

***ИНСТИТУТ ЭКОНОМИКИ
ПЕРЕХОДНОГО ПЕРИОДА***

***Научные труды
№ 44Р***

С. Смирнов, Н. Исаев, А. Гудков, Л. Попович, С. Шишкин

**Социальное обеспечение
экономических реформ**

**Москва
2002**

Институт экономики переходного периода

В представленной книге опубликованы две исследовательские работы.

В работе "*Подготовка программы поддержки социальных реформ*" проанализирована социальная составляющая принятой в 2001 г. правительственной Программы социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002-2004 гг.). Рассмотрены социальные проблемы, которые не нашли в ней адекватного отражения, либо имеют альтернативные предложенным варианты решения. Работа охватывает практически все направления социальной политики и содержит экономически и финансово обоснованные предложения по этим направлениям.

В работе "*Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России*" рассматриваются особенности существующей организации медицинского страхования и социального страхования рисков потери дохода. Проанализированы проблемы сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования, а также существующие различия в составе услуг, оказываемых населению бесплатно и предоставляемых на платной основе. Показано, что существующая система социального страхования содержит две функционально разные подсистемы: общего и коллективного страхования, причем для второй характерна значительная дифференциация возможностей получения соответствующих компенсаций для разных категорий застрахованных. Решение проблем существующей системы медицинского страхования предлагается искать на пути формирования многоуровневой системы страхования, дифференцированной по степени участия государства в оплате медицинской помощи для различных категорий населения. Решение проблем системы обязательного социального страхования может быть обеспечено посредством ограничения ее обязательств и институционализации системы корпоративного социального страхования. Рассмотрены различные варианты сочетания добровольного и обязательного медицинского и социального страхования.

Редактор: Н. Главацкая
Корректор: С. Хорошкина
Компьютерный дизайн: В. Юдичев

Настоящее издание подготовлено по материалам исследовательского проекта Института экономики переходного периода, выполненного в рамках гранта, предоставленного Агентством международного развития США.

ISBN 5-93255-091-0

Лицензия на издательскую деятельность Серия ИД № 02079 от 19 июня 2000 г.

125993, Москва, Газетный пер., 5
Тел. (095) 229-6413, FAX (095) 203-8816

E-MAIL – root @iet.ru, **WEB Site** – <http://www.iet.ru>

© **Институт экономики переходного периода 2002.**

СОДЕРЖАНИЕ

С.Н. Смирнов, Н.И. Исаев

Подготовка программы поддержки социальных реформ

Введение	5
1. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) и задачи поддержки социальных реформ в стране	15
2. Программные направления социального реформирования	21
2.1. Стабилизация демографической ситуации	21
2.2. Политика в сфере образования.....	26
2.3. Политика в области науки	36
2.4. Политика в сфере культуры.....	41
2.5. Реформирование здравоохранения.....	45
2.6. Развитие физической культуры и спорта	51
2.7. Трудовые отношения и занятость населения	53
2.8. Социальная поддержка населения.....	69
2.9. Пенсионная реформа	76
2.10. Жилищно-коммунальная реформа	81
3. Государственная социальная экспертиза законодательных решений и ее институциональное обеспечение	95
4. Учет регионального фактора в проведении экономических и социальных реформ	96

А.А. Гудков, Л.Д. Попович, С.В. Шишкин

Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России

Введение	98
1. Сочетание обязательного и добровольного медицинского страхования	102
1.1. Особенности организации медицинского страхования в Российской Федерации.....	102
1.2. Сравнительный анализ медицинских услуг, оплачиваемых из общественных и частных средств.....	108
1.3. Анализ возможностей развития ДМС.....	121
1.4. Перспективные схемы сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования	125
2. Социальное страхование и перспективы его развития	151
2.1. Особенности организации обязательного социального страхования в Российской Федерации	151
2.2. Перспективные направления развития обязательного и добровольного социального страхования	163

Заключение	169
Приложение 1.	172
Зарубежный опыт сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования	
Приложение 2.	184
Перечень наиболее часто предоставляемых в системе ОМС медицинских услуг	
Литература	189

С. Н. Смирнов, Н. И. Исаев

Подготовка программы поддержки социальных реформ

Введение

Исследовательская работа «Подготовка программы поддержки социальных реформ» является логическим продолжением и качественным расширением (в сторону социальной политики в целом) исследования «Снижение уровня социальных обязательств государства», которое было осуществлено в 1999 г. к.э.н. И.В. Колосницыным (ИЭПП) и д.э.н. С.Н. Смирновым (ГУ–ВШЭ). Его результаты свидетельствовали, что в России при проведении социальных реформ имеются экономически и социально обоснованные возможности реструктуризации социальных обязательств государства в пользу действительно нуждающихся в социальной поддержке домохозяйств за счет отказа от бюджетного дотирования в различных формах потребления высоко- и среднедоходных домохозяйств.

Социальная сфера в ходе экономических реформ 1990-х гг. в Российской Федерации оставалась полем постоянных дискуссий, а нередко – и предметом политических спекуляций. Это вполне объяснимо, поскольку любое решение в социальной сфере, затрагивающее условия пенсионного обеспечения, социального страхования, оплаты жилищно-коммунальных услуг и т.п. непосредственно отражается на уровне жизни населения.

Игнорирование реформаторами многих социальных проблем в России в 1990-е гг. было обусловлено доминированием тезиса, что действенную систему социальной поддержки населения и соответствующую требованиям рыночной экономики социальную сферу в целом можно построить только на основе адекватной ресурсной базы, необходимым условием создания которой является эффективно функционирующая экономика. Не отрицая концептуальной значимости этого тезиса, нельзя не отметить, что в современных условиях он, тем не менее, мало пригоден для принятия конкретных решений в области социальной политики.

Логично было ожидать, что формирование принципиально новой экономики неизбежно должно повлечь за собой и изменение всей системы социальных отношений в обществе. Однако ни одному из периодически сменявших друг друга в стране правительств вплоть до конца 1990-х гг. не удалось учесть в своей практической деятельности сложившуюся в процессе реформ новую социальную структуру общества, каждый из слоев которой имеет свои собственные социально-экономические интересы и, в результате, каждый выдвигает собственные требования к проводимой государством социальной политике.

Сложность заключалась также и в том, что новые социальные отношения в стране складывались скорее де-факто, в то время как их обеспечение (ресурсное, правовое и т.п.) во многих случаях запаздывало. Нерешенность таких проблем, как, например, неформальная занятость трудоспособных граждан, налогообложение доходов, полученных от такой занятости и других имеют вплоть до настоящего времени негативные социальные (нестабильность рынка труда) и экономические (недобор доходов государственного бюджета) последствия.

Тем не менее можно отметить, что на всех этапах проведения экономических реформ в целом соблюдался комплексный подход и к реформированию социальной сферы. Об этом свидетельствуют, в частности, программные материалы правительства, например, первая из правительственных программ – углубления экономических реформ (1992 г.), Среднесрочная программа на 1997–2000 гг. «Структурная перестройка и экономический рост» (1997 г.) и др., структурированные по направлениям социальной политики (регулирование доходов населения, государственная политика занятости, регулирование миграции, политика в отраслях социальной сферы, демографическая политика и т.д.). При этом следует заметить, что по мере углубления экономических реформ социальные проблемы формулировались на более высоком качественном уровне.

Однако далеко не все из предлагавшихся в 1990-е гг. программных мероприятий были реализованы. В первую очередь это относится к тем из них, которые носили системный характер. Так, только с 1 января 2002 г. стала осуществляться пенсионная реформа (ранее, в 1992–1998 гг., в основном принимались решения лишь о повышении государственных пенсий, и только в 1998 г. стали вводиться элементы пенсионной системы, основанной на индивидуальном пенсионном страховании граждан). Только 30 декабря 2001 г. Президентом РФ был подписан принятый Государственной Думой 21 декабря 2001 г. и одобренный Советом Федерации 26

декабря 2001 г. новый Трудовой кодекс, который в основном адекватен сложившемуся в России рынку труда. До сих пор не решен полностью вопрос о переходе от категорийного принципа назначения ряда социальных трансфертов к адресной поддержке действительно нуждающихся в этом домохозяйств.

Опыт социального реформирования показал, что возможности и темпы социальных преобразований определяются прежде всего состоянием экономики домашних хозяйств в стране. Так, недостаточный уровень доходов населения не позволил оперативно провести жилищную реформу и прекратить бюджетное дотирование жилищно-коммунального хозяйства.

Ситуация с социальным реформированием существенно осложнилась после августа 1998 г., когда перестали существовать – во всяком случае, в течение краткосрочного периода – реальные предпосылки для проведения целостного курса социального реформ. Фактически была свернута пенсионная реформа, а текущие действия правительства в этот период сводились, как и в начале 1990-х гг., к купированию негативных социальных последствий финансово-экономического кризиса. Не случайно, что в такой ситуации в раздел «Нормализация условий жизни населения» (состоящий, в свою очередь, из 3 подразделов – «Сфера жизнеобеспечения», «Поддержание доходов населения» и «Смягчение последствий финансового кризиса для населения») принятого в 1998 г. Плана действий Правительства Российской Федерации и Центрального банка Российской Федерации по стабилизации социально-экономического положения в стране были включены мероприятия, различающиеся как целями, так и масштабностью, а сам этот документ в целом мог быть охарактеризован как достаточно эклектичный. Так, в него вошли:

1) мероприятия системного характера, предложенные либеральными реформаторами (перенесение части выплат в государственные внебюджетные фонды с работодателя на работника с соответствующим увеличением размера начисляемой заработной платы; усиление адресного характера поддержки наименее обеспеченных слоев населения на основе единых критериев предоставления пособий по нуждаемости; подготовка проекта нового Трудового кодекса Российской Федерации; разработка механизма формирования и предоставления адресного образовательного кредита и др.);

2) не носившие идеологического характера оперативные мероприятия (обеспечение с октября 1998 г. в полном объеме текущих выплат заработной платы работникам бюджетной сферы, денежного довольствия военнослужащим, работникам правоохранительных органов, пенсий и социаль-

ных пособий; начало поэтапной индексации ставок и окладов работников бюджетной сферы; погашение задолженности федерального бюджета по заработной плате, в т.ч. за выполненный оборонный заказ, по денежному довольствию, пенсиям и т.п.);

3) мероприятия, которые не имели жесткой временной привязки к финансово-экономическому кризису и носили рекомендательный характер (повышение ответственности должностных лиц и собственников предприятий за несвоевременную выплату заработной платы, за нарушение условий трудовых соглашений и коллективных договоров; разработка мер по увеличению занятости населения; разработка и реализация мер по решению проблемы детской беспризорности и др.).

Вне зависимости от характера мероприятий этого так называемого «стабилизационного» плана, многие из них к концу марта 1999 г. (крайнему сроку реализации) не получили соответствующего юридического подкрепления и потому не могли быть осуществлены на практике. Можно сказать, что в конце 1998 – начале 1999 гг. правовое обеспечение социальной политики сводилось в основном к поддержанию текущего режима функционирования социальной сферы. К документам подобного рода отнеслись, в частности, Федеральный закон от 4 февраля 1999 г. № 21-ФЗ «О базовой стоимости необходимого социального набора»; Федеральный закон от 4 февраля 1999 г. № 22-ФЗ «Об упорядочении оплаты труда работников организации бюджетной сферы»; Постановление Правительства РФ от 17 февраля 1999 г. № 192 «Об утверждении Методических рекомендаций по определению потребительской корзины для основных социально-демографических групп населения в целом по Российской Федерации и в субъектах Российской Федерации»; Федеральный закон от 30 марта 1999 г. № 56-ФЗ «О бюджете Пенсионного фонда Российской Федерации на 1999 год» и некоторые другие.

Однако в последующие два года в социальной сфере страны произошли серьезные изменения.

Во-первых, трансформировались экономические условия проведения социальных реформ. В 1998–1999 гг., как уже было отмечено, основные усилия были сосредоточены на решении текущих проблем, связанных с социальной поддержкой населения в связи с падением его реальных располагаемых денежных доходов (в определенном смысле можно утверждать, что в тот период была воспроизведена ситуация начального этапа рыночных реформ 1992–1993 гг.). В это время возобновилась тенденция снижения реальных располагаемых денежных доходов населения: в 1998 г. они

составили всего 83,1% их величины в 1997 г., а в 1999 г. – 84,9% соответствующего показателя. Однако уже в 2000 г. началось их постепенное восстановление (за год они увеличились на 9,1%), продолжившееся и в 2001 г. (в январе – октябре 2001 г. они были больше реальных располагаемых денежных доходов населения в январе – октябре 2000 г. на 9,7%).

