физических лиц с пособий по временной нетрудоспособности и др. Однако проблема дефицита страховых взносов в обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством к 2016 г. не была решена и поиски ее решения продолжаются.

Важно!

Важнейшей инициативой ФСС, поддержанной Правительством РФ, является проведение пилотного проекта по отмене зачетного механизма проведения обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Проведение пилотного проекта предусмотрено постановлением Правительства РФ от 21.04.2011 № 294.

Нововведения пилотного проекта коснулись граждан, работающих по трудовым договорам, работодателей и учреждения здравоохранения. В пилотных регионах поменялась система взаиморасчета между территориальным органом ФСС и страхователем (работодателем) — страхователи стали уплачивать страховые взносы в бюджет ФСС в полном объеме без уменьшения их на суммы выплат, как в настоящее время.

Выплата пособий производится непосредственно территориальными органами Фонда.

ФСС прогнозирует следующие результаты пилотного проекта:

а) для застрахованных граждан — обеспечение правильности начисления пособий, отсутствие зависимости от работодателя по выплате пособий, самостоятельный выбор способа получения пособий (либо на банковский

3) счет, либо почтовым переводом), сокращение конфликтных ситуаций с работодателем:

б) для страхователей — освобождение от функций по расчету пособий;
в) для ФСС как страховщика — возможность контроля за всеми оплачиваемыми листками нетрудоспособности, переход на электронный листок нетрудоспособности, сокращение случаев страхового мошенничества, оптимизация расходов;

г) для медицинских учреждений — введение бланка листка нетрудоспособности, позволяющего компьютеризировать ряд процессов, сокращение времени потраченного на бумажную работу, переход на электронный листок нетрудоспособности, автоматизация работы по экспертизе временной нетрудоспособности.

В целом от реализации пилотного проекта ожидается получить:

— обеспечение эквивалентности страхового обеспечения страховым взносам;

— обеспечение гарантированных социальных выплат застрахованным гражданам;

— упрощение документооборота между ФСС, страхователями и медицинскими учреждениями.

В пилотных регионах уже отмечается сокращение времени на получение застрахованными лицами пособий за счет исключения задержек, связанных с временной нехваткой денег у страхователя на выплату пособий, и полноты выплат в связи с исключением страхователей, часто искусственно задерживающих выплаты пособий своим работникам вследствие использования средств на другие цели или отсутствия средств, из числа плательщиков пособий.

В рамках развития обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний с 2014 г. увеличены предельные размеры выплат по несчастному случаю до 1 млн руб. с использованием накопившихся доходов от данного вида страхования.

Выводы

1. Обязательное социальное страхование наемных работников в России появилось несколько позднее, чем в западных странах. Его начало было положено принятием Законодательного акта от 15 мая 1901 г. «Временные правила о пенсиях рабочим казенных горных заводов и рудников, утративших трудоспособность на заводских и рудничных работах» и дальнейшего развития правовых основ социального страхования. Финансирование социального страхования осуществлялось за счет взносов предпринимателей и работников, но страхование от несчастных случаев, как и сегодня в большинстве стран, осуществлялось только за счет предпринимателей.

2. Сегодня национальная система страхования от несчастных случаев и заболеваний включает три обязательных вида страхования и два добровольных. К обязательным видам страхования относятся: страхование на случай временной или постоянной утраты трудоспособности в результате производственного травматизма и профессиональных заболеваний (профессиональных рисков) по Закону об обязательном социальном страховании от несчастных случаев; страхование на случай временной утраты трудоспособности в результате заболеваний и на случай материнства в соответствии с Законом об обязательном социальном страховании на случай временной

нетрудоспособности. Страховщиком по этим видам страхования является ФСС. Третьим видом является государственное страхование жизни и здоровья тех категорий государственных служащих, чья профессиональная деятельность связана с повышенным риском несчастного случая при исполнении своих служебных обязанностей. Этот вид осуществляют коммерческие страховщики, имеющие лицензию на данный вид страхования и отобранные по конкурсу. Среди добровольных видов преобладает страхование от несчастных случаев и болезней как в рабочее время, так и в быту, совершаемое коммерческими страховщиками.

3. Страховыми рисками по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством признаются временная утрата застрахованным лицом заработка или иных выплат, вознаграждений в связи с наступлением страхового случая либо дополнительные расходы застрахованного лица или членов его семьи в связи с наступлением страхового случая.

4. Страховыми рисками по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (профессионального риска) являются временная или стойкая утрата профессиональной трудоспособности в результате травматизма и заболеваний.

5. Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством обеспечивается обязательными взносами, размер и условия уплаты которых установлен Законом о страховых взносах. Страховой тариф равен 2,9% облагаемой страховыми взносами базы – ФОТ.

6. Обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством обеспечивается обязательными взносами, размер и условия уплаты которых установлен Законом о страховых тарифах на обязательное социальное страхование в размере 0,2–8,5% ФОТ в зависимости от класса профессионального риска страхователя.

7. Тарификация профессионального риска соответствует компенсационному принципу *«pay-as-you-go»*, предполагающему расчет страхового взноса на прогнозируемый период в размере страховых выплат, получаемых страхователем за предшествующий период, с учетом уплаченных им страховых взносов. Компенсационный принцип широко применяется в промышленно развитых странах и нацелен на экономическое наказание страхователей за допущенные нарушения в безопасности труда, повлекшие производственные травмы и профессиональные заболевания. Для учета индивидуального уровня риска страхователя предусмотрена система скидок и надбавок к страховому тарифу по классу риска.

8. В добровольном страховании от несчастных случаев и болезней тариф рассчитывается актуарными методами на основе собственной (или заимствованной) страховой статистики с учетом условий работы застрахованных, времени страхового покрытия, перечня покрываемых страховых рисков, занятий застрахованного на досуге и его возраста.

9. Модернизация обязательного социального страхования профессионального риска и в связи с материнством необходима в связи с изменениями профессионального качества и структуры работников, трудовыми миграционными процессами, обострением международной трудовой конкуренции и нехваткой средств на выполнение социальных обязательств. В России модернизация этих видов страхования происходит в направлении отказа от зачетного принципа выплаты страхового обеспечения по временной нетрудоспособности и в связи с материнством, совершенствовании тарификации профессионального риска и поиска экономического баланса между социальными обязательствами и финансовыми возможностями государства и работодателей.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы цели и задачи страхования от несчастных случаев и заболеваний?
2. Назовите основные этапы развития страхования от несчастных случаев и заболеваний в Европе.

3. Назовите основные этапы развития страхования от несчастных случаев и заболеваний в России.
4. Какие виды рисков покрывает обязательное социальное страхование от несчастных случаев и заболеваний?
5. Дайте определение профессиональному риску.
6. Как сегодня классифицируется профессиональный риск в России?
7. Какие виды страхового обеспечения используются в обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний?
8. Какие виды страхового обеспечения используются в обязательном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством?
9. Назовите источники финансирования обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Глава 5

СТРАТЕГИИ СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИИ

В результате изучения главы студент будет:

- **знать** цели и основные направления социально-экономического развития РФ;
- **уметь** формулировать задачи стратегического развития системы социального страхования в РФ;
- **владеть** пониманием роли социального страхования в реализации социально-экономического развития РФ.

Ключевые термины: социальное государство, социальная политика, социальная защита, стратегия социально-экономического развития, социальная система, демографическая политика.

5.1. Государственная социальная политика и социальное страхование

Тема социальной политики государства актуальна прежде всего своим влиянием на качество и уровень жизни населения. В любом государстве, на любом этапе развития общества социальная политика играет важную роль, поскольку направлена на обеспечение благополучия и всестороннего развития граждан страны и общества в целом.

Согласно ст. 7 Конституции РФ, «Российская Федерация – социальное государство, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека».

Социальная политика – это деятельность государства по созданию и регулированию социально-экономических условий жизни общества с целью повышения благосостояния членов общества, ликвидации негативных последствий функционирования рыночных процессов, обеспечения социальной справедливости и социально-политической стабильности в стране.

Основными объектами социально-экономической политики государства являются:

- рынок труда и занятость;
- трудовые отношения;
- оплата труда и доходы населения;
- система социального обеспечения населения.

Основное предназначение социальной политики состоит в полном удовлетворении материальных, культурных и духовных потребностей, формировании всесторонне и гармонично развитых членов общества. Это и есть стратегическая и высшая цель развития любого цивилизованного государства.

Важно!

Социальная политика Российской Федерации включает наряду с социальным страхованием социальную защиту, политику в области оплаты труда и жилищную политику. Как мы уже отмечали, социальное страхование — установленная, контролируемая и гарантированная государством система обеспечения, поддержки престарелых, нетрудоспособных граждан за счет государственных целевых внебюджетных фондов, а также корпоративных и личных средств.

Политику государства по развитию социального страхования следует рассматривать в едином контексте с его экономической и финансовой политикой. Требуется скоординированные и целенаправленные действия по повышению общего прожиточного уровня. Это предполагает сочетание ускорения экономического роста с эффективно действующей системой мер по налогообложению доходов, с контролем над ценами на товары, входящие в «потребительскую корзину» (либо с субсидиями на их покупку). Эти меры входят в круг важнейших стратегических задач обеспечения экономической и социальной стабильности в обществе. Надо также подчеркнуть их взаимосвязанность. Ведь даже скромный экономический рост создает благоприятные предпосылки для расширения базы налогов и взносов в фонды социального страхования, способствует снижению уровня безработицы и расширяет доступ к системам социальной помощи. В то же время социальный мир в обществе, стабильные и доброжелательные отношения между наемными работниками и работодателями, достигаемые в существенной мере с помощью системы социального страхования, правомерно, наряду с трудом и капиталом, рассматривать в качестве еще одного, третьего, производственного фактора. Развитые системы социального страхования способны оказывать положительное влияние на состояние экономики и социальное положение трудящихся посредством рационального перераспределения доходов, активного стимулирования сбережений населения, увеличения его покупательной способности.

Неотъемлемыми факторами любой нормально функционирующей социальной системы являются социальная защита и социально-экономическая поддержка населения.

Социальная помощь в поддержании физической жизни людей, удовлетворении их социальных потребностей существовала уже в начальный период развития человечества. С развитием цивилизации, технического прогресса и культуры, распадом семейно-родственных и общинных связей государство все более активно принимало на себя функцию гаранта социальной защищенности человека.

Формирование и развитие рыночной экономики привело к выделению социальной защиты населения, которая приобрела новый смысл: прежде

всего как защита от неблагоприятных воздействий рыночных отношений, в самостоятельный вид деятельности.

Система социальной защиты вовлечена в систему рынка и является его неотъемлемым элементом. Через нее реализуется социальная поддержка тех, кто объективно не имеет возможности обеспечить себе достойный уровень жизни, — это, по существу, необходимая плата за возможность предпринимательской деятельности и получение дохода в стабильном обществе. В условиях рыночных отношений человек может обеспечить удовлетворение своих потребностей лишь путем получения дохода от собственности или в виде заработной платы за свой труд.

Однако в каждом обществе есть определенная часть населения, которая не имеет собственности и не в состоянии трудиться в силу некоторых причин: болезнь; нетрудоспособность вследствие старости или возраста, не позволяющего человеку вступить в сферу производственных отношений (дети); последствия экологических, экономических, национальных, политических и военных конфликтов, стихийных бедствий, явных демографических изменений и т.д. Данные категории населения не выживут без защиты и социальной помощи государства, когда главным фактором производства и распределения является капитал.

Социальная защита — это политика государства по обеспечению конституционных прав и минимальных гарантий человеку независимо от его места жительства, национальности, пола, возраста, иначе в социальной защите нуждаются все конституционные права и свободы личности — от права на собственность и свободу предпринимательства до личной неприкосновенности и экологической безопасности. Главная цель социальной защиты состоит в том, чтобы оказать необходимую помощь конкретному человеку в сложной жизненной ситуации.

С 2015 г. вступил в силу Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», который определяет правовые, организационные и экономические основы социального обслуживания, полномочия органов власти, права и обязанности получателей и поставщиков социальных услуг. Указанный закон содержит нормы, направленные на формирование рынка социальных услуг. Кроме государственного сектора, в сферу соцобслуживания будут привлекаться коммерческие и некоммерческие организации, которым будет оказываться поддержка со стороны государства.

В этих целях для организаций, оказывающих услуги в сфере социального обслуживания, будет установлена нулевая ставка налога на прибыль. Также в 2015 г. впервые из федерального бюджета выделены средства в размере 168,5 млн рублей на субсидирование проектов привлечения частного инвестора или частного эксплуатанта в сферу соцобслуживания. Приняты поправки в закон о концессионных соглашениях, что сделало возможным заключать концессионные договоры для объектов социального обслуживания.

По ранее действовавшему законодательству граждане, имеющие денежный доход ниже прожиточного минимума, имели право на бесплатное получение социальных услуг. Федеральным законом об основах соцобслуживания населения предполагается, что порог отсечения будет на уровне полутора прожиточных минимумов. Это увеличит количество людей, имеющих право на получение бесплатной социальной помощи, в том числе инвалидов, семей, в которых есть ребенок-инвалид, людей без определенного места жительства. Этим законом предусматривается индивидуальный подход к каждому нуждающемуся в помощи. Он предполагает разработку и реализацию индивидуальной программы, с помощью которой человек сможет преодолеть тяжелую жизненную ситуацию.

Кроме того, планируется создание реестра поставщиков и регистра получателей социальных услуг. Это позволит наладить более тесное взаимодействие между различными территориями. Также предусмотрено формирование единых минимальных социальных стандартов социальной помощи по всей стране и примерного перечня социальных услуг. Они будут утверждаться Правительством РФ и могут быть уточнены на уровне региона¹.

Система социальной защиты населения в России продолжает формироваться и постепенно превращается в качественно новую самостоятельную, многопрофильную отрасль народного хозяйства.

Нормативные документы

Оплата труда – система отношений, связанных с обеспечением установления и осуществления работодателем выплат работникам за их труд в соответствии с законами, иными нормативными правовыми актами, коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами и трудовыми договорами.

«Зарботная плата – вознаграждение за труд в зависимости от квалификации работника, сложности, количества, качества и условий выполняемой работы, а также выплаты компенсационного и стимулирующего характера».

Статья 129 ТК РФ

Как видно из приведенного выше определения, понятие «оплата труда» значительно шире понятия «зарботная плата». Оплата труда включает не только систему расчета зарботной платы, но и используемые режимы, правила использования и документального оформления рабочего времени, используемые нормы труда, сроки выплаты зарботной платы.

Системы оплаты труда, размеры окладов и отдельных выплат устанавливаются в отношении работников организаций, финансируемых из бюджета, соответствующими законами и иными нормативными правовыми актами, а в отношении коммерческих предприятий – коллективными договорами, соглашениями, локальными нормативными актами организаций, трудовыми договорами (ст. 135 ТК РФ).

¹ Социальная политика: основные изменения с 1 января 2015 года [эл. ресурс]. URL: <http://www.rosmintrud.ru/social/social/232> (дата обращения: 02.06.2016).

Основная цель политики оплаты труда — формирование и развитие экономически обоснованной, справедливой, понятной и прозрачной системы оплаты труда. Можно выделить следующие ее принципы:

- дифференциация оплаты труда в соответствии с количеством и качеством труда;
- зависимость оплаты труда от сложности и условий выполняемой работы;
- совершенствование показателей оценки труда работников в зависимости от их инициативности, сроков выполнения работ, результативности принимаемых решений;
- стимулирование инициативы, творчества и добросовестного отношения к труду каждого работника;
- учет затрат времени на выполнение заданий и стабильность результатов труда;
- личный вклад каждого работника в выполнение задач, возложенных на структурное подразделение;
- степень ответственности работника за выполнение определенных должностных обязанностей.

Политика государства в области оплаты труда также является важнейшей задачей правительства страны. От уровня и качества развития этой составляющей во многом зависит состояние производственной сферы экономики в целом.

Жилищная политика — проводимая органами государственной власти и местного самоуправления политика, направленная на обеспечение нуждающихся граждан жильем.

Жилищная проблема в России — исключительно сложная, острая и дорогостоящая с точки зрения ее решения. Огромная доля неблагоустроенного жилого фонда, с которым Россия вступила в XXI в., еще долго будет оказывать влияние на общую ситуацию в жилищной сфере. Низкая обеспеченность людей жилыми метрами; большая часть населения, вообще не имеющая отдельного жилья — одна из главных задач, которую российскому обществу придется решать в обозримый период. Если добавить практически полное отсутствие «запаса прочности» у большинства россиян, стремление государства снять с себя обязательства по капитальному ремонту жилого фонда, проблему обеспечения жильем военнослужащих и молодежи, то можно получить хотя бы общее представление об остроте проблемы сегодня и насколько она обострится в будущем. К сожалению, несмотря на различные национальные проекты, проблема обеспечения нуждающихся граждан жильем, даже и по социальным нормам, остается нерешенной, и решать ее предстоит будущим поколениям.

Помимо вышеизложенных важнейшим направлением социальной политики является государственная политика доходов. Она направлена на решение двух главных задач: оказание прямой помощи наиболее уяз-

вимым слоям населения через систему социального обеспечения и нейтрализацию инфляционного обесценивания доходов и сбережений населения.

Особое значение в политике доходов имеет проблема защиты денежных доходов населения от инфляции. С этой целью применяется индексация социальных целевых и страховых выплат в соответствии с ростом цен на потребительские товары и услуги. Индексация осуществляется как на общегосударственном уровне, так и отдельных предприятиях через коллективный договор. Она предусматривает дифференцированный подход в зависимости от величины доходов: от полной компенсации самых низких доходов и до близкой к нулю компенсации самых высоких доходов.

В рыночной экономике особым направлением социальной политики государства является также защита населения от безработицы. Безработица сопровождается снижением жизненного уровня людей, потерей квалификации работниками, ростом социальной и политической напряженности и отрицательно сказывается на общем благосостоянии страны.

Эффективная социальная политика является важным фактором экономического роста:

- повышение возможности населения уплачивать налоги, что увеличивает доходную часть государственного бюджета;
- увеличение доходов и сбережений населения, которые служат новыми источниками для инвестиций;
- сокращение количества индивидов, нуждающихся в социальной помощи, что, в свою очередь, ослабляет нагрузку на расходную часть государственного бюджета, повышая его сбалансированность;
- повышение спроса на товары и услуги, что стимулирует экономический рост;
- повышение образовательного и квалификационного уровней рабочей силы — главный фактор современного экономического роста.

Финансовый кризис 2014–2015 гг. со всей определенностью продемонстрировал, что Россия находится на новом переломе социально-экономического развития. В значительной степени исчерпаны возможности прежней модели роста экономики, опиравшейся на быстрое расширение внутреннего спроса.

Мнение эксперта

Мы вступаем в новый этап развития страны. В начале второго десятилетия мы подошли к такому рубежу, на котором стало ясно: одними лишь деньгами существующие проблемы не решить. Более того, можно истратить в разы больше средств, а проблемы останутся теми же. Назрела необходимость искать структурные решения, для многих из которых нет аналогов в нашем предыдущем опыте. Основные наши проблемы носят не чисто бюджетный или фискальный характер. Я думаю, что проблема нашего бюджетного дефицита состоит не в том, что надо сократить расходы или увеличить налоги. Она состоит в том, что наша структура расходов не вполне соответствует вызовам постиндустриального общества, что наше законодательство написано для индустриальной экономики, тогда как более половины ВВП производится в секторе услуг.

главные вызовы нашего развития связаны с инновационными секторами, с высокой долей труда, а не с высокой долей металла, чугуна и стали. Это все требует перестройки правил — тонкой и аккуратной¹.

Ректор РАНХиГС при президенте РФ,
профессор В. Май

Новая модель социально-экономического развития, которую еще предстоит разработать, потребует более интенсивного использования всех ресурсов и резервов производительности труда и должна основываться на новой модели экономического роста и новой социальной политике. Очевидно, что новая социальная политика невозможна без экономического роста. Для реализации стратегических целей России необходим не просто экономический рост, а достаточно высокие его темпы — не менее 5% в год, заметно превышающие темпы роста развитых стран. Однако России нужен не просто экономический рост, а экономический рост определенного качества. Страна не может жить исключительно за счет экспорта сырьевых ресурсов не только в силу того, что нестабильность цен на них предопределяет неустойчивость развития, но и потому, что в этом случае она обречена на все большее технологическое и институциональное отставание. Необходимость постоянного перераспределения средств из малоемкого с точки зрения занятости сырьевого сектора в низкоэффективные сектора с высокой занятостью приводит к гипертрофированной роли государства в экономике, подавлению и искажению рыночных стимулов, доминированию иждивенческих установок в обществе².

Стратегия «Новая модель роста — новая социальная политика» предлагает осуществить маневр, призванный задействовать факторы конкурентоспособности, которые были недоиспользованы в прошлом периоде. Помимо наличия природных ресурсов и большого внутреннего рынка — факторов конкурентоспособности, задействованных в прежней модели экономического роста, это еще и относительно высокое качество человеческого капитала, и определенный научный потенциал. Такой маневр подразумевает, с одной стороны, несколько иную систему экономических стимулов, изменения макроэкономических параметров (снижение инфляции, акцент на привлечение в экономику «длинных» денег, рост деловой активности и частных инвестиций, изменения в структуре расходов бюджета), а с другой — обновление социальной политики³.

Наряду с безусловной реализацией своих традиционных задач, направленных на поддержку наиболее незащищенных групп населения, новая социальная политика должна полнее учитывать интересы тех слоев обще-

¹ Обращение ректора РАНХиГС при президенте России В. Май [эл. ресурс] // РИА Новости. URL: <http://strategy2020.rian.ru/news/20110221/336922595.html> (дата обращения: 08.02.2014).

² Материалы к Концепции социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. [эл. ресурс]. URL: <http://www.economy.gov.ru/minrec/press/doc1219662993566> (дата обращения: 08.02.2014).

³ Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. М., 2012. С. 864.

ства, которые способны реализовать потенциал инновационного развития. Она призвана создавать комфортные условия для реализации такого потенциала и соответствовать более высоким социальным стандартам. С экономической точки зрения это представители среднего класса, доходы и социальные установки которых позволяют им выбирать модели трудового поведения и потребления. С культурной точки зрения это люди с высшим образованием, относящиеся к креативному классу (по меньшей мере, потенциально). Такой подход не означает отказа от борьбы с бедностью, которая остается серьезным вызовом социальной стабильности, но позволяет сбалансировать это направление усилиями, связанными с целями развития.

Россия пока сохраняет преимущества над странами близкого уровня развития в области формирования человеческого капитала: национальные системы образования и культуры все еще находятся среди лидеров. Однако этот ресурс неосмотрительно растрачивается: устойчивая тенденция недофинансирования этих систем (как бюджетного, так и частного) и быстрая деградация фундаментальной науки, выступающей драйвером профессионального образования, могут привести Россию в рассматриваемом периоде к утрате этих преимуществ. Задача восстановления и закрепления сравнительных преимуществ в области образования и культуры является первоочередной для стратегии развития России как с позиции обеспечения экономического роста, так и для устойчивости социальной политики.

Ключевой особенностью новой социальной политики должна стать опора на самодеятельность профессиональных сообществ. Сообщества профессионалов творческого труда — инженеров, ученых, учителей, врачей, юристов — выступают гарантом качества социальных и государственных услуг, профессионального уровня производства в самых разных отраслях экономики. Содействие формированию профессиональных сообществ, передача им значительной части контрольно-надзорных полномочий и оценки качества, их активное участие в выработке и оценке политики — важная задача правительства РФ в наступившем десятилетии.

Необходимый вклад государства в формирование класса креативных профессионалов — конкурентоспособная оплата труда в бюджетном секторе. Надо довести до конца движение к «эффективному контракту», начавшееся в 2004–2010 гг. с государственных служащих и распространившееся в 2011 г. на школьных учителей. Задача 2012–2016 гг. — перейти на эффективный контракт с врачами, преподавателями вузов, работниками культуры, и она начинает решаться.

Отставание России от развитых и ряда развивающихся стран в области организации среды и систем, поддерживающих человеческий капитал (урбанистика, экология, транспорт, информационное пространство, медицина, социальная помощь, жилищно-коммунальное хозяйство), значительно превышает отставание в сфере материального производства и промышленных технологий. Например, урбанистическое планирование в России застряло в середине XX в., тогда как необходимо быстрое изменение подходов к организации, планированию и изменению городской среды («города, удобные для жизни»). В последние годы эта проблема начинает решаться.

Именно в области человеческого капитала сосредоточены, если не брать в расчет природные богатства, основные социально-экономические преимущества России в глобальной экономике. Пока этот ресурс неосмотрительно растрачивается: Россия является поставщиком идей и мозгов для других стран. В будущем межстрановая конкуренция за людей и разрабатываемые ими новые идеи и технологии станет значительно более острой, чем конкуренция за финансовые и природные ресурсы, поэтому преодоление отставания в этих областях становится особенно актуальным.

Не проиграть в этой конкуренции можно только создав среду, благоприятную для жизни и развития человека, причем в особой мере для наиболее активной, творческой, предприимчивой части населения. Эта среда должна способствовать проявлению инициативы, а не убивать ее. Для России это означает коренную реформу образования, здравоохранения, системы социальной помощи, пенсионной системы. Разумеется, при этом недопустимо пренебрежение нуждами тех, кому по объективным причинам требуется забота общества. В этой области также необходимы и возможны кардинальные сдвиги на основе более целенаправленного и рационального использования средств, сочетания государственных гарантий с частной инициативой и благотворительной деятельностью.

Успешное развитие человеческого капитала несовместимо с унификацией и уравнильностью. Оно требует дифференциации мер и конкуренции подходов. Невозможно решать проблемы местных сообществ из центра, поэтому требуется усиление самостоятельности региональных и особенно муниципальных властей в области социальной политики. Оказание услуг, связанных с развитием человеческого капитала, должно перестать быть государственной квазимонополией, стать основанным на государственно-частном партнерстве.

В конечном счете целью государственной социально-экономической политики является повышение благосостояния, т.е. содействие увеличению продолжительности не обремененной болезнями социально благополучной жизни, росту удовлетворенности граждан жизнью¹.

5.2. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.

Современная демографическая ситуация в Российской Федерации в значительной степени обусловлена социально-экономическими процессами, происходившими в XX в. Во второй половине прошлого века в Российской Федерации ежегодно рождались 2–2,5 млн детей, умирали 1–1,5 млн чел. Продолжительность жизни граждан постоянно увеличивалась и приближалась к показателям европейских стран. Средняя продолжительность жизни в 1990–1991 гг. составляла 68 лет.

С 1992 г. началось стабильное сокращение численности населения из-за превышения уровня смертности над уровнем рождаемости (естественная

¹ Итоговый доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. М., 2012. С. 864.

убыль населения). В течение последних 15 лет в России ежегодно умирали более 2 млн чел., что в расчете на 1000 чел. в 2 раза больше, чем в европейских странах и США и в 1,5 раза больше, чем средняя смертность в мире, ежегодно рождались в этот период 1,2–1,5 млн чел.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни населения, особенно мужчин, Россия продолжает отставать от экономически развитых стран: в 2006 г. ожидаемая продолжительность жизни составила в среднем 66,7 года, в том числе мужчин — 60,6 года, женщин — 73,1 года.

Основной причиной низкой продолжительности жизни населения в Российской Федерации является высокая смертность граждан трудоспособного возраста (одна из самых высоких в Европе — рис. 5.1, 5.2).

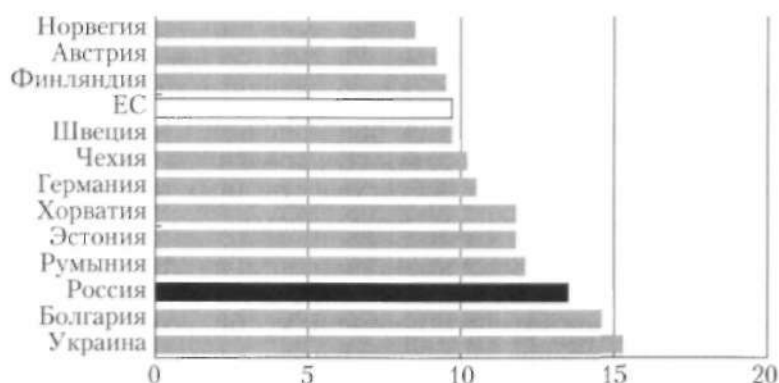


Рис. 5.1. Коэффициент смертности населения в России (2011 г.) и странах Евросоюза (2010 г.)¹

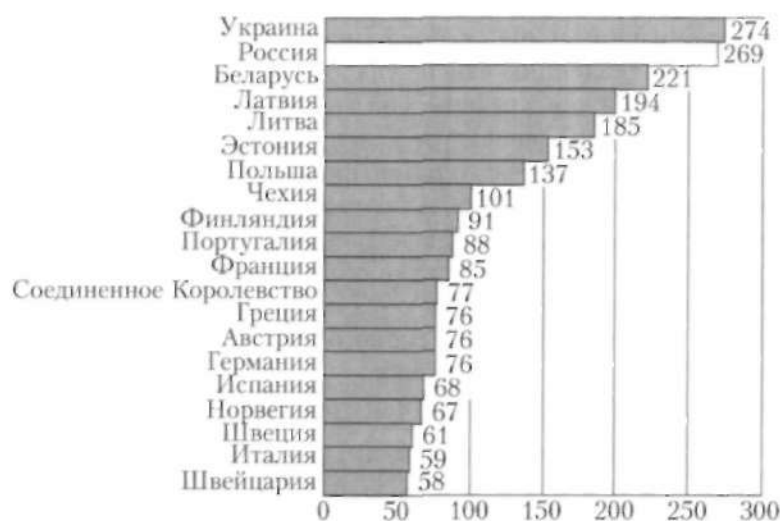
Из общего числа умерших почти треть составляли граждане трудоспособного возраста, около 80% из них — мужчины. По оценке экспертов ВОЗ, экономические потери только от смертности вследствие кардиологических заболеваний, инсульта и диабета достигли в России 1% ВВП к 2005 г. В других странах БРИКС (Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южно-Африканская Республика)² они составили менее 0,35% ВВП, а в таких развитых странах, как Великобритания и Канада — менее 0,1% ВВП.

Среди причин смерти в трудоспособном возрасте значительную долю (более 30%) составляют внешние причины — случайные отравления, самоубийства, убийства, транспортные происшествия, прочие несчастные случаи. Уровень смертности обусловлен также высоким уровнем заболеваемости населения (алкоголизм, наркомания, табакокурение). Не созданы условия, побуждающие людей бережно относиться к собственному здоровью и здоровью своих детей. Недостаточно развиты формы досуга, способствующие ведению здорового образа жизни (физическая культура, спорт,

¹ Материалы к Концепции социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 г. [эл. ресурс]. URL: <http://www.economy.gov.ru/minec/press/doc1219662993566> (дата обращения: 08.02.2014).

² БРИКС — группа из пяти быстроразвивающихся стран: Бразилия, Россия, Индия, Китай, Южно-Африканская Республика (Brazil, Russia, India, China, South Africa).

туризм, активный отдых и др.)¹. Независимые эксперты отмечают, что указанные тенденции сохранились и к 2016 г.² Однако Минздрав России приводит данные о снижении в России вклада лиц трудоспособного возраста в показатели общей смертности с 30,9% (2006 г.) до 25,4% в 2014 г.³



Источник: World Health Statistics 2011. WHO.

Рис. 5.2. Количество умерших в 2009 г. в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 чел.

Начиная с 2000 г. в Российской Федерации отмечается рост рождаемости, но он пока еще недостаточен для обеспечения воспроизводства населения. На рождаемость отрицательно влияют низкий денежный доход многих семей, отсутствие нормальных жилищных условий, современная структура семьи (ориентация на малодетность, увеличение числа неполных семей), тяжелый физический труд значительной части работающих женщин (около 15%), условия труда, не отвечающие санитарно-гигиеническим нормам, низкий уровень репродуктивного здоровья, высокое число прерываний беременности (абортов).

Низкий уровень рождаемости ведет к демографическому старению населения: в 1992 г. численность женщин в возрасте старше 55 лет и мужчин в возрасте старше 60 лет составляла 19,3%, а в 2011 г. — уже 28%⁴.

В соответствии с Концепцией демографической политики целями демографической политики на период до 2025 г. являются стабилизация чис-

¹ Концепция демографической политики.

² Резник И. Россия — чемпион по смертности в трудоспособном возрасте [эл. ресурс] // Медпортал.ру. URL: <http://medportal.ru/mednovosti/news/2015/08/04/601mortality> (дата обращения: 02.06.2016).

³ URL: http://static-3.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/027/019/original/Анализ_причин_смертности_в_Российской_Федерации.pdf?1439392257.

⁴ S&P: доля трудоспособного населения в России к 2050 г. упадет до 60% [эл. ресурс]. URL: <http://www.banki.ru/news/lenta/?id=2698125> (дата обращения: 09.02.2014).

ленности населения к 2015 г. на уровне 142–143 млн чел. и создание условий для ее роста к 2025 г. до 145 млн чел., а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2015 г. до 70 лет, к 2025 г. — до 75 лет. Стабилизация численности коренного населения (без учета мигрантов) наметилась к концу 2014 г., однако отмеченный в гл. 2 рост смертности в 2015 г. показывает, что переломить негативную демографическую тенденцию еще не удалось.

Достижение целей демографической политики Российской Федерации в значительной степени зависит от успешного решения широкого круга задач социально-экономического развития, включая обеспечение стабильного экономического роста и роста благосостояния населения, снижение уровня бедности и уменьшение дифференциации по доходам, интенсивное развитие человеческого капитала и создание эффективной социальной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита населения), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки.

В основу демографической политики Российской Федерации положены следующие принципы:

- комплексность решения демографических задач — мероприятия в этой сфере должны охватывать направления демографического развития (смертность, рождаемость и миграцию) в их взаимосвязи;

- концентрация на приоритетах — выбор по каждому направлению демографического развития наиболее проблемных вопросов и применение эффективных механизмов их решения;

- своевременное реагирование на демографические тенденции в текущий период;

- учет региональных особенностей демографического развития и дифференцированный подход к разработке и реализации региональных демографических программ;

- взаимодействие органов государственной власти с институтами гражданского общества;

- координация действий законодательных и исполнительных органов государственной власти на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

Основными задачами демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. являются:

- сокращение уровня смертности не менее чем в 1,6 раза, прежде всего в трудоспособном возрасте от внешних причин;

- сокращение уровня материнской и младенческой смертности не менее чем в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;

- сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности активной жизни, создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, улучшение качества жизни больных, страдающих хроническими заболеваниями, и инвалидов;

- повышение уровня рождаемости (увеличение суммарного показателя рождаемости в 1,5 раза) за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей;

- укрепление института семьи, возрождение и сохранение духовно-нравственных традиций семейных отношений;

- привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического и социально-экономического развития с учетом необходимости их социальной адаптации и интеграции.

Особое внимание в Концепции демографической политики уделяется сокращению смертности в трудоспособном возрасте. Для решения этой задачи предусматривается:

- сокращение уровня смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы за счет создания комплексной системы профилактики факторов риска, ранней диагностики с применением передовых технологий, внедрения образовательных программ, направленных на предупреждение развития указанных заболеваний;

- улучшение материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения, оказывающих помощь, в том числе экстренную, больным, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, оснащение и кадровое обеспечение учреждений здравоохранения в соответствии со стандартами, создание необходимых служб в муниципальных и региональных учреждениях здравоохранения, повышение доступности высокотехнологичной медицинской помощи указанным больным, а также развитие системы восстановительного лечения и реабилитации этих больных;

- сокращение уровня смертности и травматизма в результате дорожно-транспортных происшествий за счет повышения качества дорожной инфраструктуры, дисциплины на дорогах, организации дорожного движения, а также за счет повышения оперативности, качества оказания медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях на всех ее этапах;

- сокращение уровня смертности и травматизма от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний за счет перехода в сфере охраны труда к системе управления профессиональными рисками (включая информирование работников о соответствующих рисках, создание системы выявления, оценки и контроля таких рисков), а также за счет экономической мотивации для улучшения работодателем условий труда;

- сокращение уровня смертности от самоубийств за счет повышения эффективности профилактической работы с гражданами из групп риска, направленной на предупреждение суицидов;

- сокращение уровня смертности от онкологических заболеваний за счет внедрения программ профилактики, а также за счет скрининговых программ раннего выявления онкологических заболеваний;

- сокращение уровня смертности от ВИЧ/СПИДа и туберкулеза за счет совершенствования программ профилактики и лечения этих заболеваний, а также за счет применения новых инновационных технологий лечения;

- внедрение специальных программ для населения старших возрастных групп;

— повышение доступности медицинской помощи для жителей сельской местности и отдаленных районов.

Важной целевой установкой Концепции демографической политики является формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни путем повышения информированности граждан через средства массовой информации о влиянии на здоровье негативных факторов и возможности их предупреждения, привлечения к занятиям физической культурой, туризмом и спортом, организации отдыха и досуга независимо от места жительства, а также разработку механизмов поддержки общественных инициатив, направленных на укрепление здоровья населения.

Реализацию демографической политики Российской Федерации предполагается осуществлять путем:

— дальнейшего совершенствования законодательства РФ в сфере семейного, налогового и жилищного права, здравоохранения, образования, социального обеспечения, трудовых отношений, миграционной политики с учетом мер по реализации демографической политики, общепризнанных норм международного права и международных обязательств Российской Федерации, направленных на создание системы экономических стимулов для населения в сфере демографического развития;

— включения задач и мероприятий, призванных улучшить демографическую ситуацию, в федеральные и региональные программы социально-экономического развития;

— учета задач демографической политики при формировании федерального и региональных бюджетов, бюджетов внебюджетных фондов, концентрации финансовых и материальных ресурсов для реализации основных задач демографической политики, привлечения дополнительных внебюджетных средств на эти цели;

— методического обеспечения деятельности органов государственной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления муниципальных образований, направленной на управление демографическими процессами;

— постоянного мониторинга и анализа демографических процессов и корректировки на их основе конкретных мер демографической политики;

— развития научных исследований в сфере народонаселения.

Реализация демографической политики Российской Федерации планируется в три этапа. В результате первого этапа (2007–2010 гг.) поставленные задачи были в основном выполнены — удалось снизить естественную убыль населения — в 2012 г. в стране родилось 1896,3 тыс. младенцев (на 102 400 больше, чем в 2011 г.), а умерло 1898,8 тыс. чел. (на 26,2 тыс. чел. меньше, чем в 2011 г.)¹. Снижение смертности и рост рождаемости связаны с благоприятным соотношением в возрастных структурах между поколениями, сложившемся в начале 2010-х гг., и с масштабными государственными проектами в сфере медицины и поддержки рождаемости, принятыми в развитие Концепции демографической политики.

¹ Человек родился [эл. ресурс] // Российская газета. 2013. 7 февр. URL: <http://www.rg.ru/2013/02/06/ubil-site.html> (дата обращения: 09.02.2014).

С 2015 г. началась реализация первого этапа Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации, утв. Распоряжением Правительства РФ от 25.08.2014 № 1618-р на период до 2025 года. Этот ключевой документ определяет направления развития социального института семьи, закладывает основы для повышения качества ее жизни. Приоритетом будет переход от политики поддержки семей, находящихся в трудной жизненной ситуации, к политике обеспечения семейного благополучия и поддержания социальной устойчивости семьи.

Планируется, что реализация Концепции будет осуществляться в два этапа: 2015–2018 гг. и 2019–2025 гг. Первый этап планируется реализовывать в соответствии с федеральным планом реализации Концепции. Предусмотрено создание механизмов реализации Концепции, ее нормативное правовое обеспечение. В субъектах РФ будет проводиться дальнейшее совершенствование программ, направленных на улучшение положения семей. На втором этапе будет продолжена реализация мероприятий по стабилизации семейного благополучия.

Итогом реализации Концепции должна стать сформированная к 2025 г. система мер, которая позволит семье чувствовать себя уверенной и защищенной от различных рисков.

5.3. Направления долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации

Концепция-2020 разработана в соответствии с поручением Президента РФ по итогам заседания Государственного совета РФ, состоявшегося 21 июля 2006 г., и утверждена распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р.

Цель разработки Концепции-2020 – определение путей и способов обеспечения в долгосрочной перспективе (2008–2020 гг.) устойчивого повышения благосостояния российских граждан, национальной безопасности, динамичного развития экономики, укрепления позиций России в мировом сообществе.

В соответствии с этой целью в Концепции-2020 сформулированы:

- основные направления долгосрочного социально-экономического развития страны с учетом вызовов предстоящего периода;
- стратегия достижения поставленных целей, включая способы, направления и этапы;
- формы и механизмы стратегического партнерства государства, бизнеса и общества;
- цели, целевые индикаторы, приоритеты и основные задачи долгосрочной государственной политики в социальной сфере, в сфере науки и технологий, а также структурных преобразований в экономике;
- цели и приоритеты внешнеэкономической политики;
- параметры пространственного развития российской экономики, цели и задачи территориального развития.

В Концепции-2020 отмечается, что в середине 2000-х гг. российская экономика оказалась перед долговременными системными вызовами, отражающими как мировые тенденции, так и внутренние барьеры развития.

Первый вызов — усиление глобальной конкуренции, охватывающей не только традиционные рынки товаров, капиталов, технологий и рабочей силы, но и системы национального управления, поддержки инноваций, развития человеческого потенциала. Основными характеристиками развития мировой экономики, оказывающими серьезное влияние на социально-экономические процессы в России, в ближайшие 10–15 лет будут возобновление роста мировой экономики после преодоления кризиса, появление новых мировых центров экономического развития в Азии и Латинской Америке при сохранении дисбалансов в мировой торговле и необходимости перестройки мирового экономического порядка и финансовой архитектуры, старение населения в развитых странах на фоне быстрого роста населения в развивающихся странах.

Предстоящий период характеризуется структурной перестройкой мирового хозяйства, связанной с изменением баланса между ее экономическими центрами, возрастанием роли региональных экономических союзов. Следствием мирового финансового кризиса может стать развитие кризиса производства, сопровождаемого снижением сырьевых цен и замедлением темпов роста мировой экономики в 2009–2010 гг. Сочетание кризисных процессов с высокими темпами роста инфляции может привести к развитию стагфляции, которая наблюдалась в мировой экономике в 1980-е гг. Кризисные явления в мировой экономике обуславливают необходимость повышения устойчивости экономики России и ее способности нейтрализовать негативные воздействия мировых рынков. Динамика курсов акций и цен на сырьевые товары повышают актуальность перехода России на инновационный тип экономического развития, а также формирования в стране самостоятельной мощной финансовой системы.

Для России трансформация мировой экономики создает новые возможности для развития внешнеэкономической интеграции, укрепления и расширения позиций на мировых рынках, импорта технологий и капитала.

Второй вызов — ожидаемая новая волна технологических изменений, усиливающая роль инноваций в социально-экономическом развитии и снижающая влияние многих традиционных факторов роста. В ближайшее десятилетие развитые страны перейдут к формированию новой технологической базы экономических систем, основанной на использовании новейших достижений в области биотехнологий, информатики и нанотехнологий, в том числе в здравоохранении и других сферах.

Отставание в развитии новых технологий последнего поколения может снизить конкурентоспособность российской экономики, а также повысить ее уязвимость в условиях нарастающего геополитического соперничества.

Третий вызов — возрастание роли человеческого капитала как основного фактора экономического развития. Уровень конкурентоспособности современной инновационной экономики в значительной степени определяется качеством профессиональных кадров и уровнем их социализации. Россия не сможет в дальнейшем поддерживать конкурентные позиции

в мировой экономике за счет дешевизны рабочей силы и экономии на развитии образования и здравоохранения.

Для России ответ на этот вызов предполагает преодоление имеющихся негативных тенденций в развитии человеческого потенциала, которые характеризуются сокращением численности населения и уровня занятости в экономике, растущей конкуренцией с европейскими и азиатскими рынками в отношении квалифицированных кадров, низким качеством и снижением уровня доступности социальных услуг в сфере здравоохранения и образования.

Четвертый вызов – исчерпание потенциала экспортно-сырьевой модели экономического развития в условиях трансформации мировой экономики, неустойчивой конъюнктуры мирового рынка энергоносителей, недостаточного развития транспортной и энергетической инфраструктуры и дефицита квалифицированных инженерных и рабочих кадров.

Действие структурных ограничений усиливается нерешенностью ряда социальных и институциональных проблем России, важнейшими из которых авторы Концепции-2020 считают следующие:

- высокий уровень социального неравенства и региональной дифференциации;
- высокие риски ведения предпринимательской деятельности, в том числе в связи с наличием коррупции, излишними административными барьерами, недостаточным уровнем защиты прав собственности, непрозрачностью системы земельных отношений, низкой корпоративной культурой;
- слабое развитие форм самоорганизации и саморегулирования бизнеса и общества, низкий уровень доверия в сочетании с низким уровнем эффективности государственного управления;
- низкий уровень конкуренции на ряде рынков, не создающий для предприятий стимулов к повышению производительности труда;
- недостаточный уровень развития национальной инновационной системы, координации образования, науки и бизнеса.

Важно!

Стратегическая цель социально-экономического развития России сформулирована в Концепции-2020 как достижение уровня экономического и социального развития, соответствующего статусу России как ведущей мировой державы XXI в., занимающей передовые позиции в глобальной экономической конкуренции и надежно обеспечивающей национальную безопасность и реализацию конституционных прав граждан. В 2015–2020 гг. Россия должна войти в пятерку стран-лидеров по объему ВВП (по паритету покупательной способности). Достижение этой цели означает формирование качественно нового образа будущей России к концу следующего десятилетия.

Российская экономика не только должна остаться мировым лидером в энергетическом секторе, но и создать конкурентоспособную экономику знаний и высоких технологий. При этом под экономикой знаний и высоких технологий понимаются сферы профессионального образования, высо-

котехнологичной медицинской помощи, науки и опытно-конструкторских разработок, связи и телекоммуникаций, наукоемкие подотрасли химии и машиностроения (для статистических оценок используется группировка образования и здравоохранения в целом, науки и информации, секторов связи и машиностроения).

Системное решение поставленных задач состоит в переходе российской экономики от экспортно-сырьевого к инновационному социально ориентированному типу развития. Это позволит резко расширить конкурентный потенциал российской экономики за счет наращивания ее сравнительных преимуществ в науке, образовании и высоких технологиях и на этой основе задействовать новые источники экономического роста и повышения благосостояния.

Задачи превращения России в глобального лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктуют новые требования к системе здравоохранения. С одной стороны, растет ценность здоровья в системе приоритетов общества, возникают новые медицинские и социальные технологии, связанные с изменениями в демографической структуре населения. С другой — благодаря развитию медицинских технологий существенно повышаются возможности реально влиять на показатели здоровья населения, о чем свидетельствуют значительные успехи в борьбе с наиболее опасными для жизни заболеваниями, достигнутые в развитых странах.

Система здравоохранения, несмотря на предпринимаемые в последние годы усилия властей, пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. Заболеваемость населения продолжает расти, что связано, с одной стороны, с увеличением доли пожилого населения и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, а с другой — с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний. Если в 2000 г., по данным Росстата, было зарегистрировано 106 328 случаев заболеваний с впервые выявленным диагнозом, то в 2012 г. — 113 688 случаев¹. Заметно возросло число случаев заболеваний, приводящих к смерти, например, число случаев заболеваний системы кровообращения возросло в 2 раза, онкологических — в 1,6 раза.

Один из важнейших индикаторов эффективности здравоохранения любой страны — средняя продолжительность жизни лиц, страдающих хроническими заболеваниями. В России она составляет 12 лет, а в странах ЕС — 18–20 лет. С 1990 г. отмечается резкое увеличение числа детей, родившихся больными или заболевших в период новорожденности. В 2000–2006 гг. этот показатель достиг 40% от общего числа детей, родившихся живыми. Инвалидность в России не уменьшается, в том числе и среди лиц трудоспособного возраста, доля которых в общем числе лиц, впервые признанных инвалидами, составляет не менее 40%. Всего инвали-

¹ Федеральная служба государственной статистики. Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000–2012 гг. [эл. ресурс]. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/# (дата обращения: 28.02.2014).

дов в России около 14 млн чел., в том числе 523 тыс. детей. Это говорит о невысоком качестве медицинской помощи и неадекватной социальной реабилитации. В структуре первичной инвалидности взрослого населения преобладают сердечно-сосудистые заболевания и злокачественные новообразования. Среди заболеваний, обусловивших развитие инвалидности у детей, лидируют психические расстройства, болезни нервной системы, врожденные аномалии и нарушения обмена веществ.

На состояние здоровья населения России продолжают воздействовать четыре основных фактора риска: высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, табакокурение и чрезмерное потребление алкоголя, вклад которых в структуре общей смертности составляет 87,5%, а в количестве лет жизни с утратой трудоспособности – 58,5%. При этом на первом месте по влиянию на количество лет жизни с утратой трудоспособности (16,5%) стоит злоупотребление алкоголем.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, Концепция-2020 предусматривает необходимость обеспечения качественного прорыва в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний, включая восстановительное лечение, эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 г. должно стать формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Для достижения этих целей принята программа развития здравоохранения (см. параграф 5.4).

В изменившихся в 2014–2015 гг. экономических и внешнеполитических условиях Концепция-2020 в целом сохранила актуальность, но вследствие нестабильности экономической ситуации отошла на второй план.

5.4. Государственная программа развития здравоохранения

В соответствии с Концепцией-2020 реализация целей развития системы здравоохранения предполагает решение следующих приоритетных задач:

- 1) конкретизация и обеспечение государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме и планирование ресурсов, обеспечивающих реализацию государственных гарантий;
- 2) модернизация системы ОМС и развитие системы ДМС на основе перехода к страховым взносам, одноканальному финансированию системы ОМС и формированию конкурентной модели ОМС с созданием условий для выбора застрахованным страховщика и медицинской организации;
- 3) повышение эффективности системы организации медицинской помощи на основе обеспечения доступности для населения эффективных технологий оказания медицинской помощи на всех ее этапах, развития

системы оказания первичной медико-санитарной помощи и повышение роли профилактического лечения лиц;

4) улучшение лекарственного обеспечения граждан за счет повышения доступности для граждан лекарственных средств при проведении амбулаторного лечения на основе сочетания государственных программ лекарственного обеспечения и медицинского страхования граждан;

5) информатизация системы здравоохранения, включая внедрение электронного документооборота в медицинских организациях и создание медицинского информационного и образовательного ресурса;

6) развитие медицинской науки и инноваций в сфере здравоохранения, повышение квалификации медицинских работников и создание системы повышения мотивации к качественному труду на основе формирования целевых научных программ по приоритетным направлениям в целях поддержания здоровья населения и формирования здорового образа жизни, разработки и внедрения новых эффективных технологий ранней диагностики в практику системы здравоохранения;

7) совершенствование системы охраны здоровья населения, включая профилактику заболеваний, пропаганду и формирование здорового образа жизни, и повышение ответственности работодателя за здоровье своих работников и населения за собственное здоровье;

8) реализация приоритетного национального проекта «Здоровье» (2009–2012 гг.) по основным направлениям (выполнена).

Решение указанных задач позволит улучшить здоровье и качество жизни населения. Улучшение показателей здоровья и деятельности организаций системы здравоохранения будет обеспечиваться на основе постоянной модернизации технологической базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава.

В Программе развития здравоохранения отмечается, что к настоящему моменту удалось добиться ряда значительных сдвигов как в структуре организации медицинской помощи, так и в результативности функционирования системы здравоохранения. Во многом преодолены негативные тенденции в состоянии системы диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний. Произошли значительные положительные изменения в демографической ситуации, обусловленной последствиями 1990-х гг. Заложены основы дальнейшего улучшения показателей здоровья населения, их постепенного приближения к европейскому уровню.

К 2016 г. ожидаемая продолжительность жизни увеличилась до 71 года. Тем не менее она остается низкой — на 6,5 года меньше, чем в «новых» странах Евросоюза (европейские страны, вошедшие в Евросоюз после мая 2004 г.), и на 12,5 года меньше, чем в «старых» наиболее развитых странах Евросоюза. Разница между ожидаемой продолжительностью жизни мужчин и женщин остается высокой и составляет около 12 лет. Ключевую роль в низкой ожидаемой продолжительности жизни играет высокая смертность людей трудоспособного возраста, главным образом мужчин. По показателю смертности в этой возрастной группе Россия опережает другие экономически развитые страны более чем в 2 раза.

В структуре смертности населения наибольшую долю составляют болезни системы кровообращения, на которые приходится более 56% всех случаев смерти, новообразования (15% и более) и внешние причины смерти – около 10%. Показатели материнской и младенческой смертности превышают аналогичные показатели в развитых странах в 1,5–2,0 раза.

Причинами, формирующими недостаточную динамику в состоянии здоровья населения, являются:

- низкая мотивация населения на соблюдение здорового образа жизни;
- высокая распространенность поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний (курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, недостаточная двигательная активность, нерациональное и несбалансированное питание и ожирение);
- высокая распространенность биологических факторов риска неинфекционных заболеваний (артериальная гипертония, гиперхолестеринемия, гипергликемия, избыточная масса тела и ожирение);
- недостаточность условий для ведения здорового образа жизни (недостаточность нормативной правовой базы для ограничения курения, злоупотребления алкоголем и наркотиками, производства несоответствующих принципам здорового питания продуктов, а также для обеспечения необходимого уровня физической активности);
- несвоевременное обращение за медицинской помощью;
- низкая профилактическая активность в работе первичного звена здравоохранения, направленная на своевременное выявление заболеваний, патологических состояний и факторов риска, их обуславливающих;
- несбалансированность коечного фонда по ряду профилей оказания медицинской помощи и недостаточно эффективное его использование;
- низкое развитие замещающих стационарное лечение технологий;
- дефекты в организации оказания медицинской помощи сельским жителям;
- недостаточное внедрение порядков и стандартов медицинской помощи;
- отсутствие выработанных индикаторов качества оказания медицинской помощи;
- отсутствие унификации в оснащении медицинских организаций;
- нерациональная этапность и маршрутизация оказания медицинской помощи.

Здоровье граждан как социально-экономическая категория является неотъемлемым фактором трудового потенциала общества и представляет собой основной элемент национального богатства страны. Ценность здоровья как важнейшего ресурса, необходимого для производства материальных и культурных благ, определяется современными тенденциями снижения воспроизводства населения, процессом его старения и, таким образом, уменьшением численности населения.

Важно!

Поэтому **основной целевой установкой** Программы развития здравоохранения является создание необходимых условий для сохранения здоровья населения страны.

Достижение указанной цели требует обеспечения доступности профилактики, диагностики и лечения заболеваний с использованием современных медицинских изделий, а также качественной и эффективной лекарственной терапии.

Таким образом, создание условий для повышения качества и доступности медицинской помощи гражданам Российской Федерации с учетом демографической ситуации является приоритетным направлением государственной политики в сфере здравоохранения.

Дальнейшее развитие сферы охраны здоровья в период до 2020 г., помимо необходимости решения существующих проблем, связано с рядом общемировых тенденций, уже сейчас приводящих к структурным перестройкам системы здравоохранения. Поэтому структура Программы развития здравоохранения охватывает как направления, связанные с обеспечением «догоняющего» развития (решение первоочередных проблем смертности и заболеваемости), так и направления, обеспечивающие эволюцию отечественной системы охраны здоровья в соответствии с тенденциями, определяющими будущее в развитых странах.

В связи с этим основные задачи Программы развития здравоохранения выстраиваются в направлении перехода от системы диагностики и лечения к охране здоровья.

В современных условиях понятие «система здравоохранения» все дальше уходит от рамок, задаваемых понятием «система диагностики и лечения». В настоящее время актуализируются такие задачи здравоохранения, как формирование здорового образа жизни, комфортной среды обитания, создание условий для эффективного труда и отдыха, что позволит предотвратить развитие заболеваний, в первую очередь тех, которые обуславливают преждевременную смертность и инвалидизацию населения.

Указанная смена парадигмы в сфере охраны здоровья требует серьезных структурных изменений системы организации и управления здравоохранением, пересмотра соответствующих нормативов, набора показателей здоровья нации. На практике такая переориентация спроса выражается, в том числе, в переходе как к популяционным и групповым мерам профилактики заболеваний, так и к персонализированной медицине.

Персонализированную медицину определяют как быстро развивающуюся область здравоохранения, основанную на интегрированном, координированном и индивидуальном для каждого пациента подходе к анализу возникновения и течения заболеваний, разработку персонализированных средств лечения на основе геномики, тестирование на предрасположенность к болезням, профилактику, объединение диагностики с лечением и мониторинг лечения.

Чтобы улучшить ситуацию с состоянием здоровья граждан, необходимо обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны инновационные разработки в сфере профилактики, диагностики и лечения заболеваний (включая реабилитацию), эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы.

Решение задач в области охраны здоровья населения, по многочисленным экспертным оценкам, только на 20% определяется усилиями непосредственно в сфере системы здравоохранения. Масштаб целей, поставленных Программой развития здравоохранения в области демографии, формирования у населения приверженности здоровому образу жизни, профилактики и лечения социально значимых заболеваний, снижения смертности в результате дорожно-транспортных происшествий, определяет необходимость взаимодействия федеральных органов исполнительной власти с органами исполнительной власти субъектов РФ, широким кругом коммерческих организаций всех форм собственности, общественными организациями по всему спектру вопросов, имеющих отношение к охране здоровья населения.

Важно!

Стратегической целью Программы развития здравоохранения определено формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Глобальная задача превращения России в лидера мировой экономики, выхода на уровень развитых стран по показателям социального благосостояния диктует новые требования к системе здравоохранения. Для решения этой глобальной задачи в Программе поставлены следующие задачи развития здравоохранения.

1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи.

2. Формирование у населения ответственного отношения к своему здоровью, изменение модели поведения с рискованной на менее рискованную.

3. Реформирование системы первичной медико-санитарной помощи населению, предусматривающее:

- изменение системы оказания помощи сельскому населению;
- модернизацию существующих медицинских организаций и их подразделений;
- выстраивание потоков пациентов с формированием единых принципов маршрутизации;
- развитие новых форм оказания медицинской помощи – стационар замещающих и выездных методов работы;
- развитие неотложной помощи на базе поликлинических подразделений;
- совершенствование принципов взаимодействия со стационарными учреждениями и подразделениями скорой медицинской помощи.

Выстраивание современной системы оказания первичной медико-санитарной помощи населению должно включать как самые малочисленные населенные пункты, так и крупные города.

4. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации.

5. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины.
 6. Повышение эффективности службы родовспоможения и детства.
 7. Развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей.
 8. Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей.
 9. Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами.
 10. Повышение роли России в глобальном здравоохранении.
 11. Повышение эффективности и прозрачности контрольно-надзорных функций в сфере охраны здоровья.
 12. Медико-биологическое обеспечение охраны здоровья населения.
 13. Обеспечение системности организации охраны здоровья.
- Для решения поставленных задач в Программе развития здравоохранения выделено 11 подпрограмм с отдельными сроками исполнения, ключевыми показателями и бюджетами.

Мнение эксперта

Включить в Программу новую, двенадцатую, подпрограмму «Активизация общества для повышения эффективности реализации Программы», предполагающую осуществление следующих мероприятий:

- 1) создание системы обратной связи с российским обществом, обретающего тем самым институционализированную возможность наблюдать через общественные организации за ходом реализации Программы и оценивать эффективность функционирования развиваемого ею отечественного здравоохранения;
- 2) создание условий для деятельности общественных организаций по участию в реализации Программы;
- 3) формирование исходной структуры общественного института охраны здоровья в форме системы персональной повседневной медико-правовой помощи российским пациентам, нацеленной на предупреждение причинения им необоснованного физического и морального вреда, а также финансового ущерба в ходе их медицинского обслуживания.

Санкт-Петербургский общественный
Фонд потребителей «Медэкспертзащита»¹

По мнению медицинских экспертов, решение поставленных задач потребует, в свою очередь, преодоления массы накопившихся в здравоохранении проблем, в частности, устранения информационной разобщенности между поликлиникой и стационаром (сейчас лишь 25% врачей поликлиник получают необходимую информацию обо всех случаях госпитализации больных с хроническими заболеваниями, за которыми они обязаны вести постоянное наблюдение), расширения профессиональных профилей терапевта и педиатра с постепенным переводом их во врачей общей практики.

¹ Государственная программа «Развитие здравоохранения в Российской Федерации» [эл. ресурс]. URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=9084> (дата обращения: 09.02.2014).

Практический пример

В Чувашии врачи общего профиля успешно выполняют 30–50% функций по отдельным категориям врачей-специалистов и аккумулируют информацию о всех медицинских услугах, получаемых постоянно обслуживаемым населением.

Нуждается в совершенствовании механизм ведения хронических заболеваний в части выявления больных, их обучения поддержания своего здоровья, постоянного наблюдения с акцентом на предотвращение обострений. В качестве поощрительного стимула группой предложена, в частности, дополнительная оплата за результаты (например, за охват лечебными мероприятиями больных диабетом, снижение осложнений, частоты вызовов скорой медицинской помощи и уровня госпитализации).

Зарубежный опыт

В Англии доход врача общей практики увеличивается на 25% при достижении заданных значений показателей программ управления хроническими заболеваниями.

В соответствии с Программой развития здравоохранения в программах государственных гарантий финансовые показатели увязаны с качественными (удовлетворенность населения медицинской помощью, сроки ожидания медицинской помощи, заболеваемость и смертность).

Отметим, что в Перечне показателей для оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов РФ, утвержденном Указом Президента РФ от 21.08.2012 № 1199¹ присутствуют:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении;
- численность населения;
- смертность населения (без показателей смертности от внешних причин).

Минздравом России обобщены результаты социологических опросов, проведенных ведущими организациями, осуществляющими мониторинг общественного мнения, по теме здравоохранения. Результаты социологических опросов, проведенных в 2014–2015 гг., в целом показывают позитивную динамику удовлетворенности населения медицинской помощью и здравоохранением. Так, наиболее репрезентативное по выборке исследование Службой специальной связи и информации Федеральной службы охраны России, охватывающее ежегодно до 90 тыс. респондентов из всех регионов страны, показывает исторический максимум удовлетворенности населения медицинской помощью в марте – июле 2015 г. – 40,4% (по сравнению с 2006 г. повышение на 10,4%, по сравнению с 2012 г. – на 5%).

В планах Минздрава предусматривается совершенствование инфраструктуры системы здравоохранения и повышение ее эффективности. Предполагается открытие или расширение отделений консультативного приема в больницах крупных городов, которые позволят получать консультации квалифицированных специалистов и проводить диагностические исследования без дорогостоящей госпитализации. В крупных городах доступность

¹ Указ Президента РФ от 21.08.2012 № 1199 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации».

таких услуг недостаточна — по мнению врачей, работающих в стационарах, доля плановых больных, получивших все необходимые диагностические исследования на амбулаторном этапе до поступления в стационар, не превышает 30%. Однако в Программе развития здравоохранения конкретных мероприятий по изменению медицинской инфраструктуры не предусмотрено. Эксперты Российского общества организации здравоохранения и общественного здоровья отмечают, что в России в 1,6 раза меньше врачей участковой службы по сравнению с расчетным минимальным нормативом, 30% врачей старше пенсионного возраста и в 3 раза ниже обеспеченность врачами в сельской местности врачами, чем в среднем по стране¹.

Следует также учитывать мнение Президента РФ В. В. Путина о недопустимости формальных бюрократических подходов, например «закрытие больниц или роддомов на селе, в небольших городах, где, собственно говоря, кроме этих медучреждений, ничего другого и не было», высказанное на совещании по вопросам здравоохранения 21.01.2014².

Планируется дальнейшее развитие высокотехнологичной медицинской помощи. В 2007–2011 гг. численность граждан, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП), составила 1 250 000 чел., расходы федерального бюджета на ее оказание превысили 153 млрд руб., а среднедушевые расходы возросли с 99 до 138 руб. Включение в 2014 г. 459 методов ВМП в систему ОМС обеспечило повышение доступности ВМП для всего населения страны. Число пролеченных больных за 2014 г. увеличилось на 41% — с 505,5 тыс. до 715,6 тыс. человек. При этом почти 80% больных, получивших ВМП в рамках базовой программы ОМС, были пролечены в региональных учреждениях.

Рассматривается новая для нашей медицины идея — формирование многоуровневой системы стационарной помощи, предусматривающая создание больниц для лечения острых заболеваний и больниц для реабилитации и долечивания. В больницах для долечивания расходы на одного больного в несколько раз ниже (ему уже не требуются дорогостоящие процедуры или операция, а нужен лишь уход). Эта идея начала реализовываться с Программы государственных гарантий на 2015 г. и плановый период 2016–2017 гг.

Вместе с тем обеспечение финансовой устойчивости оказания гарантированной государством медицинской помощи предусмотрено лишь за счет жесткого планирования расходов и ограничения стоимости территориальной программы ОМС (ст. 36 Закона о медицинском страховании) величиной имеющихся в субъекте РФ средств на ее финансирование. Поскольку содержание территориальной программы государственных гарантий (и входящей в нее программы ОМС) не может быть уменьшено по сравнению с базовой программой, ограничение ее стоимости становится источником риска дефицита средств в здравоохранении, что неоднократно

¹ Улумбекова Г. Н. Доклад «Бюджет здравоохранения 2015–2017: вызовы и решения» [эл. ресурс]. URL: <http://rusmedserver.com/?p=1950> (дата обращения: 02.06.2016).

² Путин В. В. Такая структуризация, конечно, недопустима [эл. ресурс] // Газета.ru. 2014. 21 янв. URL: http://www.gazeta.ru/health/2014/01/21_a_5858781.shtml (дата обращения: 28.02.2014).

отмечали эксперты. Таким образом, вопросы финансирования здравоохранения приобретают все большую актуальность в процессе развития здравоохранения.

В докладе Российского общества организации здравоохранения и общественного здоровья показано, что для полного исполнения задач здравоохранения только в 2015 г. не хватало 300 млрд руб.: 38 млрд руб. на дополнительную высокотехнологическую медицинскую помощь, 20 млрд руб. на медицинскую помощь жителям Крыма и 230 млрд руб. на дальнейшее повышение зарплаты медикам по указам Президента РФ¹.

Важной проблемой повышения доступности медицинской помощи остается лекарственное обеспечение населения – эта тема являлась одной из самых обсуждаемых в СМИ наряду с качеством здравоохранения². Это подтверждается и данными социологического опроса группы населения численностью 3000 чел., проведенного экспертами Высшей школы экономики в 2011 г. (рис. 5.3).



Рис. 5.3. Данные социологического опроса³

Решение проблемы лекарственного обеспечения предусматривается в Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Феде-

¹ Улумбекова Г. Н. Доклад «Бюджет здравоохранения 2015–2017: вызовы и решения» [эл. ресурс]. URL: <http://rusmedserver.com/?p=1950> (дата обращения: 02.06.2016).

² Ефферина Т. В., Матасова И. М. Реформирование системы здравоохранения: разграничение бесплатной и платной медицины / Российская медицина. Проблемы доступности и качества: аналитический сб. Совета Федерации. 2011. № 20 (432). С. 80.

³ Распределение ответов на вопрос о приоритетных направлениях расходов дополнительных средств на здравоохранение.

рации на период до 2025 г., утвержденной приказом Минздрава России от 13.02.2013 № 66.

В своем докладе об итогах работы на расширенной коллегии Минздрава России за 2014 Министр здравоохранения РФ В. Скворцова отметила следующие результаты¹.

Младенческая смертность достигла наиболее низких значений за всю историю нашей страны, составив 7,5 на 1000 родившихся живыми на конец 2014 г., а по результатам января – февраля 2015 г., – уже 6,3, что на 23% ниже показателя 2013 г.

Национальный проект «Здоровье» и региональные программы модернизации, по мнению Минздрава России, внесли огромный вклад в развитие инфраструктуры материнства и детства. И это позволило в целом оптимизировать акушерскую и педиатрическую службы и создать условия для оказания эффективной помощи, в том числе при осложненных и патологических родах. В России это более 60% от общего количества родов.

В результате в тех регионах, где эффективно заработала трехуровневая система оказания медицинской помощи, несмотря на переход в 2012 г. на новые критерии регистрации детей с весом от 500 до 999 г, отмечено дальнейшее снижение младенческой смертности. При этом необходимо учитывать огромный износ службы родовспоможения и детства, который в 2010 г. превышал 70%, а в отдельных регионах доходил до 80–100%, в настоящее время сохраняется потребность в обновлении более 85 тыс. акушерских и детских коек, а также в строительстве новых перинатальных центров и детских стационаров.

Важно подчеркнуть, что оптимизация системы здравоохранения не может происходить без учета транспортной доступности. Минздрав России считает, что для 50 регионов необходимо развитие санитарной авиации, поскольку время для доставки больных от учреждений первого уровня к третьему уровню превышает шесть часов. Минздравом разработана концепция развития санитарной авиации.

Формирование системы ОМС в качестве открытой конкурентной среды делает целесообразным и экономически эффективным привлечение частных медицинских учреждений к оказанию качественной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий. Однако на сегодняшний день при сохраняющемся недофинансировании ОМС имеются существенные различия в стоимости пребывания матери и ребенка в государственном и частном стационарах и в стоимости конкретных медицинских услуг. Это позволяет привлекать частные учреждения лишь в случаях недозагрузки их коечного фонда, когда им выгоднее брать больных по программе государственных гарантий, чем держать пустые койки. По мере увеличения тарифа ОМС частные учреждения смогут полноценно войти в систему ОМС.

¹ Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации за 2014 г. и задачах на 2015 г. [эл. ресурс]. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/news/2015/04/15/2300-ministr-veronika-skvortsova-vystupila-na-kollegii-minzdrava-rossii-ob-itogah-raboty-ministerstva-v-2014-godu-i-zadachah-na-2015-god> (дата обращения: 02.06.2016).

Развитие инфраструктуры службы требует опережающей подготовки медицинских кадров. Учитывая большую протяженность страны, особую роль приобретает дистанционное персонализированное обучение врача, а также внедрение инновационных форм медицинского образования.

Совместно с медицинским экспертным сообществом Минздрав создал перечень медицинских технологий и стандартов, которые резко повышают эффективность лечения, качество жизни и рекомендуются к дополнительному финансовому обеспечению. Ежегодная потребность в средствах на новые медицинские технологии составляет 33,7 млрд руб., а в целом до 2020 г. — 346,2 млрд руб., в том числе инвестиционных расходов — 234,8 млрд руб.

Важно!

С 2015 г. в целях дополнительного финансирования отменена предельная база для страховых взносов с работающего населения и страховые взносы, как отмечалось в гл. 2, взимаются со всего ФОТ.

Реализация всего комплекса мер позволит существенно улучшить здоровье детей, снизить младенческую и детскую смертность в соответствии с теми целевыми показателями, которые обозначены в Программе развития здравоохранения до 2020 г.

5.5. Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы Российской Федерации

В России последние 10 лет проводились мероприятия, которые направлены на совершенствование пенсионной системы и по итогам которых достигнуты следующие результаты:

- 1) установление гарантированного минимального уровня материального обеспечения пенсионера не ниже величины прожиточного минимума пенсионера в субъекте РФ;
- 2) повышение уровня пенсионного обеспечения с учетом трудового стажа, приобретенного в советское время (валоризация);
- 3) создание экономических и правовых предпосылок формирования пенсионных прав будущих получателей трудовой пенсии с учетом требований международных норм;
- 4) повышение среднего размера трудовой пенсии.

Так, средний размер пенсии по старости в Российской Федерации в 2016 г. составил 13,7 тыс. руб., а отношение пенсии по старости к прожиточному минимуму пенсионера — 1,66, (в 2012 г. — 1,81; в 2007 г. — 1,02).

Проводимая пенсионная политика была направлена на обеспечение социально приемлемого уровня пенсий. Вместе с тем в рамках пенсионной системы не достигнуты долгосрочная финансовая устойчивость и сбалансированность бюджета ПФР.

Инерционный сценарий развития пенсионной системы в условиях действующего пенсионного законодательства неизбежно приведет к следующим социально-экономическим последствиям:

- невозможность поддержания размера пенсий на социально приемлемом уровне и увеличение численности низкодоходных групп пенсионеров. К 2030 г. средний размер трудовой пенсии по старости может не достигнуть минимального целевого уровня в 2,5 прожиточного минимума пенсионера, а отношение среднего размера трудовой пенсии по старости к среднему размеру заработной платы в России будет снижаться;

- обострение проблемы обеспечения приемлемого уровня пенсионных прав для среднего класса;

- нарастание рисков, связанных с недостаточной финансовой устойчивостью НПФ;

- отсутствие источника и механизма обеспечения сохранности пенсионных накоплений, в том числе с учетом их возрастающих объемов;

- межбюджетные трансферты из федерального бюджета в пенсионную систему на обеспечение ее сбалансированности на период до 2030 г. могут достичь 3% ВВП.

Причинами складывающейся ситуации являются внешние по отношению к пенсионной системе экономические и демографические факторы:

- а) макроэкономические параметры, структура занятости, показатели производительности труда, инфляция и невысокие размеры заработной платы;

- б) большой объем теневой занятости и скрытой от страховых взносов заработной платы;

- в) рост демографической нагрузки в части изменения соотношения застрахованных лиц, за которых осуществляется уплата страховых взносов, и получателей пенсий, а также высокий уровень смертности в трудоспособном возрасте.

Кроме того, в пенсионной системе сохраняются значительные внутренние негативные факторы:

- остается нерешенной проблема досрочных пенсий;

- не установлен сбалансированный тариф страховых взносов для самозанятых граждан;

- пенсия в значительной мере утратила функцию страхования потери заработка в связи с достижением пенсионного возраста;

- несоответствие тарифов страховых взносов и обязательств по выплате трудовой пенсии.

Накопительная составляющая пенсионной системы потребовала существенной модернизации, в том числе в части, касающейся обеспечения финансовой устойчивости НПФ и гарантий исполнения ими в полном объеме обязательств по выплате пенсий, создания эффективной системы контроля за инвестированием средств пенсионных накоплений, а также расширения перечня финансовых институтов, участвующих в соответствующих правоотношениях, и инструментов для инвестирования средств пенсионных накоплений.

Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы РФ до 2030 г. разработана в соответствии с Указом Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» с учетом Концепции демографической политики, Концепции-2020 и других документов.

Необходимость принятия Стратегии обусловливается экономическими и демографическими вызовами, стоящими перед отечественной системой пенсионного страхования. Цель Стратегии – определение направлений и задач по обеспечению развития пенсионной системы в Российской Федерации.

Стратегия направлена на совершенствование пенсионной системы, которая должна быть адекватной современному экономическому развитию Российской Федерации и соответствовать международным стандартам.

Стратегия определяет на период до 2030 г. социальные приоритеты и ориентиры, а также механизмы государственной политики в сфере пенсионного страхования на отдельных этапах ее реализации.

Стратегия базируется на оценке опыта реализации пенсионных преобразований в России и мировых тенденций развития пенсионных систем.

В Стратегии определены социальные приоритеты и ориентиры, а также механизмы государственной политики в сфере пенсионного страхования на отдельных этапах ее реализации.

Реализация Стратегии будет осуществляться по следующим основным направлениям:

- 1) совершенствование тарифно-бюджетной политики;
- 2) реформирование института досрочных пенсий;
- 3) реформирование института накопительной составляющей пенсионной системы;
- 4) развитие корпоративного пенсионного обеспечения;
- 5) совершенствование формирования пенсионных прав в распределительной составляющей пенсионной системы;
- 6) совершенствование системы управления обязательным пенсионным страхованием;
- 7) развитие международного сотрудничества в сфере пенсионного обеспечения.

В рамках первого этапа реализации Стратегии (по 2013 г. включительно) выполнено:

- установление дополнительного тарифа страховых взносов для страхователей в отношении застрахованных лиц, работающих на рабочих местах с особыми условиями труда и на отдельных видах работ;
- введение специальной оценки условий труда, по результатам которой, при отсутствии опасных условий труда, соответствующие работодатели освобождаются от уплаты страховых взносов в ПФР по дополнительным тарифам;
- изменение тарифной политики в отношении самозанятых граждан в целях более полного обеспечения их пенсионных прав;
- законодательная регламентация (с 2016 г.) перераспределения тарифа страховых взносов для застрахованных лиц, которые не осуще-

ствили выбор в пользу формирования средств пенсионных накоплений в управляющей компании или НПФ:

- повышение требований к минимальному размеру собственных средств НПФ, осуществляющих формирование и инвестирование пенсионных накоплений, и качеству составляющих их активов;

- создание многоуровневой системы гарантий сохранности средств накопительной составляющей, включая системы объединенных гарантийных фондов.

В рамках второго этапа (2014–2015 гг.) планировалось:

- совершенствование системы персонифицированного учета граждан в сфере обязательного пенсионного страхования (выполнено);

- совершенствование организационно-правовой формы НПФ (выполнено);

- формирование единой системы актуарного оценивания, включая стандартизацию актуарной деятельности (выполнено частично);

- комплексное преобразование системы досрочных пенсий с установлением нового механизма формирования и реализации социальных прав застрахованных лиц, работающих на рабочих местах с особыми условиями труда и на отдельных видах работ (не выполнено);

- установление правовых основ создания и функционирования корпоративных пенсионных систем (не выполнено).

В рамках третьего этапа (2016–2030 гг.) предлагается:

- предоставление самозанятым гражданам права выбора варианта формирования и реализации пенсионных прав;

- определение дополнительного тарифа страховых взносов для страхователей в отношении застрахованных лиц, работающих на рабочих местах с особыми условиями труда, с учетом необходимости обеспечения всего досрочного периода получения ими трудовой пенсии (выполнено в 2015 г.);

- стимулирование дополнительного платежа из заработной платы в пенсионную систему для работников с учетом уровня их доходов и возраста.

На постоянной основе предлагается:

- расширение перечня финансовых инструментов инвестирования пенсионных накоплений;

- повышение уровня облагаемого страховыми взносами заработка с учетом темпов роста средней заработной платы в Российской Федерации;

- поэтапное приведение размера страхового взноса, уплачиваемого самозанятыми категориями граждан, в соответствие с уровнем производимых им пенсионных выплат;

- оптимизация механизма преференций по уплате страховых взносов в ПФР отдельными категориями страхователей;

- повышение прозрачности институтов, участвующих в формировании пенсионных накоплений (совершенствование порядка раскрытия информации);

- стимулирование добровольного формирования гражданами пенсионных накоплений и содействие развитию добровольных (корпоративных и частных) пенсионных систем;

- расширение охвата населения корпоративным пенсионным обеспечением;
- совершенствование системы государственного контроля за формированием средств пенсионных накоплений;
- принятие мер по синхронизации обязательного пенсионного страхования с другими видами обязательного социального страхования.

По мнению разработчиков Стратегии, реализация предлагаемых мер позволит обеспечить достойный уровень пенсий гражданам на основе принципа социальной справедливости. Будет создана понятная и прозрачная пенсионная система, позволяющая гражданам выбирать наиболее приемлемую для них пенсионную стратегию.

При этом предусматривается:

- достижение коэффициента замещения трудовой пенсией по старости до 40% утраченного заработка при нормативном страховом стаже и средней заработной плате;
- достижение приемлемого уровня пенсий для среднего класса за счет участия в корпоративных и частных пенсионных системах;
- обеспечение среднего размера трудовой пенсии по старости на уровне 2,5–3 прожиточных минимумов пенсионера;
- достижение максимально возможной сбалансированности пенсионной системы.

Мнение эксперта¹

Предлагаемое в Стратегии «радикальное и непрозрачное» изменение пенсионной формулы ... сократит пенсии работников, которые достигнут пенсионного возраста после 2030 г. Кроме того, новая формула фактически означает мягкое повышение пенсионного возраста, поскольку стаж, необходимый для получения максимальной пенсии, сформируется к 60–65 годам.

А. В. Кудрин,
председатель Комитета гражданских инициатив,
бывший Министр финансов РФ

Снижение нормативного стажа с 40 до 35 лет, как того потребовал Президент РФ В. Путин, ситуацию принципиально не изменит. Предложения о сокращении накопительной части пенсии надо рассматривать как свертывание всей накопительной системы. А доводы ПФР о том, что доходность страховой части пенсии выше, чем накопительной, несостоятельны, поскольку в ситуации, когда рост зарплат в будущем замедлится и, следовательно, замедлится рост доходов ПФР, на которые индексируется страховая часть пенсии, а доходность накопительной пенсии, зависящая от результатов инвестирования, будет расти, от накопительной пенсии отказываться нельзя. К тому же отсутствие пенсионных накоплений снижает привлекательность страны в глазах инвесторов, а ликвидация накопительного компонента создаст проблему для размещения госдолга. При этом после отказа от обязательных пенсионных накоплений и при невозможности повысить пенсионный возраст в распоряжении правительства останется лишь один способ реагирования

¹ О стратегии развития пенсионной системы [эл. ресурс] // Демоскоп. 2012. 29 окт. — 11 нояб. № 529–530. URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2012/0529/gazeta031.php> (дата обращения: 09.02.2014).

на ухудшение демографической ситуации — снижение размера пенсий по отношению к зарплате.

М. Дмитриев,
глава Центра стратегических разработок
Комитета стратегических инициатив

Реализация стратегии приведет к росту обоснованного недовольства граждан предпенсионного возраста, у которых будут утрачены накопленные права, работников отраслей, предусматривающих досрочный выход на пенсию, а также у будущих пенсионеров, которых ожидает существенное снижение пенсий по отношению к зарплате. Социальные последствия принятия такой реформы приведут к большому разочарованию и неверию в государство.

И. Ю. Юргенс, вице-президент РСПП (до 2014 г.)

Большинство экспертов полагают, что предпосылка всей нынешней пенсионной реформы — это дефицит бюджета ПФР: у государства не хватает средств на покрытие взятых на себя пенсионных обязательств. Эксперты утверждают: благодаря предложенным мерам проблема исчезнет ненадолго: через 5–7 лет вопрос нехватки средств на выплату пенсий возникнет вновь. Аксиома, подтвержденная опытом зарубежных стран: распределительная система перестает работать в условиях продолжающегося старения населения. А к 2028–2030 гг. число пенсионеров в России, вероятно, сравняется с числом работников.

Говоря о результатах пенсионной реформы, все эксперты отмечают низкий уровень доверия населения государству, усиленный страхом не дожить до пенсионного возраста. Согласно результатам опросов ВЦИОМ¹, свою жизнь после выхода на пенсию россияне видят в четырех вариантах, в зависимости от взглядов и предпочтений. Это либо трудовая стратегия (работать и дальше после достижения пенсионного возраста), либо инвестиционная (она же накопительная), либо иждивенческая (будут помогать / содержать дети и родственники), либо государственно-патерналистская (поможет государство). Первая стратегия лидирует среди прочих — 55% опрошенных собираются продолжать работать. Однако чем старше респонденты, тем более скептически они оценивают свои трудовые возможности и тем больше рассчитывают на государство. Среди 25–30-летних опрошенных наблюдается другой тренд — некий «обмен», элемент делегитимизации существующего режима. Люди готовы пойти на вариант, когда государство не платит пенсий, но и не облагает граждан налогами, те сами заботятся о своей старости с помощью накопленных в течение жизни средств. Это обусловлено усиливающимся недоверием как к политическим персоналиям, так и к государственным институтам в целом. Также эту группу опрошенных не страшит возможность увеличения пенсионного возраста на несколько лет².

Таким образом, по мнению экспертов, сам факт принятия третьей стратегии пенсионной реформы за 10 лет говорит о том, что решение конъюн-

¹ ВЦИОМ — Всероссийский центр изучения общественного мнения.

² Пенсия и люди [эл. ресурс]. URL: <http://expert.ru/2012/12/10/pensiya-i-lyudi/> (дата обращения: 09.02.2014).

ктурное и рассчитано на короткую перспективу. Поэтому в любом случае общество будет воспринимать эту реформу как временную меру (это, судя по всему, понимали и авторы Стратегии, отнеся ее завершение к 2030 г.), а для следующего правительства появится стимул предложить новые инициативы.

Выводы

1. В любом государстве и на любом этапе развития общества социальная политика играет важную роль, поскольку направлена на обеспечение благополучия и всестороннего развития граждан страны и общества в целом. Российская Федерация согласно своей Конституции является социальным государством, политика которого направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

2. Социальная политика — деятельность государства по созданию и регулированию социально-экономических условий жизни общества с целью повышения благосостояния членов общества, ликвидации негативных последствий функционирования рыночных процессов, обеспечения социальной справедливости и социально-политической стабильности в стране. Социальная политика Российской Федерации включает наряду с социальным страхованием социальную защиту, политику в области оплаты труда и жилищную политику.

3. Финансовый кризис 2014–2015 гг. показал, что Россия находится на новом переломе социально-экономического развития. В значительной степени исчерпаны возможности прежней модели роста экономики, опиравшейся на быстрое расширение внутреннего спроса. Новая модель социально-экономического развития потребует более интенсивного использования всех ресурсов и резервов производительности труда и должна основываться на новой модели экономического роста и новой социальной политике, опирающихся на приоритетное развитие основного стратегического ресурса России — человеческого капитала.

4. Первоочередной задачей социальной политики России является решение демографической проблемы. Целями Концепции демографической политики на период до 2025 г. являются стабилизация численности населения к 2015 г. на уровне 142–143 млн чел. и создание условий для ее роста к 2025 г. до 145 млн чел., а также повышение качества жизни и увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Достижение этих целей зависит от успешного решения широкого круга задач социально-экономического развития, включая обеспечение стабильного экономического роста и роста благосостояния населения, снижение уровня бедности и уменьшение дифференциации по доходам, интенсивное развитие человеческого капитала и создание эффективной социальной инфраструктуры (здравоохранение, образование, социальная защита населения), рынка доступного жилья, гибкого рынка труда, улучшение санитарно-эпидемиологической обстановки.

5. Система здравоохранения России, несмотря на предпринимаемые в последние годы усилия властей, пока еще не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, ее доступность и высокое качество. Заболеваемость населения продолжает расти, что связано, с одной стороны, с увеличением доли пожилого населения и с более эффективной выявляемостью заболеваний с помощью новых методов диагностики, а с другой — с неэффективностью системы профилактики и предотвращения заболеваний. Однако уже на первом этапе реализации Программы развития здравоохранения удалось добиться ряда значительных сдвигов как в структуре организации медицинской помощи, так и в результативности функционирования системы здравоохранения. Во многом преодолены негативные тенденции в состоянии системы диагностики и лечения основных социально значимых заболеваний. Произошли значительные положительные изменения в демографической ситуации,

обусловленной последствиями 1990-х гг. Заложены основы дальнейшего улучшения показателей здоровья населения.

6. В России последние 10 лет проводилось совершенствование пенсионной системы, однако долгосрочная финансовая устойчивость и сбалансированность бюджета ПФР не были достигнуты. Поэтому в конце 2012 г. была принята новая Стратегия долгосрочного развития пенсионной системы России до 2030 г., предусматривающая изменение пенсионной формулы и условий получения страховой пенсии, реформирование досрочных трудовых пенсий по старости, накопительной пенсии, усиление требований к НПФ и мотивацию работодателей и работников к формированию корпоративных и личных пенсионных программ. Однако большинство экспертов рассматривают эту Стратегию как очередную попытку краткосрочной ликвидации дефицита ПФР и предсказывают ее замену новой стратегией.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы основные причины необходимости совершенствования социального развития России на современном этапе?

2. Назовите основные недостатки современной пенсионной системы России.

3. Назовите основные недостатки современной системы медицинского страхования в России.

4. Каковы основные недостатки современной системы обязательного социального страхования от производственного травматизма, заболеваний и в связи с материнством?

5. Раскройте основные цели демографической политики России на современном этапе.

6. Раскройте основные цели долгосрочного социально-экономического развития России на период до 2020 г.

7. Раскройте основные цели долгосрочного развития пенсионной системы России.

8. Каковы основные цели Программы развития здравоохранения?

Глава 6

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВА И БИЗНЕСА В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

В результате изучения главы студент будет:

- **знать** основное содержание социальной ответственности бизнеса, цели и правовые основания государственно-частного партнерства в социальной сфере;
- **уметь** формулировать цели и задачи социальных программ бизнеса;
- **владеть** методами анализа корпоративных и частных программ социального страхования.

Ключевые термины: бизнес, корпорация, социальное государство, социальная политика, социальная ответственность, социальное партнерство, гудвилл (*goodwill*), государственно-частное партнерство.

6.1. Трансформация роли бизнеса в социальной сфере

Решение социальных вопросов является основой экономической и политической устойчивости в современной России и важнейшей составляющей стратегий ее социально-экономического развития на среднесрочную перспективу. Финансовой основой социального развития остаются обязательные страховые взносы работодателей — таким образом, роль бизнеса в финансовом обеспечении государственного социального страхования высока и продолжает (как показано в гл. 2–4) расти.

Однако роль бизнеса в обеспечении социального развития не исчерпывается уплатой обязательных взносов. Для России характерно увеличение социальных расходов крупных предприятий, формирование благотворительных фондов, публикации отчетов компаний о социальной деятельности, расширение корпоративных социальных программ. Можно выделить три ключевых фактора, влияющих на формирование и развитие социального страхования¹:

- 1) стремление компании к развитию, направленному на диалог с обществом;
- 2) стремление компании соответствовать мировым стандартам с целью выхода на мировой рынок;
- 3) давление со стороны государства.

¹ Бабаджания Д. К. Проблемы корпоративного страхования социально-экономических рисков (сравнительные аспекты корпоративной социальной ответственности в России, Европе и США) : сб. трудов. М. : МЭСИ, 2012. С. 78–83.

Тема социальной роли бизнеса исследуется учеными уже более двух столетий. А. Смит (Англия) считал, что предприниматель выступает важным звеном развития общества и берет на себя определенные риски с целью реализации коммерческой идеи. По его мнению, предпринимательская прибыль является компенсацией за риски собственника. Жан Батист Сей (Франция) выделял три фактора производства: труд, землю и капитал¹, рассматривая предпринимателя как управляющего и координатора этих факторов и общества в целом. Важность идей Ж.-Б. Сея заключалась в популяризации идей А. Смита и призыву к сохранности акцента на полезности и спросе производимой продукции, а не на затратах на ее производство и предложение.

Известно, что К. Маркс весьма негативно относился к роли частного бизнеса в социальной сфере, рассматривая его представителей как безжалостных эксплуататоров трудящихся, что в целом соответствовало современной ему действительности развитых промышленных стран. Однако по мере развития технологий и общественного сознания, в том числе и под влиянием идей К. Маркса и социалистов, а, главное, нескольких европейских революций и Великой октябрьской социалистической революции в России идеология и методы деятельности частного бизнеса существенно изменились и усилили социальную направленность.

По мнению А. Маршалла — основателя политэкономической школы в Кембридже, именно четвертый фактор производства — устройство и организация ведения бизнеса определяет прибыль предприятия. Фактор организации и управления бизнесом представляет собой основу экономического успеха и является базой осуществления социальных функций компании. Поэтому организационная функция субъекта предпринимательства заслуживает отдельного изучения. По мнению социолога М. Вебера (Германия), хозяйственная деятельность обретает социальную характеристику, если распределение экономических благ осуществляется в соответствии с существующими индивидами. Рациональность распределения благ отражает его эффективность, получение от использования средств и усилий максимальной выгоды, выбор наиболее быстрого пути для реализации поставленных целей. Взгляды Вебера о сущности предпринимательства оказали существенное влияние на общественное восприятие предпринимательства и его рациональность в XX в., хотя и неоднократно подвергались критике.

В современных условиях функционирования экономики поведение предпринимателя, расходующего деньги на благотворительность, в соответствии с социальными нормами может считаться разумным и рациональным. Современные условия функционирования экономики формируют зависимость успешности и прибыльности предприятия от отношения и мнения общества о его социальной репутации. В свою очередь, социальная репутация предприятия зависит от проводимой социальной деятель-

¹ Сей Ж.-Б. Трактат по политической экономии; *Бастия Ф.* Экономические софизмы. Экономические гармонии / сост., вступ. ст. и коммент. М. К. Буйкиной и А. М. Семенова. М. : Дело : Акад. нар. хоз-ва при Правительстве РФ, 2000.

ности, а также от публичной информации о корпоративной политике. Следовательно, в современных экономических условиях для успешного и прибыльного функционирования предприятие должно проводить эффективную корпоративную политику, реализовывать социальные программы, либо создавать видимость эффективной социальной деятельности.

Корпоративное социальное страхование как частный случай социальной корпоративной политики является примером рационального социального поведения предпринимателя – его реализация формирует систему благоприятных взаимоотношений на предприятии, в обществе и в государстве, но не приносит прибыль компании в краткосрочном периоде.

Понятие социальной политики сформировалось на рубеже XIX–XX вв. и за последние сто лет неоднократно менялось. В 1930-х гг. это понятие получает широкое распространение в качестве составляющей концепции «социального государства» и «государства всеобщего благоденствия».

В советское время термин «социальная политика» подлежал рассмотрению в следующем виде: «деятельность партии и государства по управлению развитием социальной сферы, направленной на подъем общественно-политической активности масс, удовлетворение их интересов и потребностей»¹.

К основным задачам социальной политики относилось улучшение условий труда и жизни людей, соотношение их благосостояния, совершенствование национальных взаимоотношений, сближение социальных групп, слоев и классов населения, преодоление существующих различий между деревней и городом, физическим и умственным трудом. Это определение, содержащее направленность на все общество, а не только на отдельные группы людей, например, находящихся в сложной жизненной ситуации, представляется наиболее подходящим для рассмотрения социальной роли бизнеса в современном обществе.

Важно!

Ключевыми компонентами социальной политики являются связь с направленностью и идеологией общей политики, определение субъектов и объекта курса политического развития, возможности правительства по влиянию на социальные процессы, регламентация социальных отношений.

Социальная политика означает определенную деятельность, которая представляет собой инструмент управления социальным развитием общества с целью удовлетворения культурных и материальных потребностей общества, а также регулирования социального распределения общества².

¹ Актуальные задачи изучения советского рабочего класса // Вопросы истории. 1988. № 1. С. 3–23.

² Бабаджанян Д. К. Проблемы корпоративного страхования социально-экономических рисков (сравнительные аспекты корпоративной социальной ответственности в России, Европе и США) : сб. трудов. М. : МЭСИ, 2012. С. 78–83.

Будучи частью внутренней политики государства, социальная политика отражается в нормативных актах, законодательстве, в практической деятельности, социальных программах, а также осуществляет регулирование взаимоотношений путем взаимодействия и интересов социальных групп общества.

Корпоративная социальная политика сегодня является важной частью государственной социальной политики. В конце XX в. сформировались концепции «корпоративного гражданства» и «устойчивого развития». Корпоративная социальная ответственность и вопросы этики представляли все более высокий интерес, что привело к развитию системы качества. Э. Карнеги одним из первых занялся изучением социальной ответственности бизнеса. По его мнению, существует два ключевых принципа, в соответствии с которыми формируется социальная ответственность¹: благотворительность и служение.

В США, Японии, Германии и Великобритании на рубеже 1960–1970-х гг. формируется теория социально-ответственного бизнеса. Данная концепция подразумевает, что бизнесу следует ориентироваться на получение прибыли, уплату налоговых платежей и сборов, их распределение государством в соответствии с социальными проблемами, а также нести ответственность вместе с обществом относительно социальной несправедливости, экологических проблем, экономического неравенства, принимать участие в защите окружающей среды и адаптации социально незащищенных групп населения.

Нобелевский лауреат в экономике М. Фридман предлагал ограничить социальную ответственность бизнеса и сформулировал концепцию корпоративного эгоизма, в соответствии с которой «существует одна и только одна социальная ответственность бизнеса: использовать и распоряжаться своими ресурсами и энергией в действиях, ведущих к росту прибыли, пока это осуществляется в пределах правил игры, которая объясняет привлекательность к открытому и бесплатному соревнованию без обмана или фальсификации»². По мнению М. Фридмана, альтруистические действия являются нарушением функции бизнеса, и необходима «ясность в исследовании собственной доктрины социальной ответственности бизнеса — точно выяснить кому и для кого это необходимо». Он описал способ реализации социальной политики, распределил силы, направленные на получение успеха корпоративной социальной ответственности.

В противовес данному подходу в США Комитет по экономическому развитию США сформулировал концепцию «корпоративного альтруизма». В соответствии с концепцией корпоративного альтруизма корпоративная социальная ответственность представляет собой социальные гарантии, социальные обязательства компании, активную деятельность компании в благотворительных проектах и акциях. Таким образом, имеет место не партнерское, а альтруистическое сотрудничество.

Мнения российских ученых и бизнесменов о социальной роли бизнеса заметно отличаются от зарубежных точек зрения. По мнению Ю. Левады,

¹ Карнеги Э. История моей жизни. М. : РОССПЭН, 2007. С. 238.

² Friedman M. Capitalism and Freedom. 1976.

«элементы конструкций, характерных для ушедшей эпохи, продолжают действовать», поэтому российская модель корпоративной социальной ответственности обладает особой характеристикой — кроме новых практик имеют место и советские традиции, хотя используются они не столь эффективно, как в свое время¹.

А. Прохоров пишет о сохранении дореволюционных традиций в современной России. Автор концепции «русской модели управления» полагает, что национальная модель формируется на особенностях дореволюционного прошлого России. Для современных компаний характерны такие особенности, как «роль личности», а также «крепостная зависимость». Данный подход находит свое отражение и в реализации социальной политики, которая направлена на усиление зависимости персонала от менеджеров, а менеджеров от собственников компании².

Дореволюционный период развития бизнеса России не без давления со стороны императорского правительства и двора характеризуется реализацией благотворительных проектов — строительство больниц, школ, жилья и т.п. Предприниматели России в 1912 г. сформулировали основные принципы деятельности: уважение к власти, честность и правдивость, уважение прав частной собственности, верность слову и пр. В газете «Биржевые ведомости» тех времен был сформулирован девиз «Прибыль выше всего, но честь превыше прибыли». Благотворительность и меценатство были широко распространены среды купцов и промышленников России.

В СССР создавались основы социалистической корпоративности на протяжении десятилетий. Данный подход является своеобразным вариантом «моральной экономики», которая обладает идеологической характеристикой и лозунгом, в соответствии с которым существует единство интересов всех членов советского общества и предприятия.

Корпоративизм Советского Союза был социально-ориентированным и промышленным. Корпоративизм отражался на промышленном предприятии в виде социально-ориентированной идеи. Данный подход использовался и в военно-промышленной сфере. С целью повышения обороноспособности и дальнейшей индустриализации советская власть позиционировала социалистический корпоративизм как основу функционирования предприятий, представляющих стратегический интерес. Таким образом, на данные предприятия привлекались более квалифицированные кадры.

Предприятия направляли на учебу, предоставляли отдых, лечение, жилье. Следовательно, рабочий дорожил своим рабочим местом, а также атмосферой трудового коллектива. Трудовые отношения формировались более развитые и устойчивые, кадровый потенциал использовался более эффективно. Система социальных благ имела вид заботы о работниках, с помощью которых осуществляло управление трудовыми отношениями. Данный подход называется патернализмом.

¹ Левада Ю. А. Рамки и варианты исторического выбора: несколько соображений о ходе российских трансформаций // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2003. № 2.

² Прохоров А. П. Русская модель управления. М.: Журнал Эксперт, 2008. С. 376.

Предприятия, обладающие большими социальными возможностями, выступали центрами жизни городов и других населенных пунктов, формировали социум и отдельную общественную среду.

Таким образом, социальная ответственность руководителя предприятия предполагала ответственность за работников предприятия и местные сообщества. Данная особенность была характерна для градообразующих предприятий СССР.

Следовательно, патернализм является одним из факторов, которые формировали особенности российского корпоративного социального страхования. По мнению некоторых ученых, социальный патернализм не может быть применен в современном обществе и в условиях рыночных отношений. Это обусловлено в большей степени тем, что для бизнеса развитие социальной инфраструктуры является достаточно обременительным и дорогостоящим.

Финансирование долгосрочных социальных проектов характеризуется высокими рисками и длительными сроками окупаемости, а ряд социальных проектов не окупаются в принципе. Тем не менее необходимо обратить внимание на тот факт, что краткосрочные благотворительные проекты не оказывают такого влияния на репутацию и не приносят такие уровни доходов, как долгосрочные проекты. Следовательно, от реализации крупномасштабных социальных проектов зависит развитие предпринимательства в регионе.

В постсоветский период российские ученые активно изучали проблемы социальной деятельности бизнеса и эволюцию его отношений с государством и обществом. Был проведен анализ проблем формирования и реализации корпоративного социального страхования в рамках предприятий России в условиях современных рыночных отношений. Анализу подверглись доходы, нормирование, заработная плата, условия и охрана труда, организация, социальные партнерства, медицинское и социальное страхование, развитие инфраструктуры финансового, кадрового и социального обеспечения.

Мнение эксперта

Все составные элементы социально-трудовой сферы предприятия и ключевые направления его корпоративного социального страхования, к которым относятся: занятость, нормирование, организация, оплата и охрана труда, социальное партнерство, социальная защита, доступность к социальной инфраструктуре, обучение персонала — это не балласт, не материя второго сорта, а задающая среда и система механизмов, без которых невозможно запустить экономику предприятия, да и страны в целом.

Корпоративное социальное страхование обеспечивает развитие потенциала предприятия и его кадровой политики. Корпоративная социальная политика представляет собой социально-трудовую сферу компании¹.

Н. А. Волгин,
заведующий кафедрой труда и социальной политики РАНХиГС,
доктор экономических наук, заслуженный деятель науки РФ

¹ Социальная корпоративная политика: проблемы, опыт, перспективы : учеб. пособие / под общ. ред. проф. Н. А. Волгина, В. К. Егорова. М. : Дашков и К^о, 2004. С. 1048.

Элементом корпоративной социальной ответственности выступает регулирование социально-трудовых отношений. Другими элементами корпоративной социальной ответственности являются взаимодействие компании с государством, охрана окружающей среды, взаимодействие с партнерами и т.п.

Корпоративное страхование социальных рисков — форма организации финансовых отношений корпорации с государством, ее подразделениями и персоналом по экономическому регулированию и страховой защите имущественных и социальных интересов.

Сущность данных отношений сводится к эластичности между потребностями персонала и возможностями государства и корпорации в осуществлении этих функций (защиты и регулирования). Объемы осуществляемых социальных инвестиций зависят от объемов средств, которые находятся в распоряжении компании; социальная деятельность среднего и мелкого бизнеса не может сравниваться с деятельностью крупных предприятий. Имиджевые выгоды, которые приносит социальная деятельность, не могут сравниваться на крупных предприятиях с малыми и средними; мотивация социальной активности среднего и малого бизнеса намного ниже. Степень влияния принимаемых решений относительно корпоративной социальной ответственности гораздо выше для крупных предприятий, по сравнению с влиянием на мелкие.

Тем не менее корпоративная социальная ответственность и политика не являются синонимами. Корпоративная социальная политика выступает более широким и емким понятием и отражает участие и оптимизацию взаимоотношений предприятия с государством и обществом, разработку комплекса мер по защите имущественных и социальных интересов работников.

В социологии **социальная политика** — деятельность, направленная на управление социальным развитием общества с целью удовлетворения культурных и материальных потребностей общества и его членов путем регулирования процессов расслоения общества. Осуществляется данная деятельность для определения и поддержания равновесия, целостности, динамизма и стабильности развития общества в соответствии со структурой социальной системы путем использования политических сил и материальных ресурсов.

Можно выделить следующие особенности формирования модели корпоративного социального страхования:

- 1) рассмотрение корпоративного социального страхования как элемента общей системы управления организацией, которая относится к социальной сфере;
- 2) признание хозяйственной деятельности индивида социальным действием только в случае, если при распоряжении экономическими благами во внимание принимаются другие индивиды;

3) учет проблем взаимодействия предприятия и внешней среды, в качестве которой могут выступать общество, государство, общественные и предпринимательские объединения;

4) учет норм корпоративной культуры при разработке основных направлений социальной политики предприятия.

Корпорации — это организованный бизнес, которому государство может и должно передать часть своих социальных функций, оставив себе функцию регулятора.

Немало проблем предпринимательства связано с несовершенством законодательных и нормативных правовых актов федерального уровня. Можно говорить о том, что на предприятиях, руководители которых удовлетворены действующим законодательством в сфере регулирования предпринимательской деятельности, более эффективно будет развиваться социальная ответственность. Поэтому эффективность законодательной базы, регулирующей предпринимательскую деятельность, будет не только фактором развития предприятия как такового, но и фактором развития эффективной корпоративной социальной политики этого предприятия¹. Такая же картина наблюдается и в связи с оценкой руководителями предприятий существующей системы налогообложения предприятий. Вполне естественно, что крупный и средний бизнес, являющийся основой для развития корпоративной социальной политики в нашей стране, несет на себе гораздо более тяжелое налоговое бремя, чем малый бизнес, который освобожден от части налогов. В обществе социальная ответственность ассоциируется, прежде всего, с крупным корпоративным бизнесом, что вполне естественно, поскольку в силу больших прибылей и стабильности он может и должен финансировать развитие социальной сферы.

Следует отметить, что идеи социального партнерства нередко не стимулируют предпринимателей к социальной ответственности. Государство зачастую игнорирует бизнес при выработке соответствующих законов и нормативных актов. Налоговая система никак не поощряет благотворительность и не способствует вложению средств в социальные проекты. Подобная позиция приводит к давлению органов власти на бизнес. Считается, что частные предприятия просто обязаны предоставлять имеющиеся ресурсы для поддержки социальных программ местных администраций, иначе последует наказание. В свою очередь бизнесмены нередко направляют ресурсы не на развитие экономики, а на лоббирование нужных им государственных решений, обогащаются за счет махинаций, уклоняются от уплаты налогов, осуществляют неформальный найм работников, не соблюдают принципы этики во взаимоотношениях с партнерами и клиентами, проводят недобросовестную конкуренцию и т.д.

Особенно неблагоприятна социальная обстановка в некрупном бизнесе. На малый бизнес приходится более 80% всех выявленных нарушений трудового законодательства и значительная часть смертельного про-

¹ Хоминич И. П., Данилова Л. Г. Корпоративная социальная ответственность финансово-устойчивой компании // Вестник Российской экономической академии им. Г. В. Плеханова. 2006. № 3.

изводственного травматизма. Низкий уровень деловой культуры в малом и среднем бизнесе является причиной развития неформальных отношений в этой сфере. Исследования показывают, что до 30% владельцев малых предприятий используют труд работников без заключения соответствующего контракта. Почти 70% малых предприятий выплачивают «зарплату в конвертах»¹. И в целом теневой сектор, который распространен в стране, наносит немалый вред самому понятию «социальная ответственность бизнеса».

Важно!

Теневая заработная плата — весьма опасное социальное явление. Оно лишает работников полноценного социального страхования, различных компенсационных выплат, связанных с увольнением, режимом работы, условиями труда, охраной и безопасностью труда, оплатой больничных листов, отпуском.

Такие неучтенные выплаты заработной платы в малых предприятиях ставят работника в полную зависимость от работодателя, так как их размер не регламентируется никакими официальными документами. Нужно отметить, что такое пренебрежительное отношение к работникам на малых предприятиях зачастую дорого обходится самому бизнесу, поскольку демотивирует работника к эффективному и качественному труду.

Корпоративная социальная ответственность является одной из основных тем обсуждения крупных российских корпораций. Объединения предпринимателей выступают инициаторами данных обсуждений. Наблюдается реструктуризация функционирования некоторых компаний, в частности их органов управления — переориентация на корпоративную социальную политику².

Корпорации России в современных условиях ориентированы на требования рыночной экономики, потому публично предоставляют информацию относительно социальной ответственности, формируют программы осуществления корпоративного социального страхования. Для крупных компаний России соблюдение западных социальных стандартов стало обязательным условием выхода на мировые рынки. Стандарты предусматривают осуществление корпоративной социальной ответственности в компании. Важным элементом нематериальных активов компании выступает репутация (*goodwill*). В своих корпоративных документах российские компании чаще всего ссылаются на Социальную хартию российского бизнеса, относительно корпоративной социальной политики и устойчивости развития.

Документ

Социальная хартия российского бизнеса сегодня — это платформа для формирования корпоративной политики и практики в соответствии с задачами устойчивого

¹ Був В. Теневая деятельность малых предприятий // Мониторинг общественного мнения. 2010. № 2 (96). С. 67.

² Социальные изменения российского общества в контексте глобального кризиса / под ред. В. И. Жукова. М.: Изд-во РГСУ, 2010. С. 254.

развития бизнеса компаний на основе эффективного взаимодействия с заинтересованными сторонами-акционерами, инвесторами, организациями работников, властными структурами, институтами гражданского общества.

Выработанные бизнес-сообществом принципы ответственной деловой практики это основа для согласования позиций различных сторон общественного диалога, ориентированных на достижение общих целей развития, учитывающих при этом специфику и разнообразие интересов каждой из сторон.

Реализация корпоративных стратегий, основанных на принципах ответственного ведения бизнеса, предполагает повышение информационной открытости и прозрачности деятельности компаний.

Социальная хартия российского бизнеса (ред. 2007 г.)

Снижение нефинансовых рисков является еще одним существенным преимуществом использования корпоративной социальной ответственности – за счет поддержки местного сообщества, решения экологических проблем, улучшения отношений с властью и с работниками.

Целью государства в отношении с бизнесом должно выступать стимулирование бизнеса на формирование и реализацию корпоративной социальной политики путем поощрений и рекомендаций. Использование норм, ограничений и запретов со стороны государства не смогут привести к значительному эффекту. Важным инструментом поддержки предпринимательства, которое реализует корпоративную социальную ответственность, являются налоговые льготы.

Социальная ответственность воспринимается субъектами российского бизнеса не всегда однозначно. Осуществляются многомиллиардные инвестиции в государственные проекты (Олимпиада в Сочи и т.п.), ликвидацию лесных пожаров, Гран-при «Формулы-1», восстановление Северного Кавказа и т.п. Следовательно, в таких случаях российские предприниматели занимаются благотворительной деятельностью, потому что крупномасштабные проекты чаще всего несут выгоду только в долгосрочной перспективе, либо вообще ее не имеют. Некоторые зарубежные эксперты полагают, что в этом проявляется осознание владельцами бизнеса «греховности» способов получения государственной собственности в период массовой приватизации в 1990-х гг. и попытками откупиться от прошлого.

В заключение этого исторического обзора отметим, что для большинства малых и средних предприятий процесс развития корпоративного социального страхования, вероятно, останется неформальным и интуитивным. Чтобы максимизировать создание общей ценности, целесообразно принять долгосрочный, стратегический подход к развитию корпоративной социальной ответственности. Это развитие должно проходить под контролем самих предприятий. Органы государственной власти должны играть организационную роль по разумному и рациональному сочетанию добровольных мер и дополнительного регулирования в случае необходимости, в том числе для обеспечения прозрачности, создания стимулов для ответственного ведения бизнеса и обеспечения подотчетности корпораций.

Корпоративное социальное страхование — страхование социальных рисков персонала как интересов входящих в корпорацию юридических и физических лиц. Эти интересы могут совпадать и противостоят друг другу. Это связано с особенностями корпораций как организационной, экономической и юридической структуры, их местом в экономике страны и ролью в обеспечении материальных и социальных потребностей работников корпорации.

Бесспорно, что реализация социальных вопросов возможна лишь посредством объединения усилий всех субъектов социальной политики (государства, бизнеса, профсоюзов; муниципалитетов, общественных организаций и т.д.) на основе принципа социального партнерства и взаимной социальной ответственности друг перед другом. Федеральные власти не в силах решить все социальные проблемы, особенно в кризисных регионах, поэтому решение некоторых социальных вопросов должно лечь на плечи бизнеса, функционирующего в данном регионе.

Таким образом, социальное партнерство должно согласовывать интересы государства, бизнеса и населения через определенные институты. Социальная ответственность бизнеса должна подкрепляться ответственностью государства — предсказуемой политической обстановкой, либеральной налоговой политикой, стабильностью экономики, решением вопроса о земле и имуществе, поддержкой малого предпринимательства и ответственностью региональных властей — предоставлением льгот по налогам, кредиту и аренде, решением других проблем предпринимательской деятельности.

6.2. Государственное стимулирование социальной ответственности бизнеса

Государственное стимулирование корпоративных социальных программ проводится во многих странах.

Зарубежный опыт

В начале 1990-х гг. Комиссия ООН по международным инвестициям разработала проект Кодекса поведения транснациональных корпораций, который включал материалы относительно социальных программ. В 1992 г. создается Всемирный бизнес-форум за устойчивое развитие, который включил 120 крупных европейских корпораций международного уровня. Данный форум оказал попытки стимулирования вопросов социальной отчетности организаций. Также следует выделить, что Международной организацией по стандартизации были разработаны стандарты ISO 14000. В 1990-х гг. распространилось социально ответственное инвестирование (США). Европейская комиссия в начале XXI в. приняла Зеленую книгу о корпоративной социальной ответственности¹. Некоторые положения книги являются обязательными для компаний.

¹ Международные стандарты ISO [эл. ресурс]. URL: <http://www.iso.org/> (дата обращения: 19.02.2014).

В Основных направлениях деятельности Правительства РФ на период до 2018 г., утвержденных 31.01.2013, поставлена задача повышения качества и доступности услуг в социальной сфере, ориентируясь на эффективное удовлетворение запросов и потребностей людей. Для ее решения, в частности, предусматривается привлечение к оказанию услуг в социальной сфере негосударственных организаций, в том числе в рамках государственно-частного партнерства, с введением публичных рейтингов таких организаций и существенное увеличение объемов социальных услуг, оказываемых социально ориентированными некоммерческими организациями.

В краткосрочной перспективе развитие российской экономики будет определяться мировыми ценами на углеводороды и продукты металлургии и химии, а в среднесрочной — будет зависеть от возможности инновационной перестройки экономики от добывающей к перерабатывающей и производящей. В этой перестройке роль бизнеса и трудоспособного населения чрезвычайно велика.

Столкнувшись с финансовыми трудностями исполнения бездефицитного федерального бюджета и принятых в предвыборный период социальных обязательств, государство начинает передавать часть своих социальных обязательств бизнесу. Поэтому для реализации социальной политики Правительство РФ предпринимает меры по стимулированию бизнеса к участию в социальных программах, и меры порою достаточно жесткие.

Практический пример

Наиболее ярким примером стимулирования бизнеса к развитию социальных программ является введение Законом о внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам обязательного пенсионного страхования с 2013 г. дополнительных пенсионных страховых взносов для страхователей, работники которых имеют права по условиям труда на досрочную трудовую пенсию. Как уже отмечалось в параграфе 3.4, такие страхователи освобождаются от уплаты дополнительных страховых взносов в ПФР по результатам специальной оценки условий труда, проводимой в порядке, устанавливаемом отдельным федеральным законом.

Решение о дополнительных взносах в ПФР можно рассматривать как меру стимулирования бизнеса к переоценке условий опасности и вредности труда и снижению, по ее результатам доли работников, имеющих право на досрочную трудовую пенсию.

Важно!

В качестве реализованных мер стимулирования бизнеса к развитию корпоративных пенсионных программ можно привести примеры дополнительного социального обеспечения работников угольной промышленности и летного состава, сформированных на основе трехсторонних соглашений работников, работодателей (бизнеса) и государства и закрепленных федеральными законами.

Согласно Федеральному закону от 10.05.2010 № 84-ФЗ «О дополнительном социальном обеспечении отдельных категорий работников организаций угольной промышленности» лица, работавшие в организациях

угольной промышленности непосредственно полный рабочий день на подземных и открытых горных работах (включая личный состав горноспасательных частей) по добыче угля и сланца и на строительстве шахт не менее 25 лет либо не менее 20 лет в качестве работников ведущих профессий — горнорабочих очистного забоя, проходчиков, забойщиков на отбойных молотках, машинистов горных выемочных машин и получающие пенсии в соответствии с законодательством РФ, имеют право на ежемесячную доплату к пенсии за счет взносов, уплачиваемых организациями угольной промышленности в бюджет ПФР на выплату доплаты к пенсии. В стаж работы, дающей право на доплату к пенсии, включаются периоды работы, засчитываемые в стаж на соответствующих видах работ, дающих право на досрочное назначение трудовой пенсии по старости.

Финансовое обеспечение расходов на выплату доплаты к пенсии, включая расходы на организацию работы по ее выплате и доставке, производится за счет взносов, поступивших от плательщиков взносов, сумм пеней, начисленных за несвоевременную уплату взносов, и штрафов за неправомерные действия, связанные с реализацией Федерального закона от 10.05.2010 № 84-ФЗ. Тариф страхового взноса равен 6,7% выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу указанных в вышеназванном Федеральном законе работников.

В Федеральном законе от 27.11.2001 № 155-ФЗ «О дополнительном социальном обеспечении членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации» установлены условия, порядок назначения и выплаты ежемесячной доплаты к пенсии, установленной в соответствии с законодательством РФ, членам летных экипажей воздушных судов гражданской авиации за счет средств, дополнительно поступающих в ПФР от организаций, использующих труд членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации, в качестве дополнительной гарантии в области социального обеспечения в связи с вредными, опасными, напряженными и тяжелыми условиями труда, имеющего особый характер, а также порядок финансового обеспечения расходов на выплату указанной доплаты.

Доплата к пенсии назначается при наличии выслуги в должности члена летного экипажа не менее 25 лет у мужчин и не менее 20 лет у женщин, а при оставлении по состоянию здоровья летной работы в должности, дающей право на назначение доплаты к пенсии, — не менее 20 лет у мужчин и не менее 15 лет у женщин. Страховой тариф установлен в размере 14% выплат и иных вознаграждений, начисленных ими в пользу членов летных экипажей.

Размер дополнительной пенсии указанным работникам угольной промышленности и гражданской авиации зависит от отношения зарплаты указанных работников в должности, дающей право на пенсию по действующему пенсионному законодательству, к средней зарплате по стране и отношения фактически уплаченных дополнительных страховых взносов страхователя к величине страховых взносов, необходимых для финансового обеспечения расходов на выплату доплаты к пенсии на начало выплатного периода.

Следует отметить, что при указанных тарифах расходы на уплату дополнительных страховых взносов составляют заметную часть корпоративных расходов бизнеса на дополнительное пенсионное страхование своих работников.

В качестве стимулов для подобных расходов, помимо необходимости исполнения требований федерального законодательства, используются возможности «доступа к льготному финансированию со стороны государства» и «публичное признание высокой репутации социально ответственных компаний со стороны государства».

Вместе с тем государство предпринимает меры для того, чтобы обеспечить бизнесу возможность передачи своих социальных расходов на работников далее — потребителю, т.е. всему обществу. Это достигается за счет предусмотренных ст. 264 НК РФ возможностей для предприятий и организаций уменьшать налогооблагаемую базу по налогу на прибыль (т.е. увеличить стоимость производимой продукции, работ и услуг) на величину их собственных расходов в социальной сфере — личное страхование (пенсионное, медицинское, от несчастного случая) работников. Мы рассматривали такие программы в гл. 3–5. При этом уменьшение налогооблагаемой базы по налогу на прибыль разрешается на всю величину расходов по обязательному социальному страхованию и часть (12% ФОТ по пенсионному и 6% ФОТ по медицинскому страхованию) по добровольному страхованию.

Таким образом, действующая практика государственного стимулирования бизнеса к развитию корпоративных социальных программ допускает переложение значительной части этих корпоративных расходов на все общество.

Для полноты описания отметим, что еще одной формой стимулирования бизнеса к социальной деятельности являются налоговые льготы и льготы по обязательным страховым взносам для предприятий, в которых работники-инвалиды составляют не менее половины персонала.

6.3. Государственно-частное партнерство в социальной сфере

Социальная сфера России испытывает значительные потребности в финансовых ресурсах, внедрении современных методов управления, передовых технологиях оказания услуг и обслуживания. Бюджетные и внебюджетные средства, ресурсы целевого финансирования не позволяют полностью удовлетворять эти потребности, поэтому становится необходимым прямое привлечение компетенций и инвестиций частного сектора. Не менее остро стоит проблема нехватки управленческих компетенций на всех уровнях опыта использования инвестиционных схем в социальной сфере. Для решения этих проблем применяют государственно-частное партнерство.

В узком смысле **государственно-частное партнерство** (далее в главе — ГЧП) — механизм долгосрочного взаимовыгодного взаимодействия власти и предпринимательских структур, заключающийся в инвестировании частных финансовых ресурсов в объекты государственной собственности и последующем совместном управлении ими.

В широком смысле ГЧП — институт долгосрочной устойчивой легальной кооперации финансово-инвестиционных, организационно-управлен-

ческих и интеллектуальных ресурсов органов государственной власти и частного предпринимательства для совместного решения социально значимых задач.

В мировой практике для развития социальной инфраструктуры модели ГЧП используются уже много лет. К строительству и управлению больницами, школами и даже тюрьмами частный сектор начали привлекать после успешной модернизации фундаментальных отраслей – транспорта, энергетики.

Зарубежный опыт

В Германии ГЧП активно применяется при строительстве объектов в сфере образования, в Австралии развита практика участия частных компаний в реконструкции, управлении и строительстве госпиталей, больниц и др.

В России первые проекты с использованием внебюджетных инвестиций появились в Татарстане, Ханты-Мансийском автономном округе, Санкт-Петербурге¹.

Наиболее общей для разных стран причиной образования ГЧП в той или иной форме является возрастание общественной потребности в услугах при одновременной задаче снижения государственных расходов. Опыт развитых стран показал, что ГЧП обеспечивает эффективное функционирование тех отраслей, в которых невозможна полная приватизация. Это в первую очередь относится к отраслям производственной и общественной инфраструктуры, устойчивость и прогнозируемость развития которых составляет основу экономической безопасности страны, а также к социальной сфере. Например, в структуре государственного имущества высока доля объектов культурного наследия, в отношении которых в настоящее время действует мораторий на приватизацию. Поэтому все контракты между государством и частным капиталом в этих отраслях должны заключаться на длительный срок и не предполагать перехода прав собственности.

Анализ примеров из разных европейских стран в социальной сфере показывает, что, несмотря на все различия, в основном они схожи. Так, ключевые европейские игроки в секторе здравоохранения сталкиваются с похожими проблемами и их инвестиционными решениями. Демографические и эпидемиологические переходы, связанные со старением населения, прорывы в медицинских технологиях и фармацевтике, рост ожиданий населения, неравенство возможностей в получении медицинских услуг, а на сегодняшний день и неблагоприятные экономические перспективы – стимулируют государство искать частных партнеров. Тем не менее в разных странах доминируют определенные модели партнерства. Например, в Германии медицинские учреждения приватизируются за относительно небольшие деньги в обмен на инвестиции и обязательства по государственному заказу, а в Швеции разрешено брать в аренду больницы, лаборатории и службы скорой помощи.

¹ *Азатов А. А., Пушкин А. В., Джапаридзе Р. М.* Государственно-частное партнерство. Механизмы реализации. М.: Альпина Паблшер, 2010. С. 23.

Экономическая инициатива Правительства РФ о создании новой формы хозяйствования — (ГЧП) была озвучена в 2004 г. и касалась в первую очередь транспортной отрасли. Идеи ГЧП активно рассматривались и находили свое практическое воплощение в следующих отраслях российской экономики:

- транспорт и дорожное строительство;
- телекоммуникации;
- машиностроение;
- авиакосмическая промышленность;
- добыча энергоресурсов, нефтегазовая промышленность, энергетика и другие отрасли, определяющие экономическую безопасность страны.

К примеру, в сфере строительства и ремонта дорог в Урало-Западносибирском регионе ГЧП развивается по следующей схеме: государственное финансирование (из федерального и региональных бюджетов) — частные подрядные дорожно-строительные организации — компании-производители дорожных материалов и техники всех форм собственности — отраслевые научно-исследовательские институты.

Важно!

ГЧП представляет собой форму взаимодействия между государственными властями и частным сектором на паритетных началах, которая является альтернативой приватизации.

В развитых странах, как правило, функции государства и частного капитала в ГЧП принципиально различаются и дополняют друг друга. В большинстве случаев государство выполняет свои основополагающие институциональные функции: законодательное обеспечение, контроль и регулирование деятельности ГЧП с целью соблюдения общественных интересов. Задача частного капитала состоит в предоставлении услуг высокого качества за счет внедрения эффективных методов производства и управления, оперативного реагирования на изменения во внешней среде, налаживания кооперационных связей с поставщиками и подрядчиками.

В российских условиях сложились предпосылки для распространения такой формы ГЧП, при которой государство и бизнес выступают соинвесторами в финансировании крупномасштабных инфраструктурных проектов, на социальную сферу. С принятием в 2015 г. Закона о государственно-частном партнерстве эти предпосылки приобрели законодательную основу, что позволит успешнее реализовывать проекты по созданию инфраструктуры социальной, в том числе связанной с оказанием медицинских услуг.

Согласно этому закону **государственно-частное партнерство**, муниципально-частное партнерство — юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-частном партнерстве, соглашения о муниципально-частном партнерстве, заключенных в соответствии с указанным законом

в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества.

Мнение эксперта

Коммерциализация и приватизация являются производными моментами при решении более общей задачи — установления системной границы между сферами социальной ответственности и экономической свободы. Эта граница очерчивается законодательными утвержденными социальными нормами. Поэтому приватизация и коммерциализация инфраструктуры нужны и полезны только для той ее части, которая оказывает услуги населению сверх социальной нормы¹.

В. В. Ивантер, академик РАН,
директор Института народно-хозяйственного
прогнозирования РАН

В социальной сфере полная приватизация невозможна в силу того, что значительное число организаций заняты предоставлением населению конституционно гарантированных бесплатных или льготных благ и услуг, по этой причине не являются коммерческими организациями и не обладают инвестиционной привлекательностью для частных инвесторов. Это обстоятельство невыгодно отличает социальную сферу от других отраслей, в которых целесообразно развитие ГЧП, и создаст необходимость активизации инвесторов с использованием иных стимулов, нежели чем доходы от участия в коммерческих проектах. В социальной сфере потенциал ГЧП пока в полной мере не реализуется, хотя развитие ГЧП в данной области одновременно позволяет решить две задачи: во-первых, сократить дефицит источников финансирования инвестиций в социальную сферу, во-вторых, повысить качество социальных услуг и эффективность управления организациями социальной сферы.

Эксперты полагают, что Закон о государственно-частном партнерстве позволит шире привлекать частный бизнес в здравоохранение без приватизации медицинских учреждений. Так, в частности, в Санкт-Петербурге подготовлены проекты строительства больничного корпуса на 480 коек в Сестрорецке и перинатального центра на базе Городского родильного дома № 17.

Среди государств, использующих механизмы партнерства в социальной сфере, они в наибольшей мере развиты в Швеции и Великобритании. В 1993 г. был принят закон о так называемой «частной финансовой инициативе» (*Private Finance Initiative* — PFI), которая представляла собой модернизированную концепцию управления государственной собственностью. Суть PFI состояла в том, чтобы в рамках договоров и соглашений о ГЧП передать частному сектору функции финансирования (строительства, реконструкции, эксплуатации, управления и т. п.) объектов социально-культурной и производственной инфраструктуры, находящихся в государственной собственности. Были четко определены принципы сотрудничества и рамочные условия контрактов.

¹ Государственно-частное партнерство в социальной сфере [эл. ресурс]. URL: <http://www.ppp.leontief-centre.ru/> (дата обращения: 19.02.2014).

Это кардинальное изменение системы государственного управления в Великобритании повлекло за собой существенную трансформацию в институциональной среде, а также во взаимоотношениях госаппарата и частного бизнеса.

Зарубежный опыт

В результате ГЧП в различных сферах деятельности, включая отрасли социальной сферы, к настоящему времени в Великобритании реализовано более 450 проектов на общую сумму 24 млрд фунтов стерлингов. Стоимость большинства проектов относительно невелика и колеблется в пределах 1,1–15 млн фунтов стерлингов. Ежегодно заключается до 80 новых соглашений. В течение следующих трех лет планируется реализовать проекты на общую сумму 12 млрд фунтов стерлингов. По данным британского правительства, такие проекты обеспечивают 17% экономии для бюджета страны¹.

ГЧП предполагает использование концессионных механизмов в реализации коммерческих и социальных проектов; привлечение частных инвестиций на осуществление мероприятий государственных целевых программ, программ социально-экономического развития региона или, напротив, привлечение государственных средств в проекты технического перевооружения крупных компаний и отраслей экономики, состояние в которых наиболее критическое. В рамках этого общего подхода к пониманию ГЧП можно выявить множество схем реализации этого механизма. К примеру, одним из основных факторов успешной реализации национального проекта «Доступное и комфортное жилье – гражданам России» является ипотека, где присутствуют и взаимно дополняют друг друга доходы населения, капитал коммерческих банков и государственные инвестиции, а также государственный контроль.

Другим успешным примером ГЧП в социальной сфере является создание Центра высоких медицинских технологий «Нижегородский онкологический научный центр» (ЦВМТ НОНЦ). Онкологические заболевания являются одной из основных причин смертности от болезней в России, а в Нижегородской области самые высокие по стране показатели заболеваемости раком и последующей смертности. Необходимость объединения ресурсов государства и частного сектора в реализации данного проекта объясняется его масштабом и инновационностью. В составе Нижегородского научного онкологического центра предусмотрены:

- крупная клиника, оснащенная на самом современном уровне;
- центр адронной терапии, использующий последние достижения науки и технологии;
- научно-учебный комплекс, готовящий необходимый персонал и ведущий на международном уровне исследования, связанные с онкологией;
- технопарк, способствующий скорейшей и эффективной коммерциализации научно-медицинских разработок;
- комплекс деловой инфраструктуры, способствующий эффективному взаимодействию основных составляющих проекта.

¹ Государственно-частное партнерство в социальной сфере [эл. ресурс]. URL: <http://www.ppp.leontief-centre.ru/> (дата обращения: 19.02.2014).

Общая инвестиционная емкость проекта – 15,7 млрд руб., в том числе консолидированные бюджетные ассигнования – 7,0 млрд руб. и коммерческие инвестиции – 8,7 млрд руб.

В консорциуме исполнителей проекта предполагается участие российских, английских, канадских и испанских компаний. При непосредственном участии администрации области, Института прикладной физики РАН (г. Нижний Новгород), Нижегородской государственной медицинской академии, Нижегородского государственного университета и Российского федерального ядерного центра (г. Саров) были основаны фонд «НОНЦ» и ОАО «НОНЦ» для решения организационных и финансовых вопросов по проекту.

По предложенной инициаторами схеме ГЧП (строительство – владение – передача) частный инвестор должен построить и эффективно эксплуатировать комплекс, а государство оплачивать ему услуги по тарифам, в которые помимо текущих расходов заложен возврат инвестиций.

По результатам проведенного Минздравом России мониторинга, по состоянию на февраль 2015 г. более трети субъектов Федерации ведут работу по подготовке и реализации инфраструктурных пилотных проектов с использованием механизмов ГЧП в сфере здравоохранения. Минздравом подготовлен первый на федеральном уровне пилотный проект с использованием механизма концессии в сфере здравоохранения – создание на базе имущественного комплекса ФГБУ «Новосибирский НИИ травматологии и ортопедии им. Я. Л. Цивьяна» конкурентоспособных производств в сфере травматологии, ортопедии и нейрохирургии.

Также Минздравом России отобран пилотный проект с использованием механизма инвестиционного соглашения – на базе имущества, находящегося в пользовании у ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет имени академика Е. А. Вагнера»¹.

В заключение данного параграфа отметим, что в социальной сфере России к 2016 г. уже имеются успешные примеры взаимодействия региональных органов власти и частного предпринимательства в социальной сфере, но они не носят массового, системного характера. Вместе с тем опыт зарубежных стран показывает, что ГЧП в социальной сфере может давать хорошие результаты и в плане привлечения инвестиций, и в плане повышения качества предоставляемых общественных услуг.

6.4. Персональные социальные программы

В большинстве стран с государственным (обязательным) социальным страхованием граждане персонально участвуют в его финансировании наряду с работодателями (бизнесом) и государством путем уплаты обязательных страховых взносов из заработка, а в отдельных случаях – и из пенсий. В России граждане, как работающие, так и неработающие, в уплате страховых взносов на социальное страхование не участвуют –

¹ Основные результаты работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2014 году [эл. ресурс]. URL: http://government.ru/dep_news/17713/ (дата обращения: 02.06.2016).

за них платит работодатель, но, конечно, из тех доходов, которые обеспечены, в том числе и его работниками. Исключение составляют лишь самозанятые граждане и граждане, добровольно участвующие в обязательном пенсионном и социальном (ФСС) страховании, уплачивающие страховые взносы из собственных доходов. Но при этом мы не должны забывать, что право на государственную страховую пенсию и страховое обеспечение в случае временной нетрудоспособности, производственной травмы, профессионального заболевания имеют лишь работники, занятые по трудовым договорам.

Невключение работников в систему уплаты обязательных страховых взносов обычно объясняют невысокой заработной платой в России. Однако при этом собственные расходы граждан на медицинские услуги в дополнение к гарантированной государством медицинской помощи в 2014 г. составили, по данным табл. 2.7 (параграф 2.4), 11% всех расходов на здравоохранение, а с учетом расходов на лекарства – 28% или примерно 7,5 тыс. руб. на каждого жителя России, или около 14 тыс. руб. на каждого работающего, что сопоставимо со среднестатистической месячной зарплатой. При этом большая часть расходов произведена в форме прямых платежей непосредственно при обращении человека за медицинской (лекарственной) помощью. Как уже отмечалось в гл. 2, такая форма оплаты наименее эффективна, поскольку может привести к разорению при серьезном заболевании.

Важно!

Высокий уровень прямых платежей за медицинские услуги связан с отсутствием на страховом рынке предложений индивидуальных программ ДМС – до 97% застрахованных по ДМС обслуживаются по корпоративным программам.

В связи с развитием платной медицины проблема развития индивидуального ДМС приобретает особую актуальность. Аналогичная ситуация и в добровольном пенсионном страховании, и страховании от несчастных случаев, в том числе и добровольном страховании профессиональных рисков – большинство застрахованных по этим важным видам социального страхования являются работниками предприятий и организаций, преимущественно крупных и финансово устойчивых. При этом доля застрахованных по корпоративным программам социального страхования работников относительно невелика: по данным Банка России в НПФ в 2014 г. было застраховано всего около 22 млн чел., в том числе по негосударственному пенсионному страхованию – 6,37 млн чел., из которых негосударственные пенсии получают примерно 1,59 млн чел. Судя по данным Банка России о размерах страховой премии и средней стоимости страховой программы в расчете на 1 застрахованного число застрахованных по ДМС в 2014 г. можно оценить в 4–5 млн чел. Остальные работники и члены их семей не застрахованы и оплачивают необходимые социальные услуги сверх обязательных программ социального страхования в форме прямых платежей из собственных средств.

В условиях постепенной передачи части социальной ответственности от государства бизнесу, в том числе и самозанятому населению, и с учетом

роста неформальной занятости доля личных расходов граждан на персональные социальные услуги будет расти. Охват этой потребности в персональных социальных услугах добровольными видами страхования мог бы стать драйвером развития страхового рынка в России.

Другим фактором развития персональных социальных программ является необходимость повышения эффективности медицинской, профессиональной и социальной реабилитации лиц, пострадавших в результате травм и аварий. Для застрахованных по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний лиц реабилитационные программы финансируются за счет средств социального страхования в установленных федеральными законами о бюджете ФСС пределах. Застрахованные не всегда довольны этими программами, а Фонд считает необходимым установить личную ответственность застрахованного за исполнение всех предусмотренных реабилитационной программой процедур.

Наряду с пострадавшими на производстве в программах социальной реабилитации нуждаются и многие пенсионеры, но получить такие услуги могут лишь некоторые в связи с нехваткой ресурсов у служб социального обеспечения.

Для решения этих проблем может оказаться полезным европейский опыт по персональным программам трудовой реинтеграции. Одной из первых стран, применяющих персональные программы реинтеграции стали Нидерланды, где в 2004 г. вступил в силу основополагающий законодательный акт — Билль о реформе системы социальной защиты населения, который в корне изменил традиционные представления о «социальной» Голландии как о государстве «щедрых бесплатных пособий, на которые можно прилично жить, не работая». Принятию Билля о реформе предшествовала широкомасштабная подготовительная работа по внедрению новых принципов и подходов к социальной защите населения, выполненная Министерством социальных дел и занятости (*Ministry of Social Affairs and Employment*). В связи с этим в стране произошел поворот от защиты доходов к стимулированию трудовой активности (*the social activation principle*), т.е. к замене социального пособия зарплатой¹.

На протяжении последних 10–15 лет многие европейские страны в целях улучшения качества социально-бытовых услуг, оказываемых на дому нуждающимся в постороннем уходе инвалидам и престарелым гражданам, внедрили в практику социальной защиты и реабилитации программу так называемых персональных потребительских бюджетов. В соответствии с идеологией движения инвалидов за независимую жизнь, программа способствует расширению свободы выбора потребителей и повышению степени их воздействия на поставщиков услуг. Программа предоставления персональных бюджетов широко применяется в системе социального обслуживания Австрии, Дании, Германии, Финляндии, Франции, Люксембурге, Нидерландах, Швеции и Великобритании. Пилотные

¹ Байгерев М. Нидерланды: суть реформы социальной защиты — в стимулировании трудовой активности [эл. ресурс] / Человек и труд. 2004. № 1. URL: http://chelt.ru/2004/1-04/list_1-04.html (дата обращения: 28.02.2014).

проекты по внедрению программы реализуются в Бельгии и Италии, а также готовятся к запуску в Чешской Республике и Словении.

Так, например, в Нидерландах людям, имеющим заключение о необходимости постороннего ухода, государство предоставляет персональный бюджет, позволяющий им адаптировать социально-бытовое обслуживание в соответствии с собственными потребностями. До введения в действие программы персональных бюджетов государство субсидировало учреждения и организации, оказывающие услуги, в рамках системы социального и реабилитационного обслуживания. Программа ориентирована в первую очередь на потребности клиентов, финансовые ресурсы выделяются непосредственно потребителю, который сам выбирает и оплачивает услуги, необходимые ему для компенсации ограничений жизнедеятельности. Спектр доступных для выбора услуг варьируется от помощи в совершении покупок и бытового обслуживания до сопровождения в общественном транспорте и терапевтических процедур. Основной целью программы персональных потребительских бюджетов является максимальная адаптация системы социально-реабилитационного обслуживания к потребностям каждого клиента, усиление влияния потребителя на реабилитационный процесс и предоставление ему полного права выбора видов социальной поддержки. С 1997 г. средства персонального бюджета могут быть также использованы в целях поддержки осуществляющих уход за инвалидами супругов.

Целевыми группами программы персональных бюджетов являются инвалиды, люди с хроническими заболеваниями и престарелые граждане. Ходатайства граждан о предоставлении им персонального бюджета принимают региональные и местные отделения Центрального комитета по обеспечению социальной помощи. Затем сотрудники комитета проводят оценку финансового положения потенциального клиента, степени функциональных ограничений здоровья, а также потребностей и пожеланий подателя ходатайства. На основании этой оценки местные органы власти принимают решение о выделении персонального бюджета либо оказании иных видов социальной поддержки (например, адаптации жилья). Размер выделяемого бюджета определяется в зависимости от объема и остроты потребностей клиента, однако не может превышать определенного максимального значения. Бюджет может быть предоставлен непосредственно в виде услуг на определенную сумму (при этом денежный эквивалент выплачивается поставщику услуг) или в денежной форме (в этом случае клиент сам заключает с поставщиком соглашение о выполнении услуг и производит их оплату). При этом клиент самостоятельно принимает решение о выборе поставщика услуг и способа получения бюджета (в виде услуг или в денежной форме).

В обязанности клиента входит поиск и отбор поставщика услуг, контроль за соблюдением формальностей при заключении соглашений, своевременная оплата услуг, хранение квитанций об оплате и другой сопутствующей документации.

Клиенты могут использовать свои персональные бюджеты для приобретения различных услуг:

- бытовые услуги – помощь в работе по дому (уборка, стирка и т.п.);
- личный уход: помощь при выполнении повседневных действий (помощь при проведении гигиенических процедур, одевании обуви и одежды, приеме пищи, передвижении и т.д.);
- медицинский уход: помощь в приеме лекарственных средств, перевязка, смена трахеостомической трубки;
- помощь в выполнении различных действий дома и за его пределами, организация времяпрепровождения;
- обучение методам компенсации ограничений жизнедеятельности, способам повышения личной эффективности и достижения результатов (например, достижения самостоятельности и экономической независимости);
- организация краткосрочных поездок в места отдыха и оздоровительные учреждения.

Персональный бюджет не может использоваться для оплаты медицинского обслуживания, лекарственных препаратов, а также услуг постоянного проживания в учреждениях стационарного типа.

Анализ эффективности экспериментальной программы персональных бюджетов показал, что 37% ее клиентов возобновили трудовую деятельность, тогда как тот же показатель среди клиентов традиционных программ по трудовой реабилитации инвалидов составил лишь 30%. Такой результат заслужил позитивную оценку правительства Нидерландов. Программа подверглась определенным коррективам и была рекомендована к дальнейшему применению.

Наряду с этим в Нидерландах продолжает использоваться и традиционная форма оказания социальной помощи, при которой оценка потребностей клиентов и назначение реабилитационных мер осуществляется специалистами агентств социального страхования и служб занятости. В связи с успешными результатами программы персональных потребительских бюджетов этот механизм начинает использоваться и для реинтеграции безработных граждан, которые теперь также могут ходатайствовать о выделении персонального бюджета.

Использование европейского опыта персональных бюджетов и развитие отечественных персональных программ социального страхования позволит повысить эффективность использования средств обязательного социального страхования и личных средств граждан на социальные нужды, повысить личную социальную ответственность граждан перед собой и своими близкими и послужит основой для реализации стратегий социально-экономического развития России.

Выводы

1. Финансовой основой социального развития остаются обязательные страховые взносы работодателей – таким образом, роль бизнеса в финансовом обеспечении государственного социального страхования высока и продолжает расти. Роль бизнеса в обеспечении социального развития не исчерпывается уплатой обязательных взносов. Для России характерно увеличение социальных расходов крупных пред-

приятий, формирование благотворительных фондов, публикации отчетов компаний о социальной деятельности, расширение корпоративных социальных программ.

2. В современных условиях функционирования экономики, поведение предпринимателя, расходуя деньги на благотворительность, в соответствии с социальными нормами может считаться разумным и рациональным. Современные условия функционирования экономики формируют зависимость успешности и прибыльности предприятия от отношения и мнения общества о его социальной репутации. В свою очередь, социальная репутация предприятия зависит от проводимой социальной деятельности, а также от публичной информации о корпоративной политике. Следовательно, в современных экономических условиях для успешного и прибыльного функционирования предприятие должно проводить эффективную корпоративную политику, реализовывать социальные программы, либо создавать видимость эффективной социальной деятельности.

3. Ключевыми компонентами социальной политики являются связь с направленностью и идеологией общей политики, определение субъектов и объекта курса политического развития, возможности правительства по влиянию на социальные процессы, регламентация социальных отношений. Социальная политика означает определенную деятельность, которая представляет собой инструмент управления социальным развитием общества с целью удовлетворения культурных и материальных потребностей общества, а также регулирования социального распределения общества.

4. Целью государства в отношении с бизнесом должно выступать стимулирование бизнеса на формирование и реализацию корпоративной социальной политики путем поощрений и рекомендаций. Использование норм, ограничений и запретов со стороны государства не смогут привести к значительному эффекту. Важным инструментом поддержки предпринимательства, которое реализует корпоративную социальную ответственность, являются налоговые льготы.

5. Социальная ответственность бизнеса должна подкрепляться ответственностью государства – предсказуемой политической обстановкой, либеральной налоговой политикой, стабильностью экономики, решением вопроса о земле и имуществе, поддержкой малого предпринимательства и ответственностью региональных властей – предоставлением льгот по налогам, кредиту и аренде, решением других проблем предпринимательской деятельности.

6. Действующая практика государственного стимулирования бизнеса к развитию корпоративных социальных программ допускает переложение значительной части этих корпоративных расходов на все общество через систему налогообложения прибыли.

7. На современном этапе социально-экономического развития России задача повышения качества и доступности услуг в социальной сфере, ориентируясь на эффективное удовлетворение запросов и потребностей людей, остается актуальной. Для реализации социальной политики Правительство РФ предпринимает меры по стимулированию бизнеса к участию в социальных программах, в том числе в рамках ГЧП, с введением публичных рейтингов таких организаций и существенное увеличение объемов социальных услуг, оказываемых социально ориентированными некоммерческими организациями.

8. ГЧП представляет собой механизм долгосрочного взаимовыгодного взаимодействия власти и предпринимательских структур, заключающийся в инвестировании частных финансовых ресурсов в объекты государственной собственности и последующем совместном управлении ими.

9. В России все граждане застрахованы по ОМС, а по обязательному пенсионному страхованию и обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и от профессиональных рисков – только те, за которых уплачиваются страховые взносы. Примерно 10 млн работающих граждан

не охвачены обязательным пенсионным и социальным страхованием. Около 4 млн работающих граждан дополнительно застрахованы по ДМС и около 22 млн человек – по добровольному пенсионному страхованию. Для охвата незастрахованных от социальных рисков граждан необходимо развивать персональные программы социального страхования.

10. Для повышения эффективности использования средств обязательного социального страхования и личных средств граждан на социальные нужды, усиления личной социальной ответственности граждан перед собой и своими близкими и формирования основы для реализации стратегий социально-экономического развития России целесообразно использовать европейский опыт персональных бюджетов, позволяющих лицам с ограниченными возможностями (пострадавшим на производстве, инвалидам, пенсионерам) адаптировать свое социально-бытовое обслуживание в соответствии с собственными потребностями.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Сформулируйте современную роль бизнеса в системе социального развития России.
2. Каковы основные цели государственно-частного партнерства в социальной сфере?
3. Как меняется роль бизнеса в системе социального страхования России по мере ее развития?
4. Приведите примеры социальных программ бизнеса.

Практикум

1. Развитие и становление социального страхования в России и мире

Темы самостоятельных докладов (рефератов)

1. Первые формы социального обеспечения в древности.
2. Философские основы государственного социального обеспечения.
3. Модель социального страхования Бисмарка.
4. Модель социального страхования Бевериджа.
5. Понятие социального государства.

Анализ деловых ситуаций

Кейс 1. Провести сравнительный анализ моделей государственного социального обеспечения по Бисмарку и Бевериджу.

Контрольный тест

1. Из каких источников финансируются государственные системы социального страхования за рубежом:
 - а) налоги;
 - б) обязательные страховые взносы работодателей;
 - в) обязательные страховые взносы работников из заработной платы;
 - г) платежи граждан при обращении за социальными услугами;
 - д) пожертвования?
2. Назовите создателей первых зарубежных систем социального страхования.
3. Когда в России появились первые формы социального обеспечения населения:
 - а) при Петре I;
 - б) при Екатерине II;
 - в) в XIX в.;
 - г) в XX в. после Октябрьской революции?
4. Кто выступил инициатором организации больниц для населения России:
 - а) император;
 - б) Советская власть;
 - в) органы местного самоуправления (земства);
 - г) Государственная Дума Федерального Собрания РФ?
5. Укажите основные отличия систем социального страхования по Бисмарку и Бевериджу:
 - а) доля охвата населения социальным страхованием;
 - б) источники финансирования;
 - в) способ оплаты социальных услуг;
 - г) отличий нет.
6. Имеют ли право все граждане стран Евросоюза на государственную пенсию по старости:
 - а) да;
 - б) нет?

7. Относится ли социальное страхование к методам управления социальными рисками:

- а) да;
- б) нет?

8. Является ли Российская Федерация социальным государством:

- а) да;
- б) нет?

9. Укажите основные принципы обязательного социального страхования в России.

10. Являются ли органы исполнительной власти РФ страхователями по обязательному социальному страхованию:

- а) да;
- б) нет?

Темы самостоятельных исследовательских работ

1. Основные этапы возникновения и развития страхования.
2. Понятие социального государства.

2. Медицинское страхование

Темы самостоятельных докладов (рефератов)

1. Правовые основы медицинского страхования.
2. Права и обязанности застрахованных лиц в медицинском страховании.
3. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Анализ деловых ситуаций

Кейс 1. Провести сравнительный анализ программ ДМС и программ медицинского прикрепления с точки зрения работодателя и работника.

Кейс 2. Спросите у своих родителей или старших товарищей, пользовались ли они платными медицинскими услугами. В зависимости от их ответов и с учетом учебного материала гл. 2 составьте свое заключение о преимуществах и недостатках платных медицинских услуг по сравнению с системой ОМС.

Кейс 3. Предприятие заключило договор ДМС своих работников со страховщиком на один год и согласовало с ним список застрахованных лиц. Спустя 7 мес. предприятие прислало страховщику просьбу исключить из списка 5 застрахованных в связи с их увольнением. Страховщик в этом отказал.

Дать правовую оценку действиям страховщика.

Кейс 4. Предприятие заключило договор ДМС со страховщиком А. своих работников на один год и согласовало с ним список застрахованных лиц. Через 4 мес. работник С. заболел и обратился в районную поликлинику по месту жительства, предъявив в регистратуру медицинский страховой полис страховщика А. В регистратуре районной поликлиники в при-

еме ему отказали и объяснили, что с этим полисом он должен обратиться в медицинскую организацию, с которой страховщик А. заключил договор о медицинском обслуживании застрахованных лиц.

Правомерны ли действия районной поликлиники?

Расчетные задачи

Задача 1. Медицинская организация планирует в 2015 г. оказывать амбулаторно-поликлинические услуги по программе ОМС жителям района общей численностью 100 тыс. человек.

Задания

1. Рассчитать примерный доход медицинской организации по нормативам базовой программы государственных гарантий на 2015 г. и плановый период 2016–2017 гг.

2. Рассчитать необходимое количество врачей при двухсменной работе в будни и одной смене в субботу для обеспечения амбулаторно-поликлинического приема при следующих условиях:

1) один врач может принять не более 3,5 больных в час при 6-часовой смене;

2) статистическая обращаемость к врачам за амбулаторно-поликлинической помощью в среднем составляет 5 случаев на одного жителя в год.

3. Рассчитать расходы на оплату труда необходимого медперсонала для обслуживания жителей района при средней зарплате врача 30 тыс. руб., среднего медперсонала – 18 тыс. руб. и соотношения числа врачей и среднего медперсонала 1:2.

Задача 2. Организация планирует заключить договор ДМС для оказания медицинской помощи своим работникам при сложных случаях, по которым получение медицинской помощи в системе ОМС затруднено.

Задания

1. Рассчитать примерные затраты на программу ДМС при следующих условиях:

1) все заболевания, не требующие лечения вне медицинских организаций по месту жительства работника, лечатся по программам ОМС;

2) обращаемость по амбулаторным сложным случаям – 1 случай, по стационарным случаям – 0,05 случая в год на одного работника;

3) стоимость лечения одного амбулаторного случая – 5000 руб., стационарного – 100 000 руб.;

4) численность застрахованных – 100 чел.

2. Сравнить стоимость расходов на программы ОМС и ДМС при фонде оплаты труда 600 000 руб. на одного работника в год.

3. Определить, в какой части организация может признать расходы на ДМС расходами в понимании НК РФ.

Контрольный тест

1. Когда медицинское страхование появилось в России:

- а) в XIX в.;
- б) при Петре I;

- г) при Советской власти;
 - д) после перестройки в 1990-х гг.?
2. На кого распространяется обязательное медицинское страхование:
- а) на работающих граждан;
 - б) на работающих граждан и членов их семьи;
 - в) на всех граждан;
 - г) на всех граждан и иностранцев, временно проживающих на территории России, лиц без гражданства и беженцев;
 - д) на работающих по трудовому договору граждан;
 - е) на лиц, за которых уплачены страховые взносы в систему ОМС и лиц, уплачивающих такие взносы самостоятельно?
3. Кто является страховщиком в системе ОМС:
- а) фонды ОМС;
 - б) Пенсионный фонд РФ;
 - в) Фонд социального страхования РФ;
 - г) Минздрав России;
 - д) Федеральный фонд ОМС;
 - е) коммерческие страховщики?
4. Несут ли лица, застрахованные в системе ОМС, ответственность за свои действия (бездействие) в соответствии с законом:
- а) да;
 - б) нет?
5. Имеют ли право застрахованные лица на выбор медицинской организации в системе ОМС:
- а) да;
 - б) нет?
6. Может ли территориальная программа государственных гарантий иметь показатели ниже, чем базовая программа:
- а) да;
 - б) нет?
7. Кто платит страховые взносы за ОМС неработающего населения:
- а) Минздрав России;
 - б) органы исполнительной власти субъектов РФ;
 - в) работодатели родственников неработающих лиц?
8. Играет ли добровольное медицинское страхование значительную роль в финансировании здравоохранения:
- а) да;
 - б) нет?
- Обоснуйте свой ответ несколькими фразами.
9. Какова, по вашему мнению, роль платных медицинских услуг в финансировании здравоохранения России:
- а) значительная;
 - б) незначительная?
- Обоснуйте свой ответ несколькими фразами.

10. Входит лекарственное обеспечение в систему ОМС:

- а) да;
- б) нет;
- в) только при стационарном лечении?

Темы самостоятельных исследовательских работ

- 1. Разработка корпоративной программы ДМС.
- 2. Развитие медицинского страхования в России.
- 3. Система частного здравоохранения и медицинское страхование.

3. Пенсионное страхование

Темы самостоятельных докладов (рефератов)

- 1. История развития пенсионного страхования в Европе.
- 2. История развития пенсионного страхования в России.
- 3. Система софинансирования пенсий.
- 4. Соотношение пенсий и прожиточного минимума.

Анализ деловых ситуаций

Кейс 1. Сравнить преимущества и недостатки перевода накопительной части пенсии в страховую часть и перевода накопительной части пенсии в НПФ.

Кейс 2. Разработать и сопоставить различные способы накопления средств «на старость».

Кейс 3. Гражданин Республики Казахстан проработал в России на предприятии 20 лет по трудовому договору и после достижения 60 лет остался жить в России. Имеет ли он право на получение пенсии по старости? Какие документы он должен представить в ПФР?

Расчетные задачи

Задача 1. Гражданин Российской Федерации Н. имеет страховой стаж 15 лет, последние 10 лет его среднемесячная зарплата составляла 35 тыс. руб. В 2015 г. ему исполнилось 60 лет.

Задание. Рассчитать страховую пенсию Н. по старости.

Задача 2. Гражданин Российской Федерации М. в возрасте 55 лет получил инвалидность II группы с возможностью работы на прежнем месте. Его среднемесячная зарплата за последние 5 лет до инвалидности составляла 30 тыс. руб.

Задание. Решить, какую пенсию выбрать М. Рассчитать размер выбранной пенсии.

Контрольный тест

1. Когда в России появилась система государственного пенсионного обеспечения:

- а) в XIX в.;
- б) при Петре I;

- г) при Советской власти;
 - д) после перестройки в 1990-х гг.?
2. Укажите, на кого распространяется обязательное пенсионное обеспечение:
- а) государственные служащие (всех или ограничено – укажите);
 - б) военнослужащие;
 - в) летчики;
 - г) шахтеры;
 - д) космонавты;
 - е) нетрудоспособные граждане.
3. На кого распространяется обязательное пенсионное страхование:
- а) на работающих граждан;
 - б) на работающих граждан и членов их семьи;
 - в) на всех граждан;
 - г) на всех граждан и иностранцев, временно проживающих на территории России, лиц без гражданства и беженцев;
 - д) на работающих по трудовому договору граждан;
 - е) на лиц, за которых уплачены страховые взносы в ПФР и лиц, уплачивающих такие взносы самостоятельно?
4. Кто является страховщиком в обязательном пенсионном страховании:
- а) фонды ОМС;
 - б) Пенсионный фонд РФ;
 - в) Фонд социального страхования РФ;
 - г) Минтруд России;
 - д) Федеральный фонд ОМС;
 - е) коммерческие страховщики;
 - ж) негосударственные пенсионные фонды?
5. Укажите виды страховой пенсии.
6. Какие обязательные условия надо выполнить для назначения страховой пенсии по старости:
- а) достичь пенсионного возраста;
 - б) иметь трудовой стаж не ниже установленного законом;
 - в) иметь страховой стаж не ниже установленного законом;
 - г) иметь индивидуальный пенсионный коэффициент не ниже установленной законом величины;
 - д) иметь зарплату не ниже установленной законом величины?
7. С какого года рождения граждане могут право на накопительную пенсию:
- а) с 1960;
 - б) с 1965;
 - в) с 1967;
 - г) с 1970?
8. Негосударственное пенсионное страхование:
- а) заменяет обязательное пенсионное страхование;
 - б) дополняет обязательное пенсионное страхование;
 - в) отменяет обязательное пенсионное страхование.

9. Инвестиционная доходность негосударственных пенсионных фондов в 2014 г. в среднем была:

- а) выше инфляции;
- б) ниже инфляции.

10. Средства негосударственных пенсионных фондов играют в зарубежной экономике роль:

- а) значительную;
- б) незначительную;
- в) никакой роли не играют.

Темы самостоятельных исследовательских работ

- 1. Разработка корпоративного негосударственного пенсионного плана (программы).
- 2. Экономика пенсионной системы России.

4. Страхование от несчастных случаев и заболеваний

Темы самостоятельных докладов (рефератов)

- 1. Содержание профессионального риска.
- 2. Способы тарификации профессионального риска.
- 3. Ограничения страхового обеспечения в системе обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.
- 4. Ограничения страхового обеспечения в системе обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Анализ деловых ситуаций

Кейс 1. Провести анализ финансовых результатов по видам обязательного социального страхования, проводимых ФСС за истекший год, и высказать обоснованные гипотезы об условиях и причинах его формирования.

В качестве исходных данных использовать открытые источники информации, сайт Фонда – <http://fss.ru/>.

Кейс 2. Провести сравнительный анализ «зачетного механизма» уплаты обязательных страховых взносов в ФСС и механизма прямых выплат страхового обеспечения застрахованным лицам непосредственно из территориальных управлений ФСС. Анализ проводить по критериям удобства застрахованных лиц и работы территориальных управлений ФСС.

Кейс 3. Гражданин Российской Федерации М. впервые устроился работать и проработал по трудовому договору 3 мес., после чего заболел и оформил больничный листок на 5 дней.

Подлежит ли М. обязательному социальному страхованию?

На какой вид социального обеспечения он имеет право?

Будет ли оплачен его больничный листок? Если будет, то в каком размере?

Кейс 4. Гражданин Республики Таджикистан И. работал по договору гражданско-правового характера (подряда) в строительстве и получил в 2015 г. производственную травму при падении. На какие социальные выплаты он может рассчитывать?

Расчетные задачи

Задача 1. Гражданка Российской Федерации О. работает по трудовому договору в течение последних 5 лет с зарплатой 30 тыс. руб. в месяц и в 2015 г. планировала уйти в отпуск по беременности.

Задание. Рассчитать размер пособия по беременности.

Задача 2. Гражданин Российской Федерации П., работающий по трудовому договору со средней зарплатой за последние 3 года 55 тыс. руб. в месяц, заболел и получил больничный лист на 18 дней лечения.

Задание. Рассчитать размер выплаты по больничному листу. Сколько из этой выплаты произведет работодатель П.?

Задача 3. Предприятие не платило страховые взносы в ФСС в течение 10 мес. В январе 2015 г. долг составил 300 тыс. руб.

Задание. Определить виды санкций к предприятию и рассчитать их размер.

Контрольный тест

1. Когда в России появилась система социального страхования от несчастных случаев на производстве;

- а) в XIX в.;
- б) при Петре I;
- г) при Советской власти;
- д) после перестройки в 1990-х гг.?

2. На кого распространяется обязательное социальное страхование:

- а) на работающих граждан;
- б) на всех граждан;
- г) на всех граждан и иностранцев, временно проживающих на территории России, лиц без гражданства и беженцев;
- д) на работающих по трудовому договору граждан;
- е) на лиц, за которых уплачены страховые взносы в ФСС и лиц, уплачивающих такие взносы самостоятельно?

4. Кто является страховщиком в обязательном социальном страховании:

- а) фонды ОМС;
- б) Пенсионный фонд РФ;
- в) Фонд социального страхования РФ;
- г) Минтруд России;
- д) Федеральный фонд ОМС;
- е) коммерческие страховщики?

5. Укажите виды страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

6. Какой надо иметь минимальный страховой стаж для получения по больничному листку 100% среднего заработка:

- а) 5 лет;
- б) 7 лет;
- в) 8 лет;
- г) 10 лет?

7. Будет ли оплачен больничный листок, если застрахованный работник попал в карантин:

- а) да;
- б) нет?

8. Влияет ли наличие вины застрахованного работника в получении производственной травмы на размер выплаты по обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

- а) да;
- б) нет?

9. Финансирует ли Фонд социального страхования Российской Федерации страхователя для проведения предупредительных мероприятий по снижению профессионального риска:

- а) да;
- б) нет?

10. Какие санкции налагаются на страхователя при нарушении обязанностей по уплате страховых взносов в ФСС:

- а) штраф на страхователя;
- б) отказ в установлении скидок страховому тарифу;
- в) установление надбавки к страховому тарифу;
- г) штраф на руководителя страхователя – юридического лица?

Темы самостоятельных исследовательских работ

- 1. Тарификация профессионального риска.
- 2. Система аттестации рабочих мест по степени опасности труда.
- 3. Развитие системы обязательного социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

5. Стратегии социального развития России

Темы самостоятельных докладов (рефератов)

- 1. Основные проблемы обязательного социального страхования.
- 2. Перспективы развития страхового обеспечения в обязательном социальном страховании.
- 3. Продолжительность жизни и пенсионный возраст.

Анализ деловых ситуаций

Кейс 1. Оценить возможности исполнения планов по долгосрочному социально-экономическому развитию Российской Федерации с учетом современной международной экономической ситуации.

Кейс 2. Сформулировать преимущества и недостатки системы обязательного социального страхования в России в сравнении со странами Евросоюза.

Контрольный тест

1. Способствует ли система обязательного социального страхования России развитию ее экономики:
 - а) да;
 - б) нет?
2. Какой из видов обязательного социального страхования не является дефицитным в последние годы:
 - а) пенсионное страхование;
 - б) медицинское страхование;
 - в) страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;
 - г) страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством?
3. Поощряет ли новая пенсионная формула застрахованных лиц к более позднему выходу на пенсию:
 - а) да;
 - б) нет?
4. Как программа развития здравоохранения повлияла на среднюю продолжительность жизни в России:
 - а) увеличила;
 - б) уменьшила;
 - в) не повлияла;
 - г) пока невозможно объективно определить это влияние?
5. Какое влияние душевые расходы на здравоохранение оказывают на среднюю продолжительность жизни:
 - а) полностью определяют среднюю продолжительность жизни;
 - б) значительно влияют;
 - в) незначительно влияют;
 - г) практически не влияют?
6. Какой вид пенсии лучше выбрать в современных экономических условиях:
 - а) полностью страховую в системе обязательного пенсионного страхования;
 - б) страховую и накопительную в системе обязательного пенсионного страхования;
 - в) только негосударственную, а в ПФР не платить обязательные страховые взносы;
 - г) самостоятельно копить на старость?Обоснуйте свой выбор несколькими фразами.
7. Работники каких профессий имеют право на дополнительную пенсию за счет работодателя по отдельным федеральным законам:
 - а) космонавты;
 - б) шахтеры;

- в) металлурги;
- г) летчики;
- д) врачи;
- е) учителя?

8. Из каких источников финансируются пенсии при их досрочном назначении по условиям опасности и вредности труда:

- а) из страховых взносов, уплаченных всеми страхователями в ПФР;
- б) из дополнительных страховых взносов, уплаченных страхователями с опасными и вредными условиями труда в ПФР;
- г) из дополнительных страховых взносов, уплаченных страхователями с опасными и вредными условиями труда в негосударственные пенсионные фонды;

д) из страховых взносов, уплаченных работниками в ПФР?

9. Имеют ли право застрахованные по обязательному пенсионному страхованию работники уплачивать из собственных доходов дополнительные взносы на накопительную пенсию:

- а) да;
- б) нет?

10. Что является гарантом финансовой устойчивости системы обязательного социального страхования в России:

- а) страховые резервы внебюджетных фондов;
- б) федеральный бюджет;
- в) государственные гарантии соблюдения прав и обязательств;
- г) государственное регулирование системы обязательного социального страхования;

д) эквивалентность страхового обеспечения средствам обязательного социального страхования?

Темы самостоятельных исследовательских работ

1. Роль социального страхования в достижении целей долгосрочного социально-экономического развития России.

2. Развитие прав и обязанностей трудящихся в системе обязательного страхования.

6. Взаимодействие государства и бизнеса в социальной сфере

Темы самостоятельных докладов (рефератов)

1. Программы ДМС и медицинского прикрепления.
2. Социальный налоговый вычет.
3. Выбор НПФ.
4. Частное здравоохранение и медицинское страхование.

Анализ деловых ситуаций

Кейс 1. Разработать и обосновать корпоративную программу мотивации персонала, включая выплату зарплаты и социальный пакет из расчета

выделения работодателем на каждого работника 1,2 млн руб. в год (включая все обязательные страховые взносы и налоги). Рассмотреть несколько вариантов программ и для каждой рассчитать зарплату, стоимость социального пакета и размер налогов и обязательных страховых взносов. Выбрать наилучший вариант по критериям:

- 1) максимальный доход работника;
- 2) минимальные расходы работодателя по налогам и обязательным страховым взносам.

Контрольный тест

1. Социальное страхование — это:
 - а) способ финансирования социальных обязательств государства;
 - б) способ управления социальными рисками;
 - в) способ сбора социальных налогов.
2. Социальное страхование появилось в России:
 - а) в 1918 г., после Октябрьской революции;
 - б) в 1990-х гг. при отказе от плановой экономики;
 - в) в XIX в.;
 - г) в глубокой древности.
3. Обязательное социальное страхование проводится:
 - а) в силу федеральных законов;
 - б) в силу трудового договора;
 - в) в силу обычаев;
 - г) по желанию работодателя.
4. Кто имеет право на страховую пенсию по старости:
 - а) лица, достигшие установленного пенсионного возраста;
 - б) лица, отработавшие необходимый трудовой стаж;
 - в) лица, за которых работодатель или они сами уплачивали страховые взносы в пенсионный фонд?
5. На какую пенсию имеют права неработающие граждане:
 - а) на пенсию по общим основаниям;
 - б) на социальную пенсию;
 - в) не имеют прав на пенсию?
6. Медицинское страхование проводится с целью:
 - а) финансирования государственного здравоохранения;
 - б) обеспечения прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.
7. Какие права имеет лицо, застрахованное в системе обязательного медицинского страхования:
 - а) получение медицинской помощи в желаемом объеме;
 - б) получение медицинской помощи в объеме, определяемой программой обязательного медицинского страхования;
 - в) выбор медицинской организации;
 - г) выбор врача;
 - д) выбор условий лечения?

8. Имеет ли застрахованное лицо обязанности в системе социального страхования:

- а) нет (укажите, почему);
- б) да (укажите, какие)?

9. Возможно ли государственно-частное партнерство в сфере здравоохранения:

- а) да;
- б) нет?

10. Из каких источников финансируется высокотехнологичная медицинская помощь в России:

- а) из федерального бюджета;
- б) из региональных бюджетов;
- в) из средств ОМС;
- г) из собственных средств корпораций и граждан?

Темы самостоятельных исследовательских работ

1. Правовые аспекты государственно-частного партнерства в социальной сфере.
2. Государственно-частное партнерство в здравоохранении.
3. Государственно-частное партнерство в пенсионном страховании.

Библиография

Нормативные правовые акты

Конституция Российской Федерации, принята всенародным голосованием 12.12.1993 (с учетом поправок, внесенных Законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ и от 30.12.2008 № 7-ФКЗ)

Гражданский кодекс Российской Федерации: часть вторая от 26.01.1996 № 14-ФЗ

Налоговый кодекс Российской Федерации: часть первая от 31.07.1998 № 146-ФЗ; часть вторая от 05.08.2000 № 117-ФЗ

Трудовой кодекс Российской Федерации – Федеральный закон от 30.12.2001 № 197-ФЗ

Закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»

Федеральный закон от 07.05.1998 № 75-ФЗ «О негосударственных пенсионных фондах»

Федеральный закон от 24.07.1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования»

Федеральный закон от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации»

Федеральный закон от 15.12.2001 № 167-ФЗ «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации»

Федеральный закон от 28.12.2013 № 400-ФЗ «О страховых пенсиях»

Федеральный закон от 28.12.2013 № 424-ФЗ «О накопительной пенсии»

Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»

Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования»

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Литература

Архинов, А. П. Страхование : учебник / А. П. Архинов – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : КноРус, 2016.

Архинов, А. П. Развитие медицинского страхования в Российской Федерации : монография / А. П. Архинов, И. П. Хоминич, Н. Ф. Челухина. – Саарбрюкен : Lambert Academic Publishing, 2013.

Бек, У. Общество риска. На пути к другому модерну : пер. с нем. / У. Бек. – М. : Прогресс-Традиция, 2000.

Кейнс, Дж. М. Общая теория занятости, процента и денег / Дж. М. Кейнс. – М. : Гелион АРВ, 2011.

Королев, М. И. Экономика. Риски. Защита : словарь-справочник / М. И. Королев. – М. : Анкил, 2008.

Организация страхового дела : учебник и практикум для прикладного бакалавриата / под ред. И. П. Хоминич, Е. В. Дик. – М. : Издательство Юрайт, 2016.

Профессиональный риск. Теория и практика расчета : монография / под ред. А. Г. Хруначева, А. А. Хадарцева. – Тула : Изд-во ТулГУ, 2011.

Роик, В. Д. Социальное страхование : учебник и практикум для академического бакалавриата / В. Д. Роик. – М. : Издательство Юрайт, 2016.

Роик, В. Д. Финансовые основы пенсионного страхования : учеб. пособие / В. Д. Роик. – М. : ИД «АТиСО», 2015.

Роик, В. Д. Финансовые основы обязательного медицинского страхования, страхования от несчастных случаев на производстве и временной утраты трудоспособности : учеб. пособие / В. Д. Роик. – М. : ИД «АТиСО», 2015.

Страхование : учебник и практикум для прикладного бакалавриата / под ред. И. П. Хоминич и Е. В. Дик. – М. : Издательство Юрайт, 2015.

Страхование: экономика, организация, управление : учебник : в 2 т. Т. 1 / под ред. Г. В. Черновой. – М. : Экономика, 2010.

Страховые механизмы реформирования социальной сферы : монография / под ред. И. П. Хоминич. – М. : Дашков и К°, 2012.

Интернет-ресурсы

Сайт	Описание
Общие	
http://www.cbr.ru/	Банк России
http://www.ins-union.ru/	Всероссийский союз страховщиков
http://www.insur-info.ru	Информационный портал «Страхование сегодня»
Внебюджетные страховые фонды	
http://www.pfrf.ru/	Пенсионный фонд РФ
http://ora.ffoms.ru	Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

http://fss.ru/	Фонд социального страхования РФ
Сайты крупнейших страховщиков	
http://www.alfastrah.ru/	Страховая группа «АльфаСтрахование»
http://www.allianz.ru/	Страховая группа Allianz (ранее – РОСНО)
http://www.vtbins.ru/	Страховая группа «ВТБ Страхование»
http://www.ingos.ru/ru/	Страховая группа «Ингосстрах»
http://www.makc.ru/	Страховая группа «МАКС»
http://www.reso.ru/	Страховая группа «РЕСО-Гарантия»
http://www.rgs.ru/	Страховая группа «Росгосстрах»
http://www.sogaz.ru/	Страховая группа «СОГАЗ»
http://www.soglasie.ru/	Страховая группа «Согласие»
Сайты крупнейших негосударственных пенсионных фондов	
http://npfb.ru/ru/index.wbp	НПФ «Благосостояние»
http://www.bigpension.ru/	НПФ «Большой пенсионный фонд»
http://www.vtbnpf.ru/	НПФ ВТБ
http://gazfond.ru/	НПФ «Газфонд»
http://www.lukoil-garant.ru/	НПФ «ЛУКОЙЛ-Гарант»
http://www.promagrofond.ru/	НПФ «Промагрофонд»
http://www.npfsberbanka.ru/	НПФ Сбербанка
http://www.npfe.ru/	НПФ электроэнергетики
Сайты общественных организаций по защите прав страхователей	
http://www.glavstrakhcontrol.ru/private/	ГлавСтрахКонтроль
http://www.finpotrebsouz.ru/	Союз защиты прав потребителей финансовых услуг «ФинПотребСоюз»
http://azsrussia.ru/	Ассоциация защиты страхователей

Словарь терминов

Актuarная деятельность — деятельность по анализу и количественной, финансовой оценке рисков и (или) обусловленных наличием рисков финансовых обязательств, а также разработке и оценке эффективности методов управления финансовыми рисками.

Андеррайтинг — процедура действий по принятию на страхование (перестрахование) или отклонению заявленного объекта страхования на основе оценки присущих этому объекту индивидуальных рисков с целью формирования или корректировки условий договора страхования и определения страхового тарифа; разработка мероприятий по защите всего или части страхового портфеля; разработка и исполнение мероприятий по снижению принятых на страхование (перестрахование) рисков.

Аннуитет — договор страхования жизни, по которому выплачивается годовая рента в течение какого-либо периода жизни застрахованного в обмен на уплату однократной премии при подписании договора.

Базовая программа ОМС — составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств ОМС на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам ОМС.

Бонус — выплата страхователю части дохода страховщика по договору страхования жизни или скидка со страхового взноса по другим видам страхования при отсутствии выплат по предыдущим договорам.

Вероятность — численная мера возможности наступления случайного события.

Выгодоприобретатель — физическое или юридическое лицо, назначенное страхователем для получения страховых выплат по договору страхования. Фиксируется в страховом полисе.

Выжидательный период (в медицинском страховании) — промежуток времени, в течение которого обращение застрахованного лица за медицинскими услугами не является страховым случаем.

Государственная пенсионная система — включает государственное пенсионное обеспечение и выплату трудовых пенсий по обязательному социальному страхованию.

Государственно-частное партнерство (ГЧП), муниципально-частное партнерство — юридически оформленное на определенный срок и основанное на объединении ресурсов, распределении рисков сотрудничество публичного партнера, с одной стороны, и частного партнера, с другой стороны, которое осуществляется на основании соглашения о государственно-

частном партнерстве, соглашения о муниципально-частном партнерстве, заключенных в соответствии с Законом о государственно-частном партнерстве в целях привлечения в экономику частных инвестиций, обеспечения органами государственной власти и органами местного самоуправления доступности товаров, работ, услуг и повышения их качества.

Договор негосударственного пенсионного обеспечения — соглашение между фондом и вкладчиком фонда, в соответствии с которым вкладчик обязуется уплачивать пенсионные взносы в фонд, а фонд обязуется выплачивать участнику (участникам) фонда негосударственную пенсию.

Договор об обязательном пенсионном страховании — соглашение между фондом и застрахованным лицом в пользу застрахованного лица или его правопреемников, в соответствии с которым фонд обязан при наступлении пенсионных оснований осуществлять назначение и выплату застрахованному лицу накопительной части трудовой пенсии и (или) срочной пенсионной выплаты или единовременной выплаты либо осуществлять выплаты правопреемникам застрахованного лица. К правопреемникам застрахованного лица относятся лица, указанные в п. 12 ст. 16 Закона о трудовых пенсиях.

Договор страхования — письменное соглашение страхователя и страховщика о факте и условиях принятия на страховую защиту риска страхователя.

Доход — заработанные в ходе предпринимательской или иной деятельности, работы по найму средства, обычно в денежной форме.

Застрахованный — физическое лицо, жизнь, здоровье и трудоспособность которого выступают объектом страховой защиты. Застрахованным является физическое лицо, в пользу которого заключен договор страхования. На практике застрахованный может быть одновременно страхователем, если уплачивает денежные (страховые) взносы самостоятельно.

Застрахованные лица в обязательном социальном страховании — граждане Российской Федерации, а также иностранные граждане и лица без гражданства, работающие по трудовым договорам, лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой, или иные категории граждан, у которых отношения по обязательному социальному страхованию возникают в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Классификация рисков — андеррайтерская деятельность на основе установленных критериев в целях оценки рисков, определения ставок страховых премий и разработки таблиц статистического опыта.

Коэффициент убыточности — обычно отношение суммы оплаченных убытков и изменений резервов убытков к заработной страховой премии. Возможно применение как отношения суммы оплаченных убытков к брутто- или нетто-премии.

Кумуляция риска — совокупность рисков, при которой два или более застрахованных объектов могут быть затронуты одним страховым событием.

Лицензия — государственный документ, подтверждающий право осуществления страховой деятельности по видам страхования, указанным в перечне к лицензии, выдаваемый Службой ЦБ РФ по финансовым рынкам.

Личное страхование — страхование рисков, связанных с личностью (жизнь, здоровье, трудоспособность) человека.

Лимит — ограничение какого-либо параметра по проекту договора страхования (объекту страхования), при превышении/отличии значения которого от установленного параметра принятие решения по нему передается на более высокий уровень управления.

Малус — надбавка или повышающий коэффициент к страховому взносу за нарушения, допущенные страхователем в предыдущие периоды страхования.

Маржа — в общем случае комиссия за совершение каких-либо операций. В этом смысле применяется в банковском деле. В страховании применяется в расчетах платежеспособности, где обозначает необходимую по правилам расчета, величину превышения собственных средств страховщика над принятыми им обязательствами по страхованию.

Математическое ожидание — среднее значение случайной величины.

Медицинское страхование — страхование рисков непредвиденных расходов на восстановление здоровья вследствие заболеваний и травм.

Миссия страховой деятельности (основная цель) — удовлетворение общественной потребности в надежной страховой защите от случайных опасностей, соответствующей общепринятым требованиям по финансовой надежности.

Накопительная пенсия — ежемесячная денежная выплата в целях компенсации застрахованным лицам заработной платы и иных выплат и вознаграждений, утраченных ими в связи с наступлением нетрудоспособности вследствие старости, исчисленная исходя из суммы средств пенсионных накоплений, учтенных в специальной части индивидуального лицевого счета застрахованного лица или на пенсионном счете накопительной пенсии застрахованного лица, по состоянию на день назначения накопительной пенсии.

Налоги — принудительно взимаемая часть доходов предприятий, организаций и граждан в пользу государства для наполнения государственного бюджета.

Негосударственная пенсия — денежные средства, регулярно выплачиваемые участнику в соответствии с условиями пенсионного договора.

Негосударственный пенсионный фонд (НПФ) — особая организационно-правовая форма некоммерческой организации социального обеспечения, исключительными видами деятельности которой являются:

1) деятельность по негосударственному пенсионному обеспечению участников фонда в соответствии с договорами негосударственного пенсионного обеспечения;

2) деятельность в качестве страховщика по обязательному пенсионному страхованию в соответствии с Законом об обязательном пенсионном страховании и договорами об обязательном пенсионном страховании;

3) деятельность в качестве страховщика по профессиональному пенсионному страхованию в соответствии с федеральным законом и договорами о создании профессиональных пенсионных систем.

Несчастный случай — внезапное, непредвиденное внешнее воздействие на организм человека, животного либо на какой-либо материальный объект, следствием которого становится временное или постоянное расстройство здоровья, а также смерть человека, животного либо разрушение или повреждение материального объекта.

Несчастный случай на производстве — событие, в результате которого застрахованный получил увечье или иное повреждение здоровья при исполнении им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных Законом об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности случаях как на территории страхователя, так и за ее пределами либо во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем, и которое повлекло необходимость перевода застрахованного на другую работу, временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности либо его смерть.

Нетто-взнос — часть страхового взноса, предназначенная строго для страховых выплат и формирования резервов.

Нормативный правовой документ — кодекс, закон, постановление Правительства, приказ надзорного, контролирующего органа, обязательный для выполнения всеми гражданами и организациями или лицами, которым он адресован.

Обеспечение по обязательному социальному страхованию — исполнение страховщиком, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, — также и страхователем своих обязательств перед застрахованным лицом при наступлении страхового случая посредством страховых выплат или иных видов обеспечения, установленных федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Объект страхования — не противоречащие законодательству РФ имущественные интересы, связанные с жизнью, здоровьем, трудоспособностью граждан, имуществом и имущественными интересами граждан и юридических лиц.

Объем страхового покрытия — перечень рисков (например, заболевание, травма, смерть, достижение определенного возраста и т.д.), предусмотренных законом, или договором страхования, при наступлении которых страховщик производит выплату страхователю за счет средств страхового фонда.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС и в установленных Законом о медицинском страховании случаях в пределах базовой программы ОМС.

Обязательное пенсионное страхование — система создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию гражданам заработка (выплат, вознаграждений в пользу

застрахованного лица), получаемого ими до установления обязательного страхового обеспечения.

Обязательное социальное страхование — часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам. Обязательное социальное страхование представляет собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на компенсацию или минимизацию последствий изменения материального и (или) социального положения работающих граждан, а в случаях, предусмотренных законодательством РФ, иных категорий граждан вследствие достижения пенсионного возраста, наступления инвалидности, потери кормильца, заболевания, травмы, несчастного случая на производстве или профессионального заболевания, беременности и родов, рождения ребенка (детей), ухода за ребенком в возрасте до полутора лет и других событий, установленных законодательством РФ об обязательном социальном страховании.

Обязательное страховое обеспечение — исполнение страховщиком своих обязательств перед застрахованным лицом при наступлении страхового случая посредством выплаты трудовой пенсии, социального пособия на погребение умерших пенсионеров, не подлежавших обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти.

Пенсионные основания — указанные в федеральном законе или договоре пенсионного страхования условия, при наступлении которых застрахованный приобретает права на получение пенсии.

Пенсионное страхование — разновидность страхования жизни, предусматривающее, начиная с оговоренного момента времени, пожизненную выплату ренты (пенсии) в обмен на уплату единовременно или в рассрочку страховой премии (взносов).

Пенсия по государственному пенсионному обеспечению — ежемесячная государственная денежная выплата, право на получение которой определяется в соответствии с условиями и нормами, установленными Законом о государственном пенсионном обеспечении.

Пенсионная схема — совокупность условий, определяющих порядок уплаты пенсионных взносов и выплат негосударственных пенсий.

Платежеспособность страховщика — способность страховщика своевременно и полностью выполнить свои платежные обязательства, вытекающие из заключенных договоров страхования или в силу закона, а также обязательства перед акционерами, налоговой службой и др. Платежеспособность страховщика определяется собственными средствами, достаточностью страхового тарифа, сформированными страховыми резервами и перестрахованием.

Поправочный коэффициент — коэффициент, применяемый к базовой тарифной ставке при принятии на страхование конкретного объекта с целью наиболее точного определения итогового размера тарифа соответственно степени риска.

Прибыль (финансовый результат) — полученный доход, уменьшенный на величину расходов, определяемых в соответствии с НК РФ.

Призрение (социальное) — понятие, появившееся в XVII в. и имеющее следующие смысловые значения: благосклонное внимание, отношение, покровительство, присмотр, попечение, забота, удобство. Некоторой предтечей пенсионного законодательства явились указы о призрении «не имеющих чем жить».

Противоправные действия третьих лиц — причинение вреда, убой, изъятие животных третьими лицами с нарушением законодательства, подпадающие под действие уголовного законодательства.

Профессиональная пенсия — ежемесячная денежная выплата, назначаемая и выплачиваемая фондом застрахованному лицу в соответствии с федеральным законом или договором о создании профессиональной пенсионной системы.

Профессиональный риск — вероятность повреждения (утраты) здоровья или смерти застрахованного, связанная с исполнением им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных федеральными законами случаях.

Профессионального риска класс — уровень производственного травматизма, профессиональной заболеваемости и расходов на обеспечение по страхованию, сложившийся по видам экономической деятельности страхователей.

Профессиональное заболевание — хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредных производственных факторов и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной трудоспособности.

Профессиональная ответственность — способ принудительного воздействия на лицо, причинившего вред другим лицам в ходе своей профессиональной деятельности для возмещения этим потерпевшим лицам их потерь.

Профессиональная трудоспособность — способность человека к выполнению работы определенной квалификации, объема и качества.

Пул (англ. *pool* — общий котел) — применительно к страхованию, объединение рисков, страховщиков.

Расходы на ведение дела — собственные расходы страховщика на ведение страхового дела (выплата комиссионного вознаграждения по договорам страхования, зарплата специалистам, аренда, расходы на оборудование и т.п.).

Риск — случайное распределение результатов деятельности государства, предприятия, гражданина в результате воздействий заранее неизвестных природных и человеческих факторов и ошибок в самой деятельности. Субъектом риска называют активного участника деятельности, принимающего решение. К ним относятся нация, государство в лице органов его управления, предприниматель, собственник, семья, отдельные граждане. Объектами риска выступают целостность государства, благосостояние нации, материальные интересы, жизнь, здоровье, благосостояние групп людей и отдельного гражданина, предпринимательская деятельность.

Рисковая надбавка — часть нетто-ставки, предназначенная для покрытия возможных отклонений убыточности страховой суммы от ее среднего (ожидаемого) значения. Размер рисковой надбавки зависит от заданного уровня гарантии безопасности и величины среднеквадратического отклонения суммы выплат.

Риск профессиональный — вероятность повреждения (утраты) здоровья или смерти застрахованного, связанная с исполнением им обязанностей по трудовому договору и в иных установленных законодательством РФ случаях.

Система первого риска — организационная форма страхового обеспечения. Предусматривает выплату страхового возмещения в размере фактического ущерба, но не больше чем заранее установленная сторонами страховая сумма. При этом весь ущерб в пределах страховой суммы (первый риск) компенсируется полностью, а ущерб сверх страховой суммы (второй риск) вообще не возмещается.

Система предельной ответственности — организационная форма страхового обеспечения. Предусматривает возмещение ущерба как разницу между заранее обусловленным пределом и достигнутым уровнем дохода. Если в связи со страховым случаем уровень дохода страхователя оказался ниже уровня установленного предела, то возмещению подлежит разница между пределом и фактически полученным доходом.

Система поправочных коэффициентов (система скидок и надбавок) — инструмент, позволяющий наиболее точно рассчитать окончательный размер применяемого страхового тарифа путем учета факторов, влияющих на изменение степени риска и не вошедших в структуру базовой тарифной ставки.

Система пропорциональной ответственности — организационная форма страхового обеспечения, предусматривающая, что страховое возмещение выплачивается в доле суммы ущерба, пропорциональной отношению страховой суммы к страховой стоимости объекта страхования.

Случайное явление — такое явление, которое может произойти (случиться, наступить), а может и не произойти. Если случайное явление произошло, то это называют событием.

Собственное удержание страховщика — объем принятой страховщиком страховой ответственности по единичному риску.

Сострахование — это страхование одного и того же объекта страхования несколькими страховщиками по одному договору страхования.

Социальная ответственность бизнеса (корпоративная социальная ответственность) — концепция, согласно которой бизнес (предприятие, организация и т.п.) учитывает интересы общества, добровольно возлагая на себя дополнительную, выходящую за рамки действующего законодательства, ответственность перед работниками и их семьями, местным сообществом и обществом в целом по повышению качества жизни и соблюдению общественных интересов.

Социальная политика — деятельность, которая представляет собой инструмент управления социальным развитием общества с целью удов-

летворения культурных и материальных потребностей общества, а также регулирования социального распределения общества.

Социальный страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого осуществляется обязательное социальное страхование. Видами социальных страховых рисков являются:

- 1) необходимость получения медицинской помощи;
- 2) утрата застрахованным лицом заработка (выплат, вознаграждений в пользу застрахованного лица) или другого дохода в связи с наступлением страхового случая;
- 3) дополнительные расходы застрахованного лица или членов его семьи в связи с наступлением страхового случая.

Социальное государство — особый тип современного высокоразвитого государства, в котором обеспечивается высокий уровень социальной защищенности всех граждан посредством активной деятельности государства по регулированию социальной, экономической и других сфер жизнедеятельности общества, установлению в нем социальной справедливости и солидарности.

Срок страхования — временной интервал от нескольких дней до значительного числа лет, в течение которого застрахованы объекты страхования. Возможен неопределенный срок страхования, который действует до тех пор, пока одна из сторон правоотношения (страхователь или страховщик) не откажется от их дальнейшего продолжения, заранее уведомив другую сторону о своем намерении.

Стихийные бедствия — землетрясения; извержения вулканов или действие подземного огня; оползни; обвалы; сход лавин, в том числе снежных; бури; смерчи; ураганы; штормовой, шквальный ветер; тайфун; паводок; наводнение; град; действие подпочвенных вод; сход селевых потоков; цунами; просадки грунта; выброс газа; повреждения льдом; отложения гололеда; необычные для данной местности: ливневые дожди, обильные снегопады, метели и морозы.

Страхование — отношения по защите интересов физических и юридических лиц, Российской Федерации, субъектов РФ и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков. Возникают в добровольной, по соглашению сторон, и в обязательной, в силу федерального закона, формах.

Страхование жизни — предоставление страховщиком в обмен на уплату страховых премий гарантии выплатить определенную сумму денег (страховую сумму) страхователю или указанным им третьим лицам в случае смерти застрахованного или его дожития до определенного срока.

Страхование имущества — это процесс составления и исполнения договоров, в которых страховщик за определенную плату (страховые взносы) обязуется при наступлении страхового события возместить страхователю или другому лицу, в чью пользу заключен договор, убытки, причиненные этому имуществу или иным имущественным интересам страхователя.

Страхование коммерческое — страхование с целью получения прибыли для страховщика за счет грамотного ведения страхового дела. Основано на принципах экономической эквивалентности.

Страхование от несчастных случаев и болезней — страхование рисков непредвиденных расходов или утраты доходов вследствие причинения вреда здоровью и жизни застрахованного в результате действия неожиданных, кратковременных внешних факторов или возникновения непредвиденных обстоятельств.

Страхование социальное — система отношений по перераспределению национального дохода путем формирования из обязательных страховых взносов работодателей и работников специальных страховых фондов для компенсаций утраты трудового дохода или его поддержания вследствие действия определенных социальных рисков. Основано на принципах солидарности и бесприбыльности.

Страхователи — юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона.

Страхователи в обязательном социальном страховании — организации любой организационно-правовой формы, а также граждане, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, выплачивать отдельные виды страхового обеспечения. Страхователями являются также органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы. Страхователи определяются в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования.

Страховая выплата — денежная сумма, установленная федеральным законом и (или) договором страхования и выплачиваемая страховщиком страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю при наступлении страхового случая.

Страховая защита — экономическая категория, отражающая совокупность распределительных и перераспределительных отношений, связанных с преодолением или возмещением потерь, наносимых материальному производству и жизненному уровню населения стихийными бедствиями и другими чрезвычайными событиями (страховыми рисками).

Страховая деятельность (страховое дело) — сфера деятельности страховщиков по страхованию, перестрахованию, взаимному страхованию, а также страховых брокеров, страховых актуариев по оказанию услуг, связанных со страхованием, с перестрахованием.

Страховая ответственность — обязанность страховщика выплатить страховую сумму или страховое возмещение. Устанавливается законом или договором страхования.

Страховая премия (лат. *praemium*) — вознаграждение, международное определение взноса, уплачиваемого страхователем по договору со страхов-

щиком, как вознаграждение за то, что он принял на себя риск покрытия возможных убытков, сняв их со страхователя.

Страховая стоимость — действительная, фактическая стоимость объекта страхования в месте его нахождения и на день заключения договора страхования. Порядок исчисления размера страховой стоимости имеет свои особенности в различных странах и основан на действующем законодательстве.

Страховая сумма — денежная сумма, которая установлена федеральным законом и (или) определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая. В зависимости от условий договора страхования возможны агрегатная (уменьшаемая по мере страховых выплат) и неагрегатная (не уменьшаемая) страховая сумма.

Страховое возмещение — компенсация ущерба, который претерпели имущественные интересы страхователя (застрахованного) вследствие страхового случая.

Страховое законодательство — совокупность кодексов, законов и иных нормативных актов, регулирующих страховую деятельность.

Страховое обеспечение — уровень страховой оценки по отношению к стоимости имущества, принятой для целей страхования. В организации страхового обеспечения различают систему пропорциональной ответственности, предельной и систему первого риска. Наиболее часто на практике используется система пропорциональной ответственности и система первого риска.

Страховой взнос — часть платы страхователя по договору страхования, фактически уплаченная часть страховой премии.

Страховой полис — документ, выдаваемый страховщиком страхователю (застрахованному), удостоверяющий факт заключения договора страхования и содержащий его условия.

Страховой портфель — совокупность рисков, принятых страховщиком на свою ответственность, либо число заключенных и оплаченных взносами договоров.

Страховой риск — предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Такое событие должно обладать признаками вероятности и случайности.

Страховой рынок — совокупность общественных отношений в области страхования, связанных с производством, распределением, продажей и потреблением страховых услуг.

Страховой случай — фактически произошедшее страховое событие, в связи с негативными или иными оговоренными последствиями которого наступает обязанность страховщика выплатить страховое возмещение или страховую сумму.

Страховой случай в социальном страховании — свершившееся событие, с наступлением которого возникает обязанность страховщика, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, — также и страхователя осуществлять обеспечение по обязательному социальному страхованию.

Страховой стаж — суммарная продолжительность времени уплаты страховых взносов.

Страховой тариф — ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

Страховой убыток — подлежащий возмещению страховщиком ущерб, причиненный объекту страхования в результате страхового случая.

Страховой фонд — совокупность денежных средств, сформированных из полученных страховых взносов или иных источников (бюджет, резервный фонд предприятия, собственные накопления) и предназначенных для компенсации потерь и убытков в результате наступления непредвиденных неблагоприятных (в том числе и заранее оговоренных) событий.

Страховщики в обязательном социальном страховании — некоммерческие организации, создаваемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев.

Страховщики — юридические лица, созданные в соответствии с законодательством РФ для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившие лицензии в установленном законодательством порядке.

Страховые резервы — денежные средства из части полученных страховщиком страховых взносов, предназначенные на текущие и будущие выплаты по страховым случаям.

Суброгация — переход к страховщику после страховой выплаты, в силу закона (в России — ГК РФ), права на получение от лица, виновного в страховом случае, компенсации в размере страховой выплаты.

Сюрвейер — высококвалифицированный представитель страховщика, осуществляющий осмотр и оценку имущества, принимаемого на страхование. По заключению сюрвейера страховщик принимает решение о заключении договора страхования. В зарубежной практике в качестве сюрвейера выступают классификационные общества, а также специализированные фирмы по противопожарной безопасности, охране труда и т.д., взаимодействующие со страховщиком на договорной основе.

Таблицы смертности (продолжительности жизни) — специальные таблицы для расчета страховых тарифов по страхованию жизни, содержащие число доживших до определенного возраста из первоначального числа, например, 100 000 новорожденных.

Травма (производственная) — внезапное повреждение организма человека (ранение, ушиб, ожог, острое отравление), происшедшее в производственной обстановке.

Трудовая пенсия — ежемесячная денежная выплата в целях компенсации застрахованным лицам заработной платы и иных выплат и вознаграждений, утраченных ими в связи с наступлением нетрудоспособности вследствие старости или инвалидности, а нетрудоспособным членам семьи застрахованных лиц — заработной платы и иных выплат и вознаграждений кормильца, утраченных в связи со смертью этих застрахованных лиц, право

на которую определяется в соответствии с условиями и нормами, установленными Законом о трудовых пенсиях.

Убыточность страховой суммы (уровень страховых выплат) — отношение страховых выплат к страховой сумме.

Управление риском — целенаправленные действия по ограничению или минимизации риска возникновения негативных последствий за счет специальных мероприятий, включая страхование.

Управляющая компания — акционерное общество, общество с ограниченной (дополнительной) ответственностью, созданные в соответствии с законодательством РФ и имеющие лицензию на осуществление деятельности по управлению инвестиционными фондами, паевыми инвестиционными фондами и негосударственными пенсионными фондами.

Ущерб (страховой) — повреждение или уничтожение застрахованного имущества или его отдельных частей, в том числе дополнительного оборудования, в результате событий, признанных страховыми случаями.

Факторы риска (рисковые обстоятельства) — факторы, существенно влияющие на степень риска. Все известные страхователю рисковые обстоятельства сообщаются страховщику, либо выявляются им самостоятельно и служат для оценки риска.

Часть солидарная тарифа страховых взносов — часть страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, предназначенная для формирования в соответствии с федеральным законом о бюджете ПФР денежных средств в целях выплаты в фиксированном базовом размере трудовой пенсии, социального пособия на погребение умерших пенсионеров, не подлежавших обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти, и в иных целях, предусмотренных законодательством РФ об обязательном пенсионном страховании, не связанных с формированием средств, предназначенных для выплаты накопительной части трудовой пенсии и других выплат за счет средств пенсионных накоплений, установленных законодательством РФ.

Часть индивидуальная тарифа страховых взносов — часть страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, предназначенная для формирования денежных средств застрахованного лица и учитываемая на его индивидуальном лицевом счете, включая специальную часть индивидуального лицевого счета, в целях определения суммы расчетного пенсионного капитала, а также размера накопительной части трудовой пенсии и других выплат за счет средств пенсионных накоплений, установленных законодательством РФ.

Экспертиза — специальное компетентное обследование объекта страхования, требующее специальных знаний с представлением мотивированного заключения; определение значений параметров конкретного риска, оценка риска на предмет его принадлежности к тому или иному классу.

Эксперт — лицо, обладающее специальными знаниями в области оценки объектов, процессов, явлений.

Наши книги можно приобрести:

Учебным заведениям и библиотекам:
в отделе по работе с вузами
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: vuz@urait.ru

Частным лицам:
список магазинов смотрите на сайте urait.ru
в разделе «Частным лицам»

Магазинам и корпоративным клиентам:
в отделе продаж
тел.: (495) 744-00-12, e-mail: sales@urait.ru

Отзывы об издании присылайте в редакцию
e-mail: red@urait.ru

Новые издания и дополнительные материалы доступны
в электронной библиотечной системе «Юрайт»
biblio-online.ru

Учебное издание

Архипов Александр Петрович

СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ

Учебник и практикум
для академического бакалавриата

Формат 70×100 1/16.
Гарнитура «Petersburg». Печать цифровая.
Усл. печ. л. 23,33.

ООО «Издательство Юрайт»
111123, г. Москва, ул. Плеханова, д. 4а.
Тел.: (495) 744-00-12. E-mail: izdat@urait.ru, www.urait.ru