

# ОПЫТ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН В СФЕРЕ РЕФОРМЫ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

*Муниса Олмосова Шерхан кизы*

*Ташкентский государственный экономический университет*

*Студентка 3-курса*

**Аннотация:** Государственное социальное страхования является неотъемлемой составляющей социальной системы любой экономически развитой страны. В данной статье рассматриваются Опыт зарубежных стран в сфере реформы социального страхования.

**Ключевые слова:** реформы социального страхования, Страховые взносы, реформа национального страхования, счет государства, страховые фонды.

По общему определению, государственное социальное страхование - это система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и в других установленных законодательством каждой страны случаях, а также медицинское и другие виды обслуживания. Государственное социальное страхование состоит из четырех видов страхования: пенсионного, медицинского, страхования занятости (страхования по безработице), страхование от несчастных случаев. Финансовую базу государственного социального страхования составляют государственные внебюджетные страховые фонды.

Необходимость государственного социального страхования для руководства практически всех стран мира очевидна. Рыночная экономика предполагает, что каждый человек должен сам зарабатывать себе на жизни и думать о своем будущем. Но это касается тех людей, которые в конкретный момент времени в состоянии обеспечить себя работой, оплатить в случае необходимости медицинское обслуживание и т.д.

К началу двадцатого столетия во многих европейских странах были приняты законы о страховании работающих на случай болезни, инвалидности, старости, безработицы. Согласно этим законам в формировании страховых взносов помимо самих работников стали участвовать предприниматели, владельцы фабрик и мануфактур, выплачивавшие от 25 до 40% страховых взносов. В более поздний период в страховые фонды стали поступать субсидии и дотации государства.

Чем больше государство вносило средств (дотаций) в систему обязательного страхования здоровья, тем больше оно контролировало этот процесс. Стремление создать регулируемое страхование здоровья стало одной из главных предпосылок формирования государственного (бюджетного) здравоохранения в таких странах, как Великобритания, Швеция, Дания, Ирландия и других ("бевериджская" модель). В Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах, Швейцарии и других странах Центральной и Восточной Европы получила распространение так называемая "бисмаркская" модель, при которой существенную роль играло финансовое участие



предпринимателей, выплачивающих обязательные взносы в установленные законом страховые фонды.

Показательной является реформа национального страхования в Великобритании. "Акт о национальном страховании" был принят в Великобритании 15 января 1911 г. и первоначально, подобно аналогичным законам других стран, не предусматривал внесения страховых взносов полностью за счет государства, что является наиболее социально справедливой формой страхования. Акт 1911 года установил для одной группы застрахованных страхование без взносов (право на все пособия имели рабочие самой низкооплачиваемой категории с заработком 1,5 шиллинга в день, которые ничего не вносили в кассу общества). Пособия им формировались из взносов предпринимателей, других более высокооплачиваемых рабочих, дотаций государства. Для других категорий застрахованных Акт сохранял принцип взаимопомощи, смягчая его лишь предписанием выделения субсидий и дотаций из государственного бюджета. Таким образом, Акт 1911 г. впервые в Великобритании закрепил законодательно принцип общественной солидарности, когда богатый платит за бедного, здоровый - за больного.

Страховые взносы в Великобритании (а также в странах континентальной Европы) собирались через почтовые ведомства путем покупки специальных марок, затем эти средства поступали к страховым комиссарам в страховые комиссии. Последние и распределяли полученные суммы (фактически налоги) между всеми обществами взаимопомощи в зависимости от численности застрахованных за минусом средств, предназначенных на пополнение резервного фонда и содержание центральных органов страхования. Спустя неполных 2 года (в 1913 г.) была проведена реформа национального страхования в Великобритании, в результате чего государство стало покрывать расходы, связанные со страхованием на случай болезни и инвалидности, из бюджета.

Чтобы государство было в состоянии брать на себя такого рода расходы, понадобилось сравнительно широкое определение его компетенции, подводящее английскую систему страхования на случай болезни и инвалидности к идеалу страхования - "страхованию без взносов", что и стало в последующем в Великобритании главной предпосылкой реформы 1948 г. и создания бюджетной Национальной службы здравоохранения.

Во Франции вопрос об организации страхования здоровья, выплаты пенсии по старости и инвалидности впервые был поставлен еще Конвентом, который создал реестр - "Книгу национальной благотворительности", и Законом "22 флореаля Второго года", определившим, какие категории населения подлежат записи в этот реестр. Но едва был опубликован этот Закон, как Конвент из финансовых соображений отказался от его выполнения. И только 100 лет спустя французское правительство приступило к проведению в жизнь принципов, провозглашенных Великой французской революцией.

В июле 1913 г. во Франции был принят закон, согласно которому проводилось страхование рабочих от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. По этому закону предприниматель обязан был выплачивать денежное пособие в течение календарного года с момента увольнения работника, этот вопрос решался комиссией, в которую входили депутаты, сотрудники страховых учреждений, рабочие и предприниматели. Закон имел очень важное значение в становлении системы страхования здоровья.

В Швеции проект закона о социальном страховании рабочих был внесен в риксдаг в 1883 г. Закон этот не был принят. В 1907 г. правительством Швеции была учреждена специальная комиссия под председательством профессора В. Линдстэда, в результате деятельности которой 21 мая 1913 г. риксдагом был принят "Закон об обязательном страховании на случай болезни, инвалидности, старости". По этому закону обязательно должны были страховаться все шведские граждане в



возрасте от 16 до 66 лет. Страхование осуществлялось с единственной целью - обеспечить каждого по наступлении пожилого возраста (67 лет), а также при утрате трудоспособности (временной и стойкой) денежными пособиями из средств, получаемых путем внесения взносов страхуемыми и дотаций от общин и государства. Примерно в этот же период происходило реформирование законов о социальном страховании в Австрии, Бельгии, Швейцарии, Норвегии, Португалии и других странах, где законодательная власть в той или иной мере регламентировала общественно-экономические отношения в государстве.

Родоначальницей больничных касс по праву считается Германия, где они образовались еще за 30 лет до появления первых касс в России, а немецкий *das Krankenversicherungsgesetz* стал образцом для подготовки Закона о социальном страховании рабочих на случай болезни, принятого II Государственной Думой 23 июня 1912 г. в России.

Еще в 1883 г., сразу после принятия *das Krankenversicherungsgesetz*, по всей Германии стали формироваться больничные кассы: фабричные, строительные, общинные, местные и др. Опыт их деятельности показал, что крупные кассы несравненно лучше обеспечивают всеми видами помощи своих членов, чем мелкие. Поэтому с 1885 г. начался процесс объединения и централизации больничных касс, их реорганизация в местные (городские) больничные кассы. Наиболее крупными из них были Лейпцигская, Дрезденская, Мюнхенская, Штутгартская.

К примеру, в Лейпциге было образовано 18 местных касс и одна общинная, насчитывающая 22800 членов. Таким образом, возникла местная больничная касса для Лейпцига и окрестностей (*Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend*) - самая большая больничная касса Германии. Для оказания врачебной помощи (в период 1910-1913 гг.) касса оформила договорные отношения с 429 врачами, в том числе с 13 поликлиниками, 143 узкими специалистами и 28 зубными врачами. Касса содержала свои санатории и Цандеровский институт, где имелся рентгеновский кабинет, электро- и светолечение. Она состояла в договорных отношениях с 59 аптеками, 29 оптическими магазинами и другими учреждениями. У больных имелось право свободного выбора врача из опубликованного кассой списка врачей, работавших с ней по договору.

Членам семей застрахованных предоставлялось только бесплатное лечение, а также медицинская помощь беременным и роженицам. Но большинство касс этим не ограничивались и расширяли свою помощь за счет профилактических мероприятий (санатории, дома отдыха, пансионаты и др.), а также выделяли особые чрезвычайные фонды для помощи нетрудоспособным, создавая таким образом замену отсутствующего страхования по старости и инвалидности. Средства больничных касс составляли: 2/3 - взносы самих рабочих и 1/3 - взносы предпринимателей. Таким образом, исторически сформировалось несколько типов организации врачебной помощи застрахованным: система свободного выбора врача; система "списочных врачей"; система врачей, постоянно работающих в больничных кассах по контрактам. Каждая из систем имела свои преимущества и недостатки и применялась в зависимости от сложившихся традиций, социально-экономических и географических особенностей данной территории.

Изложенные исторические аспекты формирования и продвижения в практику обязательного медицинского страхования в различных странах во многом определили его будущее развитие, что отчетливо прослеживается при анализе современного состояния система здравоохранения стран Западной Европы и США. [1]

В большинстве государств социальная защита является неоспоримым правом человека. Она гарантируется конституциями, законами и т.д.

Позиция ООН обязывает государства обеспечивать фундаментальные социально-экономические права на уровне не ниже минимально необходимых стандартов. Конвенция МОТ №102 «О



минимальных нормах социального обеспечения» охватывает практически все риски (старость, инвалидность и т.д.), дающие право человеку пользоваться средствами социального обеспечения. Роль социального страхования в национальных системах социальной защиты является ключевой. Например, в странах Европейского Союза объем финансирования социального страхования составляет 16—25% ВВП, что является вторым по значимости компонентом в затратах на рабочую силу после заработной платы (доля последней составляет 45—55% ВВП)\*.

К концу XX века в европейских странах расходы на социальное обеспечение достигли 25% ВВП, в США — 18%, в странах с переходной экономикой Центральной Европы — 17%, а в России — около 10%.

Финансирование осуществляется за счет государства, работников и работодателей. Доля взносов работников неодинакова. В Дании – 3,7, Италии – 13,9 %. Во Франции и Италии наибольшая доля взносов работодателей (52,8 и 53,3). В Дании 81,5% взносов в систему обеспечивает государство. Значительный финансовый ресурс социального страхования в странах Западной Европы и США позволяет обеспечивать высокие жизненные стандарты и уровни защиты для застрахованных лиц. Так, размер пенсий и других выплат составляет в развитых странах в среднем 65—75% от заработной платы для большинства получателей страховых возмещений.

При пенсионном страховании, как правило, учитываются страховой стаж, возраст.

Отметим, что национальные системы социального страхования, их финансовые механизмы и правовой статус базовых институтов существенно отличаются. Но выделяют три основных модели: Бисмарка, Бевериджа и советскую 1

Модель Бисмарка (канцлер Германии в конце 19 века). Базовые характеристики модели:

Максимальный учет природы трудовых отношений при организации социального страхования. Назначение высокоразвитых систем социального страхования состоит в сохранении для застрахованных работников, в случае наступления социальных рисков, достигнутого уровня и качества жизни, сохранения социального статуса. Для этого размер страховых взносов и выплат ориентирован на замещение заработной платы при наступлении страховых случаев, а также на предоставление качественной медицинской помощи и реабилитационных услуг. Предпосылка стабильного функционирования социального страхования – договорное профессиональное и межотраслевое регулирование заработной платы.

Оптимальное сочетание интересов субъектов правоотношений социального страхования: личной ответственности работников и работодателей, их солидарной взаимопомощи. При этом страховая нагрузка распределяется между работниками и работодателями на паритетной основе. Размер пенсий и пособий зависит от размера заработной платы, величины страховых платежей и продолжительности страхового (трудового) стажа.

Организация социального страхования по отдельным видам реализуется с помощью такой правовой формы как товарищества взаимного страхования, в которых ключевую роль играют работодатели и работники. Их полномочные представители определяют размеры страховых тарифов, формируют политику по созданию страховой, социальной и медицинской инфраструктуры, организуют процесс управления деятельностью исполнительных органов.

Сочетание универсального и дифференцированного подходов при определении финансовой нагрузки размеров страховых взносов. Отчисления на социальное страхование уязвимых групп работников – одинаковые, а гибкие тарифы устанавливаются для работников с учетом профессиональных рисков, качества рабочей силы.

Таким образом, данная модель основывается на профессионально-трудовой социальной солидарности. Она надежна, обеспечивает высокий уровень страховых выплат. Германия, Австрия, Бельгия, Италия, Испания используют данную модель.



Модель Бевериджа. В 1942 году основой социального страхования стала доктрина социальной солидарности У. Бевериджа. Она сочетает государственные меры по гарантированию минимального уровня социальной защиты и преимущества социального страхования.

Важнейшие черты модели. Во-первых, трехуровневая социальная защита: государство обеспечивает базовые гарантии социальной защиты; работодатели – социальное страхование наемных работников, прежде всего, профессиональное; работник – дополнительное личное страхование. Во-вторых, ориентация государственных гарантий на прожиточный минимум; дополнительного профессионального страхования – на замещение (компенсацию) заработка; дополнительного личного страхования – на реализацию личных возможностей в интересах собственной социальной защиты. В-третьих, обеспечение государством базовых условий жизнедеятельности населения: государственное здравоохранение, предоставление равных возможностей для воспитания детей семьям с разными доходами (пособия на детей), предотвращение массовой безработицы. Эта модель подчеркивает роль государственного регулирования социальных отношений. Модель применяется в Великобритании, США, Нидерландах, Швейцарии, Франции, Японии.

В целом в большинстве западных стран работники участвуют в уплате страховых взносов при страховании следующих рисков: старость, болезнь, материнство, безработица.

Особенности социального страхования в зарубежных странах:

стремление найти оптимальные для страны пропорции финансовой ответственности с учетом конкретных социально-экономических условий, культурных и психологических традиций;

обязательная уплата страховых взносов самими работниками в систему социального страхования; отличия в условиях и порядке оплаты взносов;

существование границ страховой защиты; превышение доли взносов работодателей;

дифференциация размера страховых взносов работников по видам рисков.

Советская модель. Основа модели состоит в государственном страховании. Никаких обязательств со стороны застрахованных лиц не предусматривалось. Основные черты советской модели: административное регулирование системы (в том числе заработной платы), госбюджетное финансирование, 100% занятость и социальное обеспечение. Опыт такой модели используется в ряде зарубежных стран (Австралии, Дании, Новой Зеландии).

В отличие от других моделей советская модель характеризовалась высокой степенью социального обеспечения, но в ней не было страховой сущности.

### Список литературы:

1. Адаманчук В.В., Ромашев О.В., Сорокина М.Е. Экономика и социология труда. Учебник. - М.:ЮНИТИ, 2006.
2. Рыбкин Л.И. "Налоговое законодательство зарубежных стран", М.: "Современный Гуманитарный Университет", 2008
3. Бабич А.М., Егоров Е.В., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования. Учебное пособие. - М.: МГТУ, 2007.
4. Бабич А.М., Егоров Е.В. и др. Социальное страхование в России и за рубежом. - М.: РАГС, 2008.
5. Верховцев А.В. Государственное и социальное страхование. М.: ИНФРА-М, 2007.
6. Волгин Н.А., Ракитинский Б.В. Экономика труда и социальные отношения. - М.: РАГС, 2008.
7. Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности: Учебное пособие. Барнаул: Изд-во Алт. ун-та, 2006



8. Р.В. Корнюшина "Зарубежный опыт социальной работы" Издательство Дальневосточного университета. Владивосток, 2007
9. Кристофферсон Х. "Социальная политика в Дании"// "Проблемы теории и практики управления", 2008, № 4;
10. Маркарьянц С. "Социальное обеспечение населения: опыт Японии"// "Проблемы теории и практики управления", 2007, № 4;
11. Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения № 9, 2008 г., с.69-76.
12. Марков А.П. "Пенсионная система Франции"// "Вопросы экономики", 2008, № 9.