Повышение доходов домохозяйств в 2000–2001 гг. явилось фактором продолжения социальных реформ, в том числе и тех их направлений, реализация которых фактически была прервана финансово-экономическим кризисом 1998 г., например, пенсионной реформы. Аналогично приостановлено было изменение таких принципиальных компонент жилищно-коммунальной реформы, как федеральные стандарты (уровень платежей граждан по всем видам предоставляемых услуг; максимально допустимая доля собственных расходов граждан на оплату жилья и коммунальных услуг в совокупном доходе семьи в пределах федерального стандарта социальной нормы площади жилья и нормативов потребления коммунальных услуг; предельная стоимость предоставляемых жилищно-коммунальных услуг на 1 кв. м общей площади жилья в месяц): в 1999 г. произошло фактическое снижение нагрузки требований по оплате жилья и коммунальных услуг на бюджеты домохозяйств. Возможности постепенного повышения этой нагрузки появились только в 2000–2001 гг.

Расширение финансовых возможностей населения позволило включить в число обсуждаемых направлений социальной реформы и образование, на примере которого может быть апробирована модель привлечения бюджетов домохозяйств к финансированию данного вида социальных услуг.

Во-вторых, в посткризисный период постепенное изменение претерпевала и сама идеология социальных реформ. В целом можно сказать, что произошел постепенный отказ от простых одномерных решений в пользу сложных, которые, однако наиболее полно учитывают многомерность складывающейся новой социальной структуры российского общества. Например, в середине 1990-х гг. при разработке концепции и стратегии социальных реформ в России речь шла, во-первых, о «чистой» адресности, связанной с учетом душевых денежных доходов населения при принятии решений об уровне включения конкретных домохозяйств в программы социального реформирования, и, во-вторых, о поэтапном повышении нагрузки на бюджеты домохозяйств по мере роста их доходов в оплате социальных услуг. В 2000–2001 гг. упор уже был сделан на дифференциацию самих темпов социальных реформ в зависимости от уровня доходов домо-

хозяйств (наиболее ярко это проявилось в реформировании жилищно-коммунального хозяйства).

В-третьих, в стране резко изменилась политическая ситуация. Выборы в Государственную Думу, которые были проведены в 1999 г., позволили в целом превратить законодательную власть из постоянного оппонента в союзника исполнительной власти при проведении социальных реформ. Свидетельства значимости данного фактора – принятие в 2001 г. уже упоминавшегося Трудового кодекса, пакета пенсионных законов, ряда других документов.

Наконец, в-четвертых, мероприятия социальных реформ стали увязываться с общей концепцией государственного строительства в федеративном государстве. Это проявилось прежде всего в принятии федеральным центром ответственности за финансирование введенных федеральным законодательством федеральных социальных мандатов на себя с одновременной централизацией необходимых для этого финансовых ресурсов.

Так, с 1 января 2001 г. был упразднен Государственный фонд занятости населения, организованный в соответствии с принятым в 1991 г. Законом РСФСР «О занятости населения в РСФСР», из которого осуществлялось финансирование пособий по безработице, досрочных пенсий и материальной поддержки безработным, зарегистрированным в органах государственной службы занятости, стипендий безработным, проходящим профессиональную подготовку и переподготовку по направлению государственной службы занятости, а также мероприятия так называемых «активных» программ содействия занятости населения. С 2001 г. расходы по соответствующим федеральным трансфертам осуществляются из средств федерального бюджета (раздел 18 «Социальная политика», подраздел 06 «Прочие мероприятия в области социальной политики»), а активные программы содействия занятости должны финансироваться совместно федеральным и региональными бюджетами.

Другим важным изменением в структуре федерального бюджета стало формирование в составе федерального бюджета специальных фондов, средства которых предназначены прежде всего для финансирования так называемых федеральных мандатов. Ранее обязательства по их выполнению возлагались на региональные бюджеты, в связи с недостаточностью средств которых возникали многомесячные (а иногда, и многолетние) задержки по исполнению предусмотренных федеральным законодательством социальных гарантий отдельным категориям населения. В связи с этим в

практике оценки социальной политики в стране появился термин «нефинансируемые социальные мандаты».

Для предотвращения данного феномена в 2001 г. в составе федерального бюджета был образован фонд компенсаций. Программа развития бюджетного федерализма в Российской Федерации на период до 2005 г., утвержденная Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 августа 2001 г. № 584, определила цель данного фонда как «финансирование федеральных законов» (как правило, социальных пособий и льгот населению), в связи с чем его средства распределяются с использованием формулы «на основе численности лиц, имеющих право на получение социальной помощи (льгот)». Условием предоставления финансовой помощи из этого фонда является «целевое использование средств»¹. В 2001 г. в фонд компенсаций поступило 33381,6 млн руб., из которого бюджетам субъектов Российской Федерации предоставлялись субсидии на реализацию Федерального закона «О социальной защите инвалидов в РФ» и субвенции на реализацию Федерального закона «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей». Средства из него выделялись субъектам Российской Федерации в виде субвенций и субсидий². В 2002 г. фонд компенсаций в составе федерального бюджета не только сохранялся, но и расширялся в количественном и качественном отношениях. Так, в него должно было быть направлено 40757,6 млн руб., или в 1,2 раза больше по сравнению с 2001 г. Помимо ранее принятых направлений расходования его средств, в 2002 г. предусмотрено выделение еще двух видов субвенций субъектам Российской Федерации – а) на реализацию Федерального закона «О реабилитации жертв политических репрессий» и б) на реализацию Федеральных законов «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федера-

¹См. «Российская газета», №161 (2773), 21 августа 2001 г., с. 4.

²В соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации, принятым Государственной Думой 17 июля 1998 г. и утвержденным Президентом РФ 31 июля 1998 г., под субсидией, понимаются «бюджетные средства, предоставляемые бюджету другого уровня бюджетной системы Российской Федерации на условиях долевого финансирования целевых расходов», под субвенцией – «бюджетные средства, предоставляемые бюджету другого уровня бюджетной системы Российской Федерации на безвозмездной и безвозвратной основах на осуществление определенных целевых расходов» и под дотацией – «бюджетные средства, предоставляемые бюджету другого уровня бюджетной системы Российской Федерации на безвозмездной и безвозвратной основах для покрытия текущих расходов» (М., «ЭКМОС», 1998, с. 5).

ции и полных кавалеров ордена Славы» и «О предоставлении социальных гарантий Героям Социалистического труда и полным кавалерам ордена Трудовой Славы», а также двух видов субсидий – а) на возмещение льгот по оплате жилищно-коммунальных услуг, услуг связи, проезда на общественном транспорте городского и пригородного сообщения гражданам, подвергшимся радиационному воздействию Чернобыльской АЭС, аварии на производственном объединении «Маяк» и ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне и б) на возмещение льгот по оплате жилищно-коммунальных услуг и услуг связи военнослужащим, сотрудникам милиции, органов внутренних дел, налоговой полиции, должностным лицам таможенных органов (табл. 1).

Таблица 1.

Структура расходов фонда компенсаций

Статьи расходов	2001 г.		2002 г.	
	Млн руб.	%	Млн руб.	%
1	2	3	4	5
Всего, в том числе:	33381,6	100	40757,6	100
Субвенции бюджетам субъектов Российской Федерации – всего, из них на реализацию федеральных законов:	22803,0	68,3	25374,7	62,3
1) «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»	22803,0	68,3	24000,0	58,9
2) «О реабилитации жертв политических репрессий»	-	-	1259,8	3,1
3) «О статусе Героев Советского Союза, Героев Российской Федерации и полных кавалеров орденов Славы» и «О предоставлении социальных гарантий Героям Социалистического Труда и полным кавалерам ордена Трудовой Славы»	-	-	114,9	0,3
Субсидии бюджетам субъектов Российской Федерации – всего, из них на:	10578,7	31,7	15382,8	37,7
1) реализацию Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»	10578,7	31,7	11848,1	29,1
2) возмещение льгот по оплате жилищно-коммунальных услуг и услуг связи военнослужащим, сотрудникам милиции, органов внутренних дел, налоговой полиции, должностным лицам таможенных органов	-	-	2534,7	6,2
3) возмещение льгот по оплате жилищно-коммунальных услуг, услуг связи, проезда на общественном транспорте городского и пригородного сообщения гражданам, подвергшимся радиационному воздействию Чернобыльской АЭС, аварии на производственном объединении «Маяк» и ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне	-	-	1000,0	2,5

Примечание. Сумма абсолютных расходов и их долей по отдельным статьям может не совпадать с итоговыми суммами ввиду округления.

Также в составе федерального бюджета 2002 г. впервые сформирован фонд софинансирования социальных расходов, хотя Программой развития бюджетного федерализма в Российской Федерации на период до 2005 г. его введение планировалось только в 2003–2004 гг. Цель этого фонда – «стимулирование приоритетных расходов и поддержка реформ в социальной сфере», а распределяются его средства между регионами с использованием формулы «на основе нормативных расходов и их частичного возмещения (с оценкой хода реформ)». Средства выделяются в виде субсидии (долевой) «на определенную функциональную статью расходов (отрасль), а условиями их предоставления являются «уровень расходов не ниже нормативного и выполнение программы реформ». В 2002 г. средства фонда составили 5012,1 млн руб., или 2% расходов федерального бюджета по разделу «финансовая помощь бюджетам других уровней». Их предполагалось направить на дотации (а не субсидии, как это предусмотрено Программой развития бюджетного федерализма в Российской Федерации на период до 2005 г.) бюджетам субъектам Российской Федерации на возмещение расходов по предоставлению населению субсидий по оплате жилья и коммунальных услуг. В сочетании с действующим со второй половины 1990-х гг. механизмом ежегодного обновления федеральных стандартов перехода на новую систему оплаты жилья и коммунальных услуг наличие этого фонда позволит стимулировать соблюдение этих стандартов в регионах.

Социально-экономические реалии, сложившиеся в Российской Федерации к началу XXI в., были учтены в правительственной Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы). В этом документе цели социальной политики сформулированы как «последовательное повышение уровня жизни населения и снижение социального неравенства, обеспечение всеобщей доступности основных социальных благ, прежде всего качественного образования, медицинского и социального обслуживания».

Из текста программы следует, что в посткризисный период приоритетные направления реализации государственной социальной политики не изменились по сравнению с предыдущими правительственными программами, которые принимались различными составами Правительства Российской Федерации, начиная с 1992 г. Это обстоятельство подтверждает вывод о системном генезисе основных социальных проблем и стратегическом характере их решения (в полной мере эти проблемы могут быть решены только в долгосрочной перспективе).

Это касается, в первую очередь, таких проблем, как реформирование трудовых отношений, пенсионное обеспечение, социальная поддержка населения и борьба с бедностью, реформа жилищно-коммунального хозяйства, образования и других.

В представленной работе авторы ставили перед собой следующие исследовательские задачи:

а) проанализировать Программу социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) и выявить те социальные проблемы, которые не нашли в ней необходимого отражения;

б) дать оценку существующих вариантов решения социальных проблем в Российской Федерации;

в) обосновать предложения по решению данных проблем.

В связи с этим принята функционально-отраслевая структуризация текста, в соответствии с которой каждое из направлений социальной политики, включенное в текст Программы (за исключением фактически решенных на данном этапе проблем пенсионного реформирования), рассматривается последовательно с позиций каждой из трех перечисленных выше задач.

При этом авторы осознают, что работа по проблематике, связанной с социальным реформированием, никогда не сможет быть признана полностью завершенной, во всяком случае, в части тех социальных проблем, которые носят текущий или локальный характер. Материалы, содержащиеся в работе, в большинстве случаев отражают ситуацию в социальной сфере России, которая сложилась к концу 2001 г.

1. Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.) и задачи поддержки социальных реформ в стране

В разделе «Социальная политика» утвержденной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 июля 2001 г. № 910-р «Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу» определены «серьезные» социальные проблемы, к главным из которых отнесены: высокий уровень бедности и значительная дифференциация денежных доходов населения; неблагоприятная демографическая ситуация; широкое распространение льгот и компенсационных выплат без учета нуждаемости получателей, а также недофинансирование организаций социально-культурной сферы. Однако возникновение этих проблем, которые не носят самостоятельного характера, является следствием нерешенности более значимых проблем – системообразующих, связанных с незавершенностью реформирования системы трудовых отношений, жилищно-коммунальной сферы, пенсионной системы и т.п.

Несмотря на это обстоятельство, документ в целом носит комплексный характер, поскольку в нем в дальнейшем поставлены и такие проблемы. В *табл. 2* приводится авторская (не носящая официального характера) оценка необходимых изменений в правовой сфере для решения конкретных задач социальной политики, которые были сформулированы в правительственной программе.

Далее в тексте программы общие подходы к проведению социальной политики детализируются по отдельным ее направлениям, в число которых включены: 1) стабилизация демографической ситуации; 2) политика в сфере образования; 3) политика в области науки; 4) политика в сфере культуры; 5) реформирование здравоохранения; 6) развитие физической культуры и спорта; 7) трудовые отношения, занятость и миграция населения; 8) социальная поддержка населения и 9) пенсионная реформа. Кроме того, в разделе Программы «Структурная политика» поставлены задачи структурных изменений в жилищно-коммунальном хозяйстве, целью которых является существенное расширение масштабов и повышение эффективности институтов жилищного рынка при усилении адресного характера социаль-

ной защиты населения и совершенствование механизмов регулирования жилищной сферы со стороны государства. При проведении таких структурных преобразований предполагается прежде всего отказаться от бюджетного дотирования предприятий жилищно-коммунального хозяйства и создать систему социальных счетов граждан, на которые будут перечисляться все виды помощи государства в оплате жилищно-коммунальных услуг.

Таблица 2

**Основные подходы к проведению социальной политики
в Российской Федерации на период до 2004 г.**

№	Положения социальной политики*	Задачи обеспечения**	Справочно: положения социальной политики в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 1999 г.
1	2	3	4
1.	Приоритетность инвестиций в человека, и прежде всего в образование, которое является непременным условием конкурентоспособности России в мировой экономике, а также в здравоохранение	Определение понятие инвестиций в человека, критерии их приоритетности, долгосрочный уровень социальных (бюджетных) обязательств государства в образовании и культуре	Разработка стратегии триединства здоровья нации (физического, психологического и духовного) для политики в сфере здравоохранения, образования, культуры и науки
2.	Обеспечение всеобщей доступности и общественно приемлемого качества важнейших социальных благ, к числу которых относятся прежде всего медицинское, социальное обслуживание и образование	Уточнение перечня важнейших социальных благ (в разрезе отраслей социальной сферы), введение критериев качества социальных благ (в первую очередь, в отношении медицинского, социального обслуживания и образования)	
3.	Значительное сокращение социальной бедности по мере роста денежных доходов населения на основе экономического роста и уменьшения их дифференциации, а также усиление адресного характера социальной поддержки населения, перераспределение социальных расходов в пользу малоимущих при одновременном сокращении социальных трансфертов обеспеченным семьям	Уточнение общих принципов политики доходов населения (в т.ч. в части масштабов их налогообложения), дифференциация уровня включения домохозяйств в социальные реформы на основе критерия душевых доходов и имущественного ценза	

Таблица 2 продолжение

№	Положения социальной политики*	Задачи обеспечения**	Справочно: положения социальной политики в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 1999 г.
4.	Улучшение демографической ситуации на основе осуществления мероприятий по снижению уровня смертности населения и создания предпосылок для стабилизации показателей рождаемости	Введение экономически значимых стимулов (включая рассчитанные на долгосрочную перспективу) поощрения рождаемости	
5.	Создание для трудоспособного населения экономических условий, позволяющих гражданам за счет собственных доходов обеспечивать более высокий уровень социального потребления, включая комфортное жилье, лучшее качество услуг в сфере образования и здравоохранения, достойный уровень жизни в пожилом возрасте	Повышение уровня оплаты труда в государственном секторе экономики, стимулирование системы кредитования домохозяйств, пенсионная реформа	
6.	Создание условий для эффективной занятости населения, обеспечение баланса спроса и предложения на рынках труда, в том числе на основе повышения качества и конкурентоспособности рабочей силы, развития миграционных процессов	Определение критериев эффективной занятости, реализация программ профессиональной подготовки и переподготовки, упрощение процедур легализации иностранной рабочей силы	
7.	Реформирование трудового законодательства, приведение его в соответствие с требованиями рыночной экономики	«Индивидуализация» трудового законодательства в сочетании с защитой прав «коллективного» работника	Реформирование сферы трудовых отношений
8.	Улучшение пенсионного обеспечения в ходе пенсионной реформы, перевод льгот и компенсаций в денежные выплаты наиболее нуждающимся гражданам	Введение механизма индексации базовой части государственных пенсий в соответствии с индексом потребительских цен, определение критериев и бюджета программы денежных выплат нуждающимся домохозяйствам	

Таблица 2 продолжение

№	Положения социальной политики*	Задачи обеспечения**	Справочно: положения социальной политики в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 1999 г.
9.	Усиление страховых принципов социальной защиты населения при выходе на пенсию, в случае болезни, а также при несчастных случаях на производстве и профессиональных заболеваниях, риска потери работы	Стимулирование систем добровольного социального страхования – пенсионного, медицинского, по безработице; восстановление формируемого на основе страховых взносов работодателей и работников Государственного фонда занятости населения для формирования финансовых ресурсов, предназначенных для выплаты пособий по безработице и иных выплат безработным.	Активное внедрение страховых принципов
10.	Осуществление максимально эффективной защиты социально уязвимых граждан, которые не обладают возможностями для самостоятельного решения социальных проблем, и нуждающихся в государственной поддержке	Установление критериев определения граждан, не имеющих по различным причинам возможностей самостоятельного решения экономических проблем домохозяйства и нуждающихся в государственной поддержке. Определение дифференцированных по этим причинам форм государственной социально-экономической поддержки	Переход на адресный принцип социальной помощи
11.	Формирование в социально-культурной сфере институтов, создающих возможность максимально полной мобилизации средств бюджета, населения и предприятий, эффективного использования этих средств, и на этой основе обеспечение высокого качества и возможностей широкого выбора населением предоставляемых социальных благ и услуг	Завершение легализации финансовых потоков в социальной сфере, дифференциация степени доступа к бесплатным услугам социальной инфраструктуры в зависимости от уровня доходов домохозяйства. Установление гарантий и финансовых обязательств учреждений социальной инфраструктуры, предоставляющих услуги на платной основе	
12.	Осуществление мероприятий по социальному развитию села	Утверждение Федеральной целевой программы «Социальное развитие сельских поселений»	

Таблица 2 продолжение

№	Положения социальной политики*	Задачи обеспечения**	Справочно: положения социальной политики в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 1999 г.
13			Придание расходам по заработной плате и социальным выплатам в бюджетах всех уровней приоритета и защищенности с использованием соответствующих средств строго по назначению
14			Приведение в соответствие социальных обязательств государства его возможностям
15			Инвентаризация активов и результатов деятельности социальных ведомств, внебюджетных фондов и ведомственных фондов развития

*В формулировках Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) или приближенных к ним.

**Авторские оценки проблем, требующих приоритетного решения в рамках федерального законодательства.

В *табл. 2* также сопоставлены положения социальной политики, которые содержатся в Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 г.), с теми, которые были сформулированы в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию в 1999 г. Результаты компаративного анализа свидетельствуют, что многие из положений, которым предполагалось следовать в 1999 г., к началу реализации среднесрочной программы так и не были решены в полной мере. Речь идет о таких системных направлениях, как реформирование трудовых отношений, внедрение страховых принципов формирования бюджета социальной политики, переход на адресный принцип социальной помощи и др.

С другой стороны, вторую половину 1990-х гг. и, особенно, период после финансово-экономического кризиса 1998 г. нельзя считать потерянным для реформирования социальной политики в Российской Федерации: в это время, как свидетельствуют данные *табл. 2*, произошел качественный скачок от понимания сущности социальных реформ в условиях рыночной

экономики к разработке конкретных направлений и механизмов этих реформ. В качестве значимого примера можно привести переход от общих рассуждений о необходимости формирования элементов накопительной системы обязательного пенсионного страхования в стране к разработке законопроектов, вводящих конкретные механизмы этой системы.

Вместе с тем, по мнению авторов, далеко не все проблемы социального реформирования в стране и, соответственно, его правового обеспечения нашли адекватное отражение в имеющихся и готовящихся в настоящее время соответствующих документах.

Учитывая данное обстоятельство, в представленном материале принята схема изложения материала, предусматривающая следование структуре «социального» раздела (с добавлением материалов по жилищно-коммунальной реформе) Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2002–2004 годы) (далее в тексте – Программа). При этом в первоочередном порядке рассматриваются именно такие проблемы, а не уже принципиально решенные – как с экономической, так и с правовой точек зрения – вопросы. В соответствующих разделах отчета в соответствии с принятой во Введении схемой последовательно даются: социально-экономическая оценка конкретной социальной проблемы, общий комментарий к принятой в Программе концепции реформирования, позиция экспертов по сохранению (возникновению) при реализации предложенной модели реформирования проблемных полей и предложения по их ликвидации, а также возможные направления обеспечения последней, прежде всего законодательного (исключая те документы или их положения, которые уже приняты в виде федеральных законов, постановлений и распоряжений Правительства Российской Федерации и т.п.).

Кроме того, в работу включены предложения по совершенствованию социальной политики, которые не нашли своего отражения в Программе. Речь идет о проведении социальной экспертизы и регионализации социальной политики с соответствующими механизмами их правового обеспечения.

2. Программные направления социального реформирования

2.1. Стабилизация демографической ситуации

2.1.1. Текущая ситуация и направления решения демографических проблем в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.)

Постановка проблемы стабилизации демографической ситуации в современной России диктуется следующей целевой установкой: предотвращение дальнейшего снижения абсолютной численности наличного населения страны, которая за период проведения реформ в 1990-е гг. уменьшилась со 148704 тыс. чел. по данным на 1 января 1992 г. до 145925 тыс. чел. по данным на 1 января 2000 г., т.е. на 2779 тыс. чел., или на 1,87%. Негативный прирост населения был обусловлен превышением смертности населения над его рождаемостью, который не было компенсирован положительным сальдо миграции (табл. 3).

Таблица 3

Вклад отдельных факторов в естественный прирост наличного населения Российской Федерации в 1992–1999 гг.

	Показатель	Ед.и зм.	Значение показателя
1	2	3	4
1.	Изменение численности наличного населения по данным прямого счета в период 1 января 1992 г. – 1 января 2000 г.	Тыс.чел.	-2779
2.	Количество родившихся	Тыс.чел.	10801
3.	Количество умерших	Тыс.чел.	16673
4.	Отношение числа родившихся к числу умерших	Чел./чел.	0,648
5.	Миграционный прирост	Тыс.чел.	3054
6.	Отношение миграционного прироста к числу умерших	Чел./чел.	0,183
7.	Отношение числа родившихся и миграционного прироста к числу умерших	Чел./чел.	0,831
8.	Изменение численности наличного населения по данным суммирования значений факторов (стр.2-стр.3+стр.5)	Тыс.чел.	-2818

Таблица 3 продолжение

	Показатель	Ед.и зм.	Значение показателя
9.	Вклады факторов в сокращение численности наличного населения:		
9.1.	- численности родившихся	%	-383
9.2.	- численности умерших	%	592
9.3.	- миграционного прироста	%	-108

Примечание. Расчеты проведены с использованием данных статистического сборника Госкомстата России «Российский статистический ежегодник», М., 2000, сс. 54, 77 и 100. Имеется не носящее принципиального характера (1,38%) расхождение между результатами прямого (по соответствующей таблице сборника) и косвенного (суммированием значений факторов) расчетов изменения численности наличного населения, которое может быть связано, по-видимому, с особенностями статистического учета наличного населения.

С учетом соотношения в ретроспективном периоде значений показателей, приведенных в табл. 3, основной целью демографической политики на среднесрочную перспективу в среднесрочной Программе объявлено проведение мероприятий по снижению уровня смертности населения и создание предпосылок для стабилизации показателей рождаемости. Достижение данной цели предполагается решением задач как концептуального (прежде всего, разработка конкретных мер по реализации демографической политики на долгосрочный период с учетом перспектив социально-экономического развития Российской Федерации и региональных особенностей демографических процессов), так и прикладного характера (например, разработка механизмов материальной поддержки семьи при рождении детей; учет демографического фактора в государственной политике, включая обеспечение режима благоприятствования системы жилищных стандартов для семей с детьми; улучшение качества медицинской помощи, развитие профилактики, диагностики и лечения социально значимых заболеваний; разработка мер, предусматривающих аттестацию рабочих мест с целью выявления неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье работников, а также порядка экономического стимулирования работодателей при улучшении теми условий труда, его охраны и др.).

2.1.2. Нерешенные проблемы демографической политики

Не отрицая значимости государственной демографической политики, следует, однако, отметить, что ее направления – во всяком случае, в тех

формулировках, которые приводятся в Программе, – нуждаются в серьезных уточнениях.

Дело в том, что, как нам представляется, в Российской Федерации до сих пор отсутствуют целостные четко обоснованные по геополитическим, социальным и экономическим параметрам цели государственной демографической политики. В современных постановках на первый план выдвигается – как правило, на основе субъективных подходов – необходимость решения тех или иных действительно объективно существующих проблем. В их числе прежде всего сокращение абсолютной численности населения России, превышение смертности над рождаемостью, предотвращение дальнейшего развития процессов снижения демографического потенциала на приграничных территориях страны (прежде всего, в восточных районах) и т.п. Однако, рассматриваемые изолированно, эти проблемы при разработке мер по их решению приводят зачастую к неверным выводам.

Так, во-первых, в правительственных документах не используются расчеты рациональной (оптимальной) численности населения Российской Федерации на долгосрочную перспективу. До сих пор остается неразработанной методика подобных расчетов, которые должны осуществляться с учетом, в первую очередь, таких факторов, как геополитические (сохранение целостности страны), экологические (недопущение превышения предельно допустимой антропогенной нагрузки на природную среду), социально-экономические (минимизация уровня бедности) и др.

Во-вторых, отсутствие сбалансированности в постановке и трактовке демографических проблем приводит к решениям нерациональным как в экономическом отношении, так и социальном. Понятно, например, что стабилизация (повышение) рождаемости, в том числе и стимулируемая предусмотренными в Программе механизмами материальной поддержки семьи при рождении детей (увеличением размеров единовременного пособия при рождении ребенка в зависимости от очередного рождения, пособия на период отпуска по уходу за ребенком до 1,5 лет; содействием развитию рыночных форм обеспечения доступности жилья, удовлетворяющих жилищные потребности семей, которые находятся в активной фазе репродуктивного цикла; учетом количества детей в семье, нуждающейся в улучшении жилищных условий, при определении размера финансовой помощи со стороны государства и т.п.) без адекватного роста экономики неизбежно приведет к росту показателей бедности (малообеспеченности).

В-третьих, уже разработанные направления государственной демографической политики в ряде случаев исходят из сложившихся стереотипов и

не учитывают текущих изменений в динамике демографических процессов. Например, рождаемость населения в России, устойчиво снижавшаяся в конце 1980-х – 1990-х гг. (если в 1987 г. она составила 17,2 промилле, то в 1991 г. – 12,1 промилле, а в 1999 г. – 8,3 промилле), в 2000 г. повысилась до 8,7 промилле, что объясняется вступлением в репродуктивный возраст лиц, родившихся во второй половине 1970-х – начале 1980-х гг., когда рождаемость в стране находилась на достаточно высоком уровне, составляя около 15,5 промилле. В январе – сентябре 2001 г. уровень рождаемости возрос до 9,1 промилле.

Значение важно для будущего демографического развития страны показателя детской смертности (число умерших в возрасте до 1 года на 1000 живорожденных), после 1993 г., когда оно составляло 19,9 промилле, устойчиво сокращается, составив в 2000 г. 15,8 промилле, а в январе – сентябре 2001 г. – 15,8 промилле. Общие показатели рождаемости и смертности и соотношение между ними в восточных районах, возможно, не вполне благоприятны с точки зрения геополитических интересов России, но тем не менее лучше их средних значений в стране в целом. Например, в январе – сентябре 2001 г. рождаемость в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах (ФО) составила соответственно 10 и 9,8 (в Российской Федерации – 9,1) промилле, показатели смертности – соответственно 14,5 и 13,2 (15,5) промилле, естественного прироста населения – -4,5 и -3,4 (-6,4) промилле. Таким образом, оказывается, что демографическая проблема этих регионов заключается не столько в стимулировании рождаемости, сколько в регулировании миграционных потоков: только в январе – сентябре 2001 г. миграционная убыль населения в Сибирском ФО составила 29,3 тыс.чел., или 18,9% общей численности родившихся за этот период, а в Дальневосточном ФО – 23 тыс.чел. (соответственно 44,4%).

В-четвертых, в Программе уделяется, много внимания решению вопросов, связанных с маргинальными группами населения (освободившиеся из мест лишения свободы, бездомные, не имеющие постоянного места жительства и работы) и сопутствующих им социальных проблем (правонарушения, пьянство и наркомания). Между тем известна невысокая социально-экономическая эффективность подобного рода мер демографической политики – основной упор в снижении смертности должен быть сделан, по нашему мнению, на создание нормальных условий работы и жизни для большей части россиян, не отличающихся девиантным поведением. В Программе такие меры хотя в принципе и намечены (в ней, в частности, предусматривается разработка мер, предусматривающих аттестацию рабочих

мест с целью выявления неблагоприятных факторов, воздействующих на здоровье работников, а также порядка экономического стимулирования работодателей в улучшении условий и охраны труда), но нуждаются в серьезном расширении.

В-пятых, в Программе не должны являться предметом детального рассмотрения меры по снижению смертности: их реализация является общегуманитарной задачей любого цивилизованного государства, а связанные с этим проблемы имеют скорее технический характер.

2.1.3. Предложения по решению демографических проблем

Исходя из сказанного, целесообразным представляется следующее обеспечение демографических компонент социальной политики.

Актуальным является проведение расчетов, в результате которых должна быть определена рациональная численность населения Российской Федерации с учетом социально-экономических и экологических факторов. В качестве некоторого аналога подобного рода документов могут рассматриваться Федеральный закон от 20 ноября 1999 г. № 201-ФЗ «О потребительской корзине в целом по Российской Федерации» и Постановление Правительства Российской Федерации от 18 февраля 1998 г. № 214 «О порядке разработки методических рекомендаций по определению потребительской корзины для основных социально-демографических групп населения в целом по Российской Федерации и в субъектах Российской Федерации». Во исполнение положений данных документов соответствующие расчеты должны проводиться ежегодно на различные временные горизонты (от кратко- до долгосрочных).

На основе результатов выполненных расчетов должна формироваться также ежегодно обновляемая федеральная целевая программа «Демографическое развитие Российской Федерации», которая, подобно другим программам данного типа, включила бы как целевые установки государства в этой предметной области, так и конкретные меры по их достижению. При этом следует подчеркнуть, что целевые установки программы при реализации предлагаемого порядка будут определяться не на субъективной основе, а на базе уже имеющихся результатов расчетов рациональной численности населения страны. Заказчиками предлагаемой программы, по-видимому, должны стать Министерство труда и социального развития и Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Специфической особенностью данной программы должна стать регионализация мер государственной демографической политики с учетом кон-

кретизации ее целей по отдельным регионам (или их группам). Понятно, что демографическая политика в регионах с развивающейся экономикой и социальной сферой может предусматривать стабилизацию (стимулирование) рождаемости, в то время как на экономически слаборазвитых территориях подобного рода меры без адекватного стимулирования экономического развития являются крайне нежелательными. Аналогично, в программе должны быть выделены территории, где целесообразно стимулировать миграцию населения из других регионов и те из них, где условия для приезжающих должны носить ограничительный характер (впрочем, в более полном объеме мероприятия, связанные с миграционной политикой, целесообразно включить в программу миграции в Российской Федерации).

Завершающим элементом обеспечения государственной демографической политики при соблюдении данной схемы станет ежегодно принимаемый федеральный закон «О федеральном бюджете», в котором отдельной строкой будет прописан бюджет программы «Демографическое развитие Российской Федерации».

По нашим оценкам, сугубо затратный геополитический эффект от реализации предлагаемых направлений демографической политики, а также мер по снижению смертности среди граждан старше трудоспособного возраста будет компенсирован снижением бюджетных расходов, связанных, во-первых, с предотвращением финансирования мер по стимулированию рождаемости сверх обоснованного уровня, и, во-вторых, поступлением дополнительных доходов по подоходному налогу в государственный бюджет за счет увеличения доли трудоспособных в составе граждан трудоспособного возраста. Конкретные расчеты экономического эффекта могут быть проведены после получения результатов расчетов рациональной численности населения Российской Федерации.

2.2. Политика в сфере образования

2.2.1. Текущая ситуация и направления решения проблем в сфере образования в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.)

Государственная политика в сфере образования является важным фактором модернизации российского общества и обеспечения конкурентоспособности российской экономики. Определяющее значение в соответствии с Программой имеет деятельность по обеспечению равенства доступа к об-

разованию для различных социальных слоев и территориальных групп населения.

Основными задачами системы образования с учетом потребностей общества в целом и отдельных его членов на среднесрочную перспективу являются:

- содействие успешной адаптации молодежи в обществе и на рынке труда;
- противодействие негативным социальным процессам, таким, как распространение алкоголизма, наркомании и криминогенности в молодежной среде, борьба с беспризорностью и безнадзорностью несовершеннолетних;
- развитие системы специального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- создание условий вхождения новых поколений в открытое информационное общество, поддержка повсеместного использования информационных технологий, компьютеризация школ и создание единой информационной среды образования;
- повышение вклада образования в модернизацию экономики, что требует:
 - обновления содержания и структуры профессионального образования, обеспечения условий для развития научных школ в фундаментальном и инженерном образовании, в сфере информационных технологий, а также расширения подготовки кадров высшей квалификации.

В Программе сформулированы наиболее общие задачи, стоящие перед образованием. Однако система образования имеет достаточно сложную структуру и много составляющих: дошкольное образование, общее среднее образование, начальное профессиональное образование, среднее и высшее профессиональное образование. Кроме того, система образования включает в себя такие специфические элементы, как социальную адаптацию сирот, детей из трудных семей и иных трудно социально адаптируемых детей и подростков, детей с отклонениями в физическом и психическом развитии и т.п. Наконец, система образования включает в себя профессиональное обучение, переобучение, повышение квалификации взрослых.

Несмотря на довольно часто появляющиеся в средствах массовой информации материалы о бедственном положении и разрушении системы дошкольного образования и воспитания авторы считают, что в наибольшей степени сокращению количества детских дошкольных учреждений и чис-

ленности детей в этих учреждениях способствуют демографическая ситуация и состояние рынка труда. Сокращение рождаемости высокий уровень безработицы среди женской части населения значительно снижают потребности в услугах системы дошкольного воспитания, о чем свидетельствуют данные официальной статистики (табл. 4).

Таблица 4

Основные показатели по дошкольным образовательным учреждениям

	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Число дошкольных учреждений, тыс.	87,9	68,6	64,2	60,3	56,6	53,9
Численность детей в дошкольных учреждениях, тыс. чел.	9010	5584	5101	4706	4379	4225
Приходится мест в дошкольных учреждениях на 1000 детей 1–6 лет	616	658	679	682	691	697
Охват детей 1–6 лет дошкольными учреждениями, %	66	55	55	54	54	55
Численность детей, стоящих на учете для определения в дошкольные учреждения, тыс.ч ел.	994,8	295,3	293,5	240,2	217,8	192,9

Источник: «Социальное положение и уровень жизни населения России» за 2000 г.

Достаточно стабильной выглядит ситуация в системе общего среднего образования. На фоне практически постоянной численности учащихся дневных школ наблюдается (хотя и незначительная) тенденция к увеличению количества учителей, что в некоторой степени может свидетельствовать об улучшении качества преподавания. Здесь необходимо, тем не менее, заметить что ситуация с нехваткой учителей по некоторым предметам (например, преподавателей иностранных языков) остается по-прежнему актуальной. Региональная дифференциация этого дефицита препятствует созданию единого образовательного пространства на территории России и обеспечению равных возможностей для жителей различных регионов продолжать образование в высших учебных заведениях.

Имеются положительные сдвиги с материальной базой школ: уменьшается количество детей, занимающихся во вторую и третью смены, а последние два года незначительно, но улучшается техническое состояние и благоустройство учебных заведений (табл. 5).

Таблица 5

**Положение в системе общего среднего образования
(на начало учебного года)**

	1990/ 91	1995/ 96	1996/ 97	1997/ 98	1998/ 99	1999/ 2000
Число образовательных учреждений, тыс.	67,6	68,4	68,3	67,9	67,3	66,9
Численность учащихся, тыс. чел.	20328	21521	21682	21683	21429	20826
Численность учителей, тыс. чел.	1442	1687	1746	1748	1744	1733
Число учащихся, занимающихся во вторую смену, %	22,8	24,8	24,7	24,0	23,1	21,9
Число школ, требующих капитального ремонта, %		35,6		37,3		36,2

Источник: «Социальное положение и уровень жизни населения России» за 2000 г.

Вместе с тем в настоящее время на качество образования существенно влияют процессы «укрупнения» классов, закрытия школ с небольшим числом учащихся и снижение численности учителей. Так, установленный норматив наполняемости классов – не менее 25 человек приводит к тому, что школы, которые не вводят оплаты за обучение, вынуждены сокращать численность учителей или формировать классы численностью 35–40 учеников, что, естественно, сказывается на уровне преподавания.

Программой также предусматривается провести в 2002–2004 гг. в высшем профессиональном образовании эксперимент по апробации механизма нормативно-подушевого финансирования получения образования с использованием государственных именных финансовых обязательств (ГИФО)³, а также повысить уровень социальной защищенности некоторых категорий населения в сфере образования, в частности, приступить к введению системы адресного стипендиального обеспечения путем предоставления стипендий студентам из числа детей-сирот, инвалидов, ветеранов боевых действий, а также социальных стипендий для лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи, при сохранении и развитии системы академических стипендий, поощряющих успеваемость студентов, их участие в научной работе.

³14 января Правительством РФ было принято Постановление № 6 «О проведении в 2002–2003 годах эксперимента по переходу на финансирование отдельных учреждений высшего профессионального образования с использованием государственных именных финансовых обязательств».

2.2.2. Нерешенные проблемы в сфере образования

Среди нерешенных проблем в сфере образования остается сложная ситуация со школами в сельской местности. В правительственной программе предусмотрены некоторые механизмы и варианты осуществления реструктуризации сельской школы: создание образовательных центров в сельской местности в различных их вариантах, развитие транспортного обслуживания сельских школ, развитие дистанционного образования (включая Интернет-образование) и соответствующей сети центров дистанционного обучения.

Отмечая практическую нереальность использования современных информационных технологий в подавляющем большинстве сельских местностей России, следует заметить, что реструктуризация сельской школы в направлении создания учебных заведений интернатного и полунтернатного типа в наиболее крупных поселениях вынужденно осуществляется в течение последних 30-ти лет и определяется не внутренними проблемами общего образования, а ухудшающейся демографической ситуацией в сельских местностях. Так что ничего нового реально осуществимого в отношении сельских школ программа не содержит.

Главной проблемой всех уровней профессионального образования (начального, среднего и высшего) является его недостаточная адекватность потребностям рынка труда. В связи со слабой географической мобильностью рабочей силы и относительной изолированностью региональных рынков труда эта проблема в дальнейшем будет только обостряться. В особой степени это относится к высшей школе (учреждения начальной и средней профессиональной подготовки более эластичны по отношению к профессиям и специализациям своих выпускников). ВУЗы готовят, как правило, специалистов по традиционным для каждого учебного заведения специальностям, не сообразуясь с потребностями рынка труда, не отвечая тем самым социальному заказу экономики страны. В силу нестабильности и значительной динамичности структуры российской экономики такое положение во многом имеет объективные причины. Однако необходимость формирования рыночно ориентированных профессионально-квалификационных структур выдвигает в качестве актуальной задачи современного периода социально-экономического развития России реорганизацию существующей системы профессиональной подготовки кадров. В рамках решения этой комплексной задачи одним из главных элементов является изменение профессиональной структуры подготовки специалистов, ориентированное на требования развития рыночной экономики и в то

же время не способствующее возникновению масштабной безработицы среди выпускников профессиональных учебных заведений. Это положение нашло свое отражение в концепции Программы. В документе отмечается, что для обновления структуры высшего профессионального образования, его адаптации к потребностям общества и экономики предусмотрено создание механизма выявления и трансляции социального заказа на подготовку специалистов данного уровня образования, который должен представлять собой сбалансированную совокупность потребностей населения, организаций и государства. Наряду с этим усиливается роль государственных приоритетов в профессиональном образовании, в первую очередь в формировании кадрового заказа для развития перспективных рынков и технологий.

2.2.3. Предложения по решению проблем в сфере образования

Главным средством сформулированных выше задач в сфере образования является использование прогнозов (от средне- до долгосрочных) потребности рынка труда в специалистах различных профессий и квалификации. Для реализации таких прогнозов требуется развитие методологической базы поскольку, в отличие от достаточно хорошо проработанных теоретически и на практике прогнозов общего состояния рынка труда, методы прогнозирования потребности в рабочей силе в узких сегментах рынка труда нуждаются в дополнительных исследованиях. Для реализации этой задачи необходима также адекватная статистическая база. Если в США силами Национального Статистического Бюро статистика занятости ведется в разрезе нескольких сотен специальностей и уровней квалификации на протяжении почти ста лет, то подобной российской статистики просто не существует.

Правовой основой таких прогнозов является, Федеральный закон «О государственном прогнозировании и программах социально-экономического развития Российской Федерации», который был принят Государственной Думой в 1995 г. Он определяет цели и содержание системы государственных прогнозов социально-экономического развития Российской Федерации и программ социально-экономического развития Российской Федерации, а также общий порядок разработки прогнозов и программ. Разработчиками такого прогноза могут быть Минэкономразвития и Минтруд России, а основным пользователем – Минобрнауки России.

В Программе особое внимание уделено повышению качества всех видов и уровней образования. Приоритетной сферой государственных интересов в соответствии с правительственной концепцией является создание условий для качественной реализации на основе бюджетного финансирования образовательных программ всех уровней. Предполагается обеспечить увеличение средств федерального бюджета, направляемых на цели образования, а также сформировать механизм финансирования получения гражданами общего среднего образования, гарантирующий безусловное выполнение требований государственного стандарта данного уровня образования.

Планируется осуществить изменение структуры бюджетных расходов на образование, в которой должны быть сформированы три крупных блока:

- обеспечение реализации образовательных программ (текущее финансирование), осуществляемое главным образом на нормативно-подушевой основе (по итогам соответствующих экспериментов);
- развитие материально-технической базы образовательных учреждений и организаций, компьютеризация и информатизация образовательного процесса, приобретение учебно-лабораторного и научного оборудования, научной и учебной литературы, разработка современных учебных программ (бюджет инноваций);
- адресное финансирование социальных услуг, сопутствующих образовательному процессу.

Трудно не согласиться с этими мерами, однако в Программе в явном виде не сказано главное – основой качественного образования любого вида и уровня должен стать развитый рынок образовательных услуг. Участниками этого рынка должны стать образовательные учреждения, заинтересованные в востребованности своей продукции (а, следовательно, в своем финансовом процветании), население, заинтересованное в получении образования, дающего ему шансы найти себе достойное место на рынке труда, а также предприятия, организации и учреждения, являющимися потребителями рабочей силы и заинтересованные в ее высоком качестве. Четвертый участник рынка образовательных услуг – государство – заинтересовано в выполнении конституционно определенных государственных гарантий населению в сфере образования, в минимизации объемов как социальных трансфертов населению на цели образования, так и бюджетных расходов на реализацию программ занятости.

Для становления такого рынка необходимо создание конкурентной среды среди всех участников рынка и равных условий для конкурентной борьбы внутри каждой группы участников (образовательных учреждений, потребителей рабочей силы, населения).

В настоящее время проблема равных условий наиболее актуальна для населения. Решение ее потребует реализации целого ряда мероприятий, некоторые из которых реализуются уже сегодня. Для обеспечения равных возможностей в получении качественного среднего образования необходимо (что и предусмотрено правительственной программой) пересмотреть стандарты образования, переработать объемные и структурные характеристики учебных программ. Для обеспечения свободы выбора населением среднего учебного заведения целесообразно вернуться, по-видимому, к идее «образовательных ваучеров». Эта мера активизирует конкурентную борьбу среди учебных заведений и будет способствовать повышению качества образовательных услуг. Введение в действие единого государственного экзамена (ЕГЭ) уравнивает шансы (при реализации остальных мер) поступающих в ВУЗы⁴. Первый опыт с ЕГЭ, осуществленный в 2001 г., показал, что это направление реформирования позволяет в определенной степени уравнивать шансы жителей сельских районов и районов, географически удаленных от крупных образовательных центров, с жителями областных центров и мегаполисов при поступлении в ВУЗы.

Учебные заведения, предлагающие образовательные услуги, должны быть абсолютно равноправны перед бюджетной и налоговой системами независимо от своей организации и формы собственности.

В финансировании высших учебных заведений целесообразно, по-видимому, использовать в качестве основы следующую схему:

- а) за счет средств федерального бюджета финансируются:
 - подготовка специалистов в области гуманитарных, точных и фундаментальных естественных наук (история, языковедение, философия, математика, теоретическая физика и т.д.). Перечень специальностей и ориентировочное количество специалистов согласовывается Минобразованием России с РАН в

⁴Итоги первого года проведения эксперимента (2001 г.) с внедрением ЕГЭ должны быть тщательно проанализированы. Было бы, наверное, полезно для осмысления результатов эксперимента предложить группе выпускников, сдававших ЕГЭ, пройти (естественно на добровольной основе) испытания в традиционной форме с гарантией отсутствия любых организационных последствий для них. Сопоставление результатов позволило бы определить сильные и слабые элементы ЕГЭ.

виде среднесрочных программ, финансирование подготовки осуществляется через бюджет РАН;

- подготовка и переподготовка специалистов федеральных органов управления (через бюджеты соответствующих органов государственного управления);
- подготовка и переподготовка специалистов для нужд казенных предприятий (через бюджеты соответствующих отраслей);
- b) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов финансируется подготовка и переподготовка специалистов для органов управления регионов соответствующих уровней административно-территориальной иерархии;
- c) хозяйствующие субъекты финансируют подготовку и переподготовку специалистов для собственных нужд;
- d) физическим лицам предоставляется возможность самостоятельно финансировать получение ими высшего образования по выбранной специальности.

Предполагается, что высшие учебные заведения будут заключать контракты с юридическими и физическими лицами на обучение конкретного количества специалистов по конкретным специальностям.

Для реализации предложенного подхода финансирования высшей школы придется, по-видимому, вернуться к используемой ранее схеме обязательной отработки в течение фиксированных сроков «по распределению» (в случае неотказа заказчика от специалиста) со всеми вытекающими отсюда правовыми последствиями и финансовыми санкциями.

Реализация подобной схемы финансирования высших учебных заведений во многом способствовала бы приближению интересов ВУЗов к потребностям рынка труда.

Очевидно, что такая схема финансирования не повлечет дополнительной нагрузки на бюджетную систему, а только потребует перераспределения бюджетных финансовых потоков между участниками рынка образовательных услуг. Важно, чтобы распорядителями средств являлись заказчики образовательных услуг (население, заинтересованные ведомства и т.д.).

Концепция, лежащая в основе Программы, предусматривает в качестве одной из основных своих целей в реформировании образования установление социально приемлемого соотношения между платными и бесплатными образовательными услугами при сохранении бесплатного и

общедоступного общего образования. На практике представляется весьма сложным определение критерия социальной приемлемости, однако адресность оказываемых бесплатных образовательных услуг, учитывающая финансовые возможности различных групп населения, безусловно является одним из путей достижения поставленной цели.

Возможности населения участвовать в финансировании образования достаточно наглядно подтверждаются данными *табл. 6*, в которой приведена динамика расходов населения на образовательные услуги. Для элиминирования инфляционных факторов и денежной реформы в таблице приведены доли расходов населения в фактическом конечном потреблении домашних хозяйств и в расходах домашних хозяйств на потребление. Возрастание значимости платного образования в составе ВВП также проиллюстрировано долей платных образовательных услуг в составе ВВП.

Таблица 6

Динамика расходов населения на образовательные услуги

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Доля в валовом внутреннем продукте, %	0,13	0,18	0,28	0,47	0,64	0,62
Доля в фактическом конечном потреблении домохозяйств, %	0,23	0,30	0,46	0,73	0,94	1,01
Доля в расходах домохозяйств на потребление, %	0,30	0,37	0,57	0,92	1,15	1,20

Источник: «Социальное положение и уровень жизни населения России» за 2000 г.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что даже финансовый кризис 1998 г. не смог повлиять на рост расходов населения на образование. Принятые в последнее время изменения в налоговом законодательстве явятся, по-видимому, значимым фактором роста значений приведенных показателей.

Участие государства в обеспечении равных условий для разнодоходных групп населения в получении высшего образования может быть реализовано в форме образовательных кредитов, механизмы возврата которых достаточно четко отработаны в мировой практике. Профилирование образовательных кредитов по специальностям может послужить дополнительным фактором оздоровления ситуации на рынке труда.

2.3. Политика в области науки

2.3.1. Текущая ситуация и направления решения проблем в области науки в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.)

Необходимость включения политики в области науки в число приоритетов социальной политики объясняется прежде всего тем, что именно эта отрасль оказалась в числе тех, которые наиболее слабо адаптируются к рыночным условиям финансирования. Потеря значительных объемов бюджетного финансирования в начале 1990-х гг. и сокращение уровня заработной платы – как абсолютное, так и относительно многих других отраслей – привели к резкому сокращению численности занятых в науке (*табл. 7*), прежде всего, за счет оттока молодежи. Следствием стала утрата лидирующих позиций страны по многим видам фундаментальных и технических разработок и, как правильно отмечается в программе, произошло сокращение величины основных фондов в научно-технической сфере (только в 1990–1999 гг. более чем в 3 раза). При этом альтернативные источники финансирования в виде негосударственного и зарубежного капитала не смогли в полной мере компенсировать утраты научного потенциала России.

Тем не менее нельзя отрицать того несомненного факта, что наука в Российской Федерации в течение 1990-х гг. в определенной степени реструктурировалась, избавившись от кадрового научного балласта (в первую очередь, в гуманитарных ее отраслях), а также ликвидировав либо преобразовав неэффективные научные структуры (в основном находившиеся в подчинении прежних отраслевых министерств и ведомств). Это стало одним из факторов постепенного улучшения ситуации с уровнем доходов занятых в науке и научном обслуживании во второй половине 1990-х гг. (эти данные также приводятся в *табл. 7*). Более того, относительно невысокая заработная плата занятых в науке и научном обслуживании может при определенных условиях рассматриваться как положительное явление при решении проблем укрепления связей между наукой и производством (многие исследователи в настоящее время в силу сложившихся экономических обстоятельств защищают свои работы на основе практического опыта производственной деятельности).

Таблица 7.

**Некоторые показатели, характеризующие развитие науки
и научного обслуживания в Российской Федерации
в 1990-е – начале 2000-х гг.**

1	Показатель	Значение показателя
1.	Среднегодовая численность занятых, тыс.чел.	
1.1.	1990 г.	2804
1.2.	1995 г.	1688
1.3.	1999 г.	1209
1.4.	2000 г.	1221
2.	Доля занятых в науке и научном обслуживании в общей численности занятых в экономике, тыс. чел.	
2.1.	1990 г.	3,72
2.2.	1995 г.	2,54
2.3.	1999 г.	1,89
2.4.	2000 г.	1,89
3.	Отношение среднемесячной начисленной заработной платы к величине прожиточного минимума к аналогичному показателю в экономике в целом, %	
3.1.	1992 г.	66,9
3.2.	1995 г.	84,4
3.3.	1999 г.	108,3
3.4.	2000 г.	117,4
4.	Начисленная средняя заработная плата в сентябре 2001 г. к аналогичному показателю в экономике в целом, %	126,4

Примечания. 1) Расчеты проведены с использованием данных официальных изданий Госкомстата России «Социальное положение и уровень жизни населения России», М., 2000, сс.69, 81, «Россия в цифрах. 2001», М., 2001, сс.79, 105, 107, 108 и сборника Госкомстата России «Социально-экономическое положение России. Январь – октябрь 2001 г.». М., б/г, сс. 222, 223) Величина прожиточного минимума за 2000 г. определена суммированием ежеквартальных показателей величин прожиточного минимума, установленных в соответствии с Федеральным законом от 24 октября 1997 г. № 134-ФЗ «О прожиточном минимуме в Российской Федерации».

В Программе обращается внимание на то, что одним из факторов кризисного положения, которое создалось в российской науке в 1990-е гг., стала невостребованность научных разработок при низком уровне инновационной активности абсолютного большинства отечественных предприятий (в отдельные периоды десятилетия доля убыточных предприятий в их общем числе превышала 50%, а в январе – сентябре 2001 г. составляла по-прежнему значительную величину – 37,3%). В подобных условиях главной

целью государственной политики в сфере науки в среднесрочной перспективе провозглашается сохранение и развитие накопленного научного потенциала путем укрепления кадрового состава, а также совершенствования механизмов финансирования науки.

2.3.2. Нерешенные проблемы в области науки

По нашему мнению, содержащаяся в Программе постановка цели государственной политики в сфере науки несет в себе определенные опасности, поскольку отсутствие значимой государственной поддержки науки в 1990-е гг. сформировало новые механизмы организации научных исследований, отказываться от многих из которых было бы нецелесообразно. Фактически за годы реформ появился новый тип российского ученого, гибкого в поисках источников финансирования своих научных исследований (в т.ч. на грантной основе), открытого для участия во временных творческих коллективах, которые не всегда связаны с государственными научными учреждениями.

Поэтому цель государственной научной политики в том виде, как она сформулирована в Программе, правомерна применительно к достаточно ограниченной области научных исследований – прежде всего, к фундаментальной науке и тем научным разработкам, которые осуществляются в интересах безопасности (по различным аспектам последней) государства. В государственном секторе науки приемлемы включенные в документ решения административного характера, которые связаны, например, как это предлагается в Программе, с объединением государственных организаций со схожей тематикой в крупные межотраслевые структуры федерального уровня, передачей части научных организаций в ведение регионов, акционированием или приватизацией научных организаций, не вошедших в государственный сектор науки, сокращением численности сотрудников в учреждениях сферы так называемой академической науки и т.п.

Однако другой, причем не менее значимой, должна стать не прописанная в программе задача содействия государства развитию новых форм организации научных исследований, включая институциональные структуры. Здесь потребуется, скорее всего, разработка механизмов, элиминирующих возможности субъективизма при принятии решений о выделении бюджетных средств негосударственным научным структурам в ходе проведения конкурсов (тендеров) на выполнение научных исследований по заказам государственных структур. К сожалению, в настоящее время механизм проведения конкурсов на закупку научной продукции и услуг далек от со-

вершенства и создает благоприятные предпосылки для развития коррупции.

Тем не менее государственная политика в области науки во всех случаях не должна создавать предпосылки возрождения государственного патернализма в этой отрасли и ограничивать самостоятельность научных учреждений. С этой точки зрения содержащиеся в Программе предложения об увеличении заработной платы занятых в науке должны иметь очень ограниченное применение, охватывая, во-первых, лишь часть ее государственного сектора, а, во-вторых, распространяться только на некоторую часть заработной платы, которую в данном случае следует рассматривать как некоторый минимальный уровень гарантий научным работникам. Еще одна важная проблема связана с определением критериев научных исследований, поскольку в настоящее время во многих случаях происходит отнесение научных по своему содержанию исследований к консультационным, что влечет за собой утрату научными структурами некоторых налоговых льгот (в частности, по уплате налога на добавленную стоимость) в тех случаях, когда эти исследования выполняются за счет небюджетных источников финансирования.

2.3.3. Предложения по решению проблем в области науки

Решение сформулированных выше проблем в сфере науки и научного обслуживания может быть обеспечено принятием специального федерального закона «О научной деятельности в Российской Федерации». Основной целью подобного документа должно стать упорядочение понятий, связанных с научной деятельностью в стране, определение механизмов проведения государственной политики в области науки и научных исследований, конституирование прав и ответственности структур, проводящих научные исследования. Кроме того, в данном законе должен быть также определен социальный статус ученых (исследователей), возможно, по той же модели, как это сделано в соответствующих федеральных законах в отношении статуса военнослужащих или государственных служащих.

С учетом всего сказанного может быть предложена следующая принципиальная структура предлагаемого нами закона «О научной деятельности в Российской Федерации».

Так, в общей части данного закона предлагается прежде всего установить объективные критерии отнесения деятельности юридических и физических лиц к научной.

В следующем разделе должны быть определены организационные формы научных исследований, а также типы структур, которые осуществляют свою деятельность в этой области.

Далее следует определить функции государства в содействии научной деятельности в целом («поля поддержки»), а также установить приоритетную заинтересованность государства в развитии конкретных направлений научных исследований (например, в Программе в качестве таковых названы исследования в области информационных технологий и электроники, производственных технологий, новых материалов и химических технологий, технологий живых систем, а также экологии и рационального природопользования). В соответствующую статью могут периодически вноситься уточнения по перечню таких приоритетов.

В следующем разделе закона должны быть введены механизмы воздействия государства на научную деятельность, которые включают прогнозирование ее масштабов и направлений, формирование системы государственных заказов на научные исследования, управление эффективностью последних, формирование парка оборудования и расходовных материалов, кадрового потенциала науки, регулирование деятельности научных организаций, которые входят в государственный сектор науки.

Отдельный раздел целесообразно посвятить, как уже отмечалось, социальному статусу физических лиц (в т.ч. в части формирования условий оплаты труда и государственных социальных гарантий, включая пенсионное обеспечение), которые заняты научными исследованиями как основным видом профессиональной деятельности. Соответствующие положения законопроекта должны быть направлены на повышение престижности научного труда и увеличение притока в эту сферу способных исследователей младших возрастных групп. В этот же раздел следует также включить положения по аттестации кадров, занятых в сфере научных исследований.

Социально-экономический эффект от предлагаемых изменений в сфере научных исследований при затратности первоначальных мер проявится в росте научного потенциала страны, увеличении числа научных разработок, которые могут быть использованы в коммерческих целях.

2.4. Политика в сфере культуры

2.4.1. Текущая ситуация и направления решения проблем в сфере культуры в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002 – 2004 гг.)

Культура как отрасль социальной сферы принципиально отличается от образования и здравоохранения тем, что за этой отраслью всегда признавался значительный коммерческий потенциал, и несмотря на то, что она всегда была одним из основных претендентов на бюджетное финансирование, отрасль эта вполне вписывается структуру современного рыночного механизма.

Отрасль представляет собой комплекс разнообразнейших предприятий, организаций и учреждений, каждый элемент которого решает специфические задачи по гуманизации общества, по развитию и самореализации личности.

Государственная политика в области культуры решает проблему обеспечения доступности для населения услуг отрасли. Для решения этой проблемы государство:

- осуществляет бюджетное финансирование государственных (в необходимых случаях – негосударственных) организаций культуры;
- устанавливает особый порядок налогообложения некоммерческих организаций культуры;
- стимулирует развитие культуры через механизмы налоговых льгот юридическим и физическим лицам, вкладывающим свои средства в культуру;
- поощряет благотворительность в области культуры;
- предоставляет некоторые льготы в пользовании услугами культуры малообеспеченным гражданам.

В настоящее время трудно говорить о проблемах реформирования отрасли, поскольку оставленная на начальном этапе экономической реформы практически без всякой поддержки, культура за последние годы сама во многом приспособилась к рыночным условиям и выработала собственные механизмы для выживания.

Подтверждением этому может служить стабилизация количества учреждений культуры в стране (табл. 8), хотя и не могут не обращать на

себя внимание данные, свидетельствующие о сокращении посещений населением театров и музеев.

Таблица 8

Учреждения культуры в Российской Федерации

	1990	1995	1996	1997	1998	1999
Число профессиональных театров	382	470	489	506	523	539
Число посещений театров на 1000 чел.	375	213	198	188	189	201
Всего музеев (включая филиалы)	1315	1725	1814	1871	1942	1979
Число посещений музеев на 1000 чел.	971	509	470	475	457	496
Число цирков (коллективов)	-	70	62	69	68	68
Численность зрителей, млн чел.	-	11,4	11,3	9,6	8,2	8,6
Число общедоступных библиотек, тыс.	62,6	54,4	53,5	52,9	52,2	51,4
Библиотечный фонд, млн экз.	1155	1105	1082	1069	1053	1034

Источник: Данные взяты из сборника «Социальное положение и уровень жизни населения России» за 2000 г.

Это сокращение, происходящее на фоне некоторого роста доли платных услуг как в составе ВВП, так и в составе расходов домашних хозяйств на конечное потребление, при росте количества театров и музеев свидетельствует о понижении уровня доступности театров и музеев для значительного количества людей.

Сокращение числа библиотек является вполне ожидаемым в основном за счет городских библиотечных учреждений, что главным образом связано, по нашему мнению, с изменением ситуации на книжном рынке, стилем жизни большинства россиян.

В Программе утверждается, что поддержка культуры будет являться одним из приоритетных направлений государственной политики, предполагающим прежде всего:

- сохранение культурного потенциала и культурного наследия страны, обеспечение преемственности развития российской культуры наряду с поддержкой культурных инноваций, отечественной кинематографии, содействие развитию архивного дела, информационных технологий электронных и печатных средств массовой информации;
- развитие и укрепление инфраструктуры отрасли, обеспечивающей единство культурного пространства страны, базовые условия для доступа граждан к культурным благам и информационным ресурсам государственных музейных, библиотечных и архивных фондов;
- развитие профессионального и самодеятельного искусства народов России внутри страны и продвижение лучших образцов за рубеж.

Для достижения поставленных целей предлагается, сохраняя гарантированную поддержку государством развития культуры, продолжить реформирование организационно-хозяйственного механизма отрасли. Реформы будут направлены на улучшение материально-технической базы организаций культуры и искусства, в первую очередь особо ценных объектов культурного наследия народов Российской Федерации, и эффективное использование этих организаций; обеспечение равных возможностей получения доступа к культурным ценностям населением различных регионов страны и представителями разных социальных групп, совершенствование диалога культур в многонациональном государстве; концентрацию бюджетных средств на приоритетных направлениях развития культуры и искусства; создание условий для привлечения в сферу культуры и искусства дополнительных ресурсов из негосударственного сектора, а также развития меценатства и спонсорства.

2.4.2. Нерешенные проблемы в сфере культуры

Пожалуй, ни один из других разделов Программы не имеет столь эклектичного содержания. В нем предлагаются меры по государственной политике в отношении отдельных отраслей, возможно, включенные в текст по принципу «наличия материала». Так, в раздел включены положения, связанные с продолжением работы по созданию общероссийских систем мониторинга состояния и использования памятников истории и культуры, по сохранности предметов музейного, архивного, библиотечного фондов и кинофонда, по структурной реорганизации государственного сектора в ки-

нематографии и активизации рыночных механизмов взаимодействия сферы производства, проката и показа киноvideопродукции.

Между тем до сих пор не определена позиция государства по поводу культуры в целом, ее разделения на масс-культуру и собственно культуру (как сохранение и обогащение культурных ценностей страны), в связи с чем происходит соответствующая подмена понятий и до сих пор приходится сталкиваться с предложениями и действиями маргинального характера, которые обусловлены попытками распространить на общество в целом чьи-либо субъективные взгляды на культуру.

2.4.3. Предложения по решению проблем в сфере культуры

По нашему мнению, важным направлением государственной политики в сфере культуры может стать создание системы перекрестного финансирования, в соответствии с которым часть налогов, поступающих в государственный бюджет от масс-культуры, должна направляться на развитие собственно культуры. Подобного рода решение потребует принятия соответствующего федерального закона и критериев соответствующего разделения учреждений и организаций, действующих в сфере культуры. Необходимо, кроме того, четко прописать взаимоотношения между государством и религией, также представляющей собой одно из направлений культурного развития общества.

Финансирование текущей деятельности и развития организаций отрасли обладает спецификой, отличающей культуру от остальных отраслей социальной сферы. В отношении библиотек, клубов, домов культуры и других организаций применимы общие принципы бюджетного финансирования, которое должно строиться на нормативной основе с использованием стандартов обеспеченности населения соответствующими услугами. Эти стандарты должны дифференцироваться в зависимости от многих факторов (сельская местность или город, характер расселения, демографическая ситуация в регионе и т.п.).

Иные принципы должны закладываться в финансирование музеев. Разнообразие условий функционирования, непредсказуемость доходов не позволяют предложить сколько-нибудь универсального механизма государственной поддержки деятельности музеев. По-видимому, федеральные, региональные либо муниципальные власти (в зависимости от подчиненности организации) должны принимать решения по каждому отдельному музею, учитывая его специфику, обеспечивая при этом доступность его услуг для широких слоев населения.

По такой же схеме должны субсидироваться театры и концертные залы, находящиеся на бюджетном обеспечении (государственные академические, муниципальные). Здесь также должен достигаться компромисс между условиями функционирования организации и доступностью ее услуг для населения.

Государственная поддержка культуры не ограничивается только финансированием учреждений и организаций отрасли. Немалую долю в расходах занимает финансирование культурных программ. Здесь важно поддерживать и развивать конкурентную среду. По своим механизмам формирования и развития конкуренции не отличается от аналогичных механизмов в других отраслях. В конкурсах на выполнение заказа, финансируемого либо из бюджета, либо на доленой основе, должны на равных основаниях участвовать как государственные, так и негосударственные учреждения и организации.

2.5. Реформирование здравоохранения

2.5.1. Текущая ситуация и направления решения проблем здравоохранения в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.)

На ближайшие годы основной целью государственной политики в области здравоохранения по-прежнему остается улучшение состояния здоровья населения России на основе обеспечения доступности медицинской помощи путем создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг, виды, качество и объемы которых соответствуют уровню потребности в них, современному уровню медицинской науки, а также материальным и финансовым ресурсам, которыми располагает население и государство. Это определение целей государственной политики в области здравоохранения нашло свое отражение в среднесрочной правительственной Программе социально-экономического развития и, на наш взгляд, в наибольшей степени отражает сложность проблем, стоящих перед российским здравоохранением. Эта область социальной сферы в наибольшей степени отражает обострение противоречий характерного для прежнего СССР медицинского обслуживания, декларировавшего всеобщее равенство в доступе к качественным услугам на фоне достаточно низкого уровня материальной и технической обеспеченности лечебных учреждений, со сложившейся имущественной дифференциацией населения и с попытками создать рынок медицинских услуг.

Особенностью здравоохранения является многоканальность его финансирования: бюджеты всех уровней, внебюджетный фонд обязательного медицинского страхования, а также личные средства граждан. Это наглядно иллюстрируется данными *табл. 9*, в которой приведены некоторые показатели финансовой и социальной статистики, связанные со здравоохранением и медицинским обслуживанием населения Российской Федерации за ряд последних лет.

Таблица 9

Расходы на здравоохранение и медицинское обслуживание населения Российской Федерации (млн руб.)

	1997	1998	1999	2000
Расходы федерального фонда обязательного медицинского страхования (ОМС)	1146,0	1279,0	1969,0	
Расходы территориальных фондов ОМС	27834,0	30383,0	46017,0	
Расходы консолидированного бюджета на здравоохранение и физическую культуру		64400,0	103100,0	152500,0
Расходы населения на медицинское обслуживание	9573,0	12056,0	19826,0	
Индексы потребительских цен на медицинские услуги (декабрь к декабрю предыдущего года, %)		127,8	135,0	

Примечание. Данные *табл. 9* взяты из разных статистических сборников, и авторам не удалось получить полностью сопоставимой картины за все предыдущие годы. Однако целью авторов при формировании этой таблицы было не использование данных в дальнейших расчетах, а получение представления о пропорциях различных источников в финансировании здравоохранения. Данные о значении индексов потребительских цен на медицинские услуги приведены для иллюстрации того факта, что реальные объемы финансирования отрасли из всех источников имеют достаточно устойчивую тенденцию к росту, за исключением (по вполне понятным причинам) 1998 г.

Из приведенных данных видно, что в настоящее время платное медицинское обслуживание уже занимает значительное место в системе здравоохранения и имеет тенденции к укреплению своих позиций. Еще в большей степени это становится очевидно из анализа данных *табл. 10*.

Таблица 10.

Доля платной медицины в ВВП и расходах населения, %

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Доля в ВВП	0,11	0,19	0,26	0,39	0,45	0,44

Доля в конечном потреблении домохозяйств	0,19	0,31	0,42	0,60	0,66	0,70
Доля в расходах на потребление	0,25	0,39	0,52	0,76	0,81	0,84

Примечание. Расчеты произведены с использованием данных из сборника «Социальное положение и уровень жизни населения России» за 2000 г., а также данных выборочных обследований бюджетов домохозяйств за 1995-1999 гг.

Как видно из *табл. 10*, медицинское обслуживание относится к одной из немногих отраслей социальной сферы (наряду с образованием и культурой), рост платности услуг которых не смог переломить даже финансовый кризис 1998 г.

Однако уровень российских государственных гарантий в здравоохранении явно превосходит финансовые возможности как бюджетной и страховой систем, так и населения в целом. При этом следует отметить, что ни одна, даже самая экономически развитая страна в мире, не может предоставить всем своим гражданам равные возможности доступа к услугам, обеспеченным современными медицинскими технологиями. Поэтому ключевым вопросом государственной политики в здравоохранении является вопрос о регулировании этого неравенства. Для современной России проблема регулирования доступа населения к медицинским услугам стоит особенно остро в силу укоренившихся представлений и мифов о здравоохранении советского периода, сложной демографической ситуации и витального характера самих услуг отрасли. От решения этой проблемы коренным образом зависит успех попыток приблизиться к созданию единого социального пространства на территории России.

Подавляющая часть механизмов решения этой проблемы лежит в области финансово-экономического регулирования. Эти проблемы нашли свое отражение в Программе, предусматривающей обеспечить сбалансированность объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской и лекарственной помощи с финансовыми возможностями государства; завершить переход к финансированию медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь, предусмотренную программой обязательного медицинского страхования, за счет страховых источников; совершенствовать хозяйственный механизм функционирования системы здравоохранения.

2.5.2. Нерешенные проблемы в сфере здравоохранения

Как и другим отраслям социальной сферы, здравоохранению присуще большое количество льгот для пользователей его услугами, причем как в явном виде, определенных законодательно, так и льгот неявных, существующих в результате, например, региональной дифференциации возможностей медицинских учреждений, оказывающих услуги населению.

Наиболее общей льготой, которой пользуются все граждане России, является продекларированная Конституцией Российской Федерации бесплатность медицинского обслуживания в государственных и муниципальных медицинских учреждениях. Однако на практике население, проживающее в крупных городах, имеет, как правило, значительно большие возможности воспользоваться этой льготой по сравнению жителями малых городов и с сельским населением. Справедливость этого тезиса настолько очевидна, что не требует серьезных обоснований. Иллюстрацией может служить сопоставление возможностей жителей Москвы и Санкт-Петербурга с возможностями жителей соответственно Центрального и Северо-Западного районов воспользоваться услугами медицинских учреждений на примере данных за 1999 г. (см. табл. 11).

Таблица 11

Обеспеченность населения Москвы, Санкт-Петербурга, Центрального и Северо-Западного федеральных округов медицинскими кадрами, больничными койками и амбулаторно-поликлиническими учреждениями (на 10000 населения)

	Врачи	Средний медицинский персонал	Больничные койки	Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений в смену)
г. Москва	85	125	122	408
Центральный федеральный округ	54	113	122	281
г. Санкт-Петербург	75	111	101	330
Северо-Западный федеральный округ	58	104	105	295

Источник: «Социальное положение и уровень жизни населения России» за 2000 г.

Сложившаяся практика финансирования здравоохранения из бюджетных средств только усугубляет это неравенство, поскольку финансируется имеющаяся сеть медицинских учреждений. Не служит снижению уровня дифференциации и страховая система финансирования здравоохранения. Оплачиваемая теоретически оказанные медицинские услуги, система обяза-

тельного медицинского страхования, не имеет механизмов для преодоления неравенства в возможностях оказания этих услуг разномасштабными медицинскими учреждениями.

Помимо этого, здравоохранение России является, по-видимому, рекордсменом по количеству частных льгот для различных категорий и групп населения, что, в общем, является нарушением норм законодательства Российской Федерации, гарантирующих населению охрану здоровья независимо от принадлежности к определенным демографическим, социальным и имущественным группам. Наличие нечетко определенных границ между отдельными группами и категориями населения, имеющими разнообразные льготы в доступе к услугам здравоохранения, отсутствие прозрачных технологий государственного финансирования этих льгот создает предпосылки к неэффективному использованию бюджетных и страховых средств, что усиливает неравноправие граждан в потреблении услуг отрасли и практически сводит на нет реализацию принципа адресности, являющегося одним из основных в современной государственной социальной политике.

Предоставление различных льгот населению с использованием категориального подхода к их назначению (особенно связанных с государственным бюджетным софинансированием различных социальных расходов граждан) приводит к дотированию обеспеченных слоев населения. В полной мере это относится и к здравоохранению. Наиболее ярко такое положение проявляется в настоящее время в курортно-оздоровительной сфере. Возможности бюджетной системы и внебюджетных фондов по частичной оплате санаторно-курортного лечения не позволяют воспользоваться этой социальной услугой даже не самым бедным группам населения. В результате средства этих финансовых систем используются на дотирование вполне обеспеченных групп.

2.5.3. Предложения по решению проблем в области здравоохранения

Перспективы реформирования здравоохранения, по нашему мнению, связаны с реализацией нормативного (подушевого) метода финансирования здравоохранения, основывающегося на использовании системы социальных стандартов. В современных условиях при дефиците финансовых средств эта система может включать в себя минимальные стандарты, определяемые в результате компромисса между потребностями населения в оказании медицинских услуг и финансовыми возможностями бюджетной системы и системы обязательного медицинского страхования.

Сопоставление наполняющих минимальные стандарты финансовых нормативов с реальными возможностями региональных и местных бюджетов может быть одним из ориентиров в реализации межбюджетных отношений, а сопоставление возможностей учреждений здравоохранения с нормами оказания медицинских услуг населению – одним из критериев при формировании инвестиционной политики в здравоохранении. Принятие федерального закона «О государственных минимальных социальных стандартах» и использование последних при выравнивании бюджетной обеспеченности регионов позволит приблизиться к решению задачи создания на территории России единого социального пространства хотя бы в части медицинской помощи населению.

Задачей государственной политики в области здравоохранения должно стать разрешение противоречий между категориальным и адресным подходами при предоставлении льгот гражданам. Одним из способов решения этой задачи является персонификация объема оказываемых гражданам (включая льготные категории) бесплатных медицинских услуг в зависимости от их материального положения. Это потребует уточнения норм Конституции РФ и Основ законодательства РФ об охране здоровья.

Развитие страховых принципов в здравоохранении также нуждается в переходе на нормативное финансирование услуг, входящих в систему обязательного медицинского страхования (ОМС), а также в повышении эффективности управления страховыми финансами.

Эффективный рынок медицинских услуг с реальной конкурентной средой может быть создан только при условии развития добровольного медицинского страхования. Пользоваться системой добровольного медицинского страхования могут как граждане со своими личными средствами, так и работодатели, заключая договора страхования своих работников со страховыми компаниями. В последнем случае ограничением для работодателей может служить условие – объемы медицинских услуг, обеспечиваемых работникам, не могут быть ниже установленных государственными минимальными стандартами. Такое страхование работников должно являться неотъемлемой частью контракта, заключаемого работником с работодателем, или коллективного договора. В этой ситуации логично освободить работодателя от обязательных отчислений в фонд ОМС, что потребует корректировки налогового законодательства.

В перспективе при уточнении категорий граждан, пользующихся льготными видами медицинского обслуживания, которые финансируются государством из бюджетных средств, все льготы могут быть переведены в

денежную форму и консолидироваться на социальных счетах льготников, с условием строго целевого расходования средств. Этот механизм делает более прозрачными финансовые потоки в здравоохранении и повысит эффективность использования средств.

В настоящее время трудно рассчитывать на создание реальной конкурентной среды и полноценного рынка медицинских услуг в отрасли (за исключением обеих столиц и наиболее крупных городов) в силу сложившейся территориальной дифференциации возможностей медицинских учреждений, больших расстояний между населенными пунктами, значительной величиной транспортных расходов. Однако уже сегодня можно начинать реформирование с уничтожения административно-бюрократических барьеров, стоящих на пути намечаемых преобразований. Медицинские учреждения должны на практике получать средства из бюджета и от страховых компаний за оказанные населению услуги независимо от своих организационных форм и форм собственности, что соответствует нормам законодательства. При этом, естественно, должна быть усовершенствована деятельность по лицензированию и аккредитации медицинских учреждений. Страховые компании должны реально осуществлять контрольные функции за объемами и качеством оказываемых медицинскими учреждениями услуг. (Сегодня контроль сведен к формальному отслеживанию соответствия временных и стоимостных параметров медицинских услуг документально зафиксированным диагнозам. Главным критерием при проведении контроля должен быть результат оказания медицинских услуг.) В свою очередь население должно иметь возможность получать медицинские услуги, предусмотренные страховым полисом, в любом учреждении независимо от места проживания.

2.6. Развитие физической культуры и спорта

2.6.1. Текущая ситуация и направления решения проблем в области физической культуры и спорта в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002 – 2004 гг.)

В течение 1990-х развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации в целом отражало изменение социально-экономического положения в стране. Постепенное улучшение материального положения населения привело к росту его потребностей в услугах спортивных сооружений. Так, число плавательных бассейнов увеличилось с 2194 в 1991 г. до

2598 в 1998 г., или на 18,4% (в 2000 г. их насчитывалось 2512), спортивных залов – с 48,2 тыс. в 1993 г. до 54,9 тыс. в 2000 г., или на 13,9%. После заметного сокращения в начале – середине 1990-х гг. количества плоскостных спортивных сооружений (площадки и поля) – со 126,2 тыс. в 1991 г. до 80,7 тыс. в 1997 г. – в дальнейшем тенденция сменилась на противоположную, и в 2000 г. в стране насчитывалось уже 96,8 тыс. таких сооружений.

В разделе Программы, посвященном развитию физической культуры и спорта, предлагаются решения, которые связаны с обслуживанием населения, в то время как проблемы профессионального спорта в нем не рассматриваются. В качестве главной проблемы определено улучшение физической подготовленности и физического развития населения, для решения которой предлагается расширить возможности граждан заниматься физической культурой и спортом независимо от их доходов и благосостояния.

Программой предусмотрены мероприятия, направленные на решение этой задачи, в т.ч. вовлечение в массовую физическую культуру и спорт подрастающего поколения за счет совершенствования развития детско-юношеского спорта, расширение сети спортивных школ, создание физкультурно-оздоровительных и спортивных подростковых клубов по месту жительства.

Реализация этих мероприятий будет осуществляться в рамках соответствующих федеральных и региональных программ с финансированием их из бюджетов всех уровней.

2.6.2. Нерешенные проблемы в области физической культуры и спорта

Программой установлено, что развитие массовой физической культуры должно осуществляться в основном по месту жительства на региональном и, особенно, муниципальном уровнях. Не умаляя важности популяризации физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий, отметим необходимость развития спортивно-оздоровительной инфраструктуры и привлечения квалифицированных тренерских и медико-педагогических кадров, которое требует бюджетного финансирования. По нашему мнению, привлечение средств спонсоров и населения на эти цели в ближайшие годы не будет иметь решающего влияния. Коммерческие структуры предпочитают вкладывать средства в спорт высоких достижений (профессиональный), а услуги новых физкультурно-оздоровительных учреждений (например, фитнес-центров) достаточно дороги и ориентиро-

ваны на удовлетворение платежеспособного спроса домохозяйств с высоким уровнем доходов.

В силу этих причин решающую роль в развитии массовой физкультуры и спорта, ориентированного на основную массу населения, будут играть средства бюджетов. Следовательно, определяющим фактором достижения поставленной перед отраслью цели так же, как в большинстве отраслей социальной сферы, явятся качество межбюджетных отношений и целевое использование выделенных средств.

2.6.3. Предложения по решению проблем в области физической культуры и спорта

Принятие федерального закона «О государственных минимальных социальных стандартах» и постановления Правительства РФ, утверждающего натуральное и соответствующее финансовое наполнение этих стандартов, позволит реализовать нормы Бюджетного кодекса РФ, реализующие нормативный подход в межбюджетных отношениях, и повысить объективность процесса финансирования массовой физической культуры и спорта в регионах.

Одновременно необходимо совершенствовать налоговое законодательство в сторону стимулирования финансовой поддержки массовой физической культуры коммерческими структурами (возможно, соответствующие аналоги могут быть найдены).

2.7. Трудовые отношения и занятость населения

2.7.1. Текущая ситуация и направления решения проблем трудовых отношений и занятости населения в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.)

В ходе рыночных преобразований в Российской Федерации вплоть до 1998 г. численность занятых в экономике страны постоянно уменьшалась: если в 1990 г. она составила 75,3 млн чел., то в 1998 г. – 63,6 млн чел. В дальнейшем экономический подъем стал фактором увеличения численности занятых, и в начале октября 2001 г. сфера регулирования трудовых отношений охватывала 45,2% населения России (в начале октября 2001 г. из 144,2 млн ее жителей в экономике было занято 65,2 млн чел.). В посткризисный период количество занятых стало постепенно увеличиваться, и тем

самым значимостью проблемы адекватного рыночным условиям регулирования трудовых отношений возросла (табл. 12).

Таблица 12

**Занятость и безработица в Российской Федерации
в 1990-е – начале 2000 гг.**

1	Показатель	Значение показателя
2	3	
1.	Среднегодовая численность занятых в экономике, тыс. чел.	
1.1.	1990 г.	75325
1.2.	1995 г.	66441
1.3.	1998 г.	63642
1.4.	2000 г.	64700
1.5.	2001 г. (на 1 октября)	65200
2.	Уровень занятости населения России, % к общей численности наличного населения на начало года	
2.1.	1990 г.	50,9
2.2.	1995 г.	44,8
2.3.	1998 г.	43,3
2.4.	2000 г.	44,4*
2.5.	2001 г. (на 1 октября)	45,2*
3.	Численность зарегистрированных безработных, тыс. чел.**	
3.1.	1992 г.	578
3.2.	1995 г.	2327
3.3.	1999 г.	1263
3.4.	2001 г. (на 1 октября)	997

Таблица 12 продолжение

	Показатель	Значение показателя
4.	Уровень регистрируемой безработицы, % экономически активного населения	
4.1.	1992 г.	0,77***
4.2.	1995 г.	3,28***
4.3.	1999 г.	1,89***
4.4.	2001 г. (на 1 сентября)	1,4****

*К численности постоянного населения.

**В таблицу сознательно не включены данные по общей численности безработных, поскольку находятся вне сферы трудовых отношений и рынка труда и являются скорее объектом государственной политики социальной защиты населения.

***К экономически активному населению, определенному по данным выборочных обследований населения по проблемам занятости.

****К экономически активному населению, определенному по балансу трудовых ресурсов.

Примечание. Расчеты проведены с использованием данных официального издания Госкомстата России «Социальное положение и уровень жизни населения России», М., 2000, сс.30, 65, 69, сборников Госкомстата России «Социально-экономическое положение России». «Январь 2001 г.», М., б/г., с.233 и «Январь – октябрь 2001 г.». М., б/г, сс. 235, 244, 247 и бюллетеня Минтруда России «Основные показатели деятельности органов Минтруда России по вопросам занятости населения в январе – августе 2001 года. Статбюллетень № 8». М., 2001, с.

Второй крупной проблемой стало появление в стране в 1990-е гг. безработных, часть из которых (официально зарегистрированные в органах государственной службы занятости) входят в поле государственной политики занятости.

До конца 2001 г. сфера трудовых отношений оставалась в России областью, которая формально регулировалась социалистическим по своей природе Кодексом Законов о Труде (КЗоТ), принятым еще в 1971 г. Фактически же отношения между работником и работодателем с началом рыночных реформ развивались по новой, не формализованной в полной мере модели. В результате стали возможными нарушения прав как работников, так и работодателей. Можно, например, обратить внимание на такие аномальные явления в трудовой сфере 1990-х гг., как занятость работников в режиме неполного рабочего времени и их нахождение в административных отпусках без сохранения содержания, с одной стороны, и невозможность проведения работодателем эффективной кадровой политики, с другой стороны.

В результате во многих случаях формально действующие, но фактически не работающие нормы старого КЗоТ стали заменяться неформальными отношениями, устными договоренностями между работодателями и работниками по поводу прав и обязанностей каждой из сторон в трудовом процессе. Недостатки этой модели регулирования трудовых отношений были очевидны и не нуждались в специальных комментариях.

Следует отметить, что в течение 1990-х гг. развитие трудового законодательства в Российской Федерации было в целом слабо связано с процессами, происходящими в экономике. Отсутствие взаимосвязи и согласованных целей между правовыми и экономическими механизмами, использование различного понятийного аппарата, постановка не согласующихся друг с другом, а порой и взаимоисключающих задач приводит к достаточно низкой эффективности правового регулирования в сфере труда, отсутствию экономически обоснованных правовых позиций. Это, в свою очередь, вело к снижению результативности проводимых реформ в соци-

альной сфере, вызывало многочисленные нарушения трудовых прав работников, порождало безынициативность работников, отсутствие у них интереса к деятельности организации. В свою очередь, и у работодателей не было стимулов к созданию новых рабочих мест и, в конечном итоге, к инвестированию в производство.

Кодекс Законов о Труде 1971 г. в свое время сыграл положительную роль в развитии системы трудовых правоотношений, однако уже в начале 1990-х гг. он перестал отвечать задачам, поставленным новыми рыночными условиями, и фактически утратил способность, влиять на процессы, происходящие на рынке труда. Прежде всего, это связано с тем, что Кодекс был рассчитан на применение на крупных промышленных предприятиях-гигантах. Он должен был регулировать трудовые отношения в условиях административной системы, основанной на государственной форме собственности. При этом применялись почти исключительно методы централизованного регулирования трудовых отношений.

В связи с этим, подавляющее большинство норм КЗоТ носило императивный характер, и положение работников, в соответствии со статьей 5 КЗоТ, не могло быть изменено ни в худшую, ни даже в лучшую сторону, чем предусматривало действовавшее законодательство. Заключение трудового договора было достаточно формализовано, так как его стороны были лишены договорной свободы и, по существу, лишь информировали друг друга о закрепленных в законодательстве правах и обязанностях.

Коллективные договоры заключались на основе директивных писем, рассылавшихся министерствами и ведомствами совместно с центральными или республиканскими комитетами профсоюзов. В них определялись основные направления коллективных договоров в следующем году с учетом конкретных задач данной отрасли народного хозяйства.

Начиная со второй половины 80-х гг., началось постепенное реформирование трудового законодательства путем внесения в него изменений и дополнений. Однако целостный акт так и не был создан. В значительной мере кризисное состояние правового регулирования трудовых отношений в 1990-е гг. объяснялось и отсутствием в законодательстве четкого механизма реализации заложенных в нем принципов и гарантийных норм. Все это вызывало настоятельную потребность в разработке и принятии нового Трудового кодекса, с тем, чтобы существующие пробелы и противоречия были преодолены.

5 июля 2001 г. Государственная Дума Федерального Собрания РФ приняла в первом чтении согласованный вариант проекта нового Трудово-

го кодекса Российской Федерации. Этот вариант возник после проведения длительных консультаций между Правительством, различными депутатскими группами и профессиональными союзами. В окончательном варианте новый Трудовой кодекс Российской Федерации был принят Государственной Думой 21 декабря 2001 г., одобрен Советом Федерации 26 декабря 2001 г. и подписан Президентом Российской Федерации 30 декабря 2001 г. (N 197-ФЗ).

Несомненным достоинством нового Трудового кодекса является то, что он создает благоприятные условия для функционирования основных агентов рынка труда – работников и работодателей и их представителей, профессиональных союзов и объединений работодателей. В нем достаточно четко и ясно прописана и роль государства, как одного из регуляторов в сфере рынка труда, поскольку именно государство стимулирует стороны к использованию процедур социального партнерства, обеспечивает исполнение норм законодательства о труде, создает условия для создания и инвестирования производства, выхода трудовых отношений из теневой сферы, устанавливает защитные нормы. В Трудовом кодексе нашли отражение вопросы разграничения компетенции между Российской Федерацией и ее субъектами при соблюдении единого уровня минимальных гарантий гражданам в трудовой сфере.

Удачным представляется возврат к паритетным началам создания и деятельности комиссии по трудовым спорам, действующей в организации.

В целом можно отметить, что новый Трудовой кодекс ориентирован на достижение компромисса при регулировании трудовых отношений, а не стремится защищать интересы одной стороны за счет интересов другой.

Значительное место в нем уделено вопросам индивидуально-договорного регулирования трудовых правоотношений. При заключении индивидуальных трудовых договоров работник и работодатель имеют возможность максимально конкретизировать условия труда, исходя из интересов работника и интересов работодателя, включить туда максимальное число условий, удовлетворяющих требованиям обеих сторон такого договора.

Вместе с тем, Трудовой кодекс предусматривает, что никто не может быть ограничен в трудовых правах и свободах или получать какие-либо преимущества при их реализации в зависимости от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, возраста, места жительства, отношения к религии, политических убеждений, принадлежности или непринадлежности к общественным объ-

единениям, а также от других обстоятельств, не связанных с деловыми качествами, в том числе при доступе к работе, в оплате труда и других условиях труда. Таким образом, запрещается дискриминация при заключении индивидуальных трудовых договоров.

Однако законодатель оставил сторонам право для маневра, поскольку предусматривает, что не являются дискриминацией различия, исключения, предпочтения и ограничения, которые определяются свойственными данному виду труда требованиями, установленными федеральным законом, либо обусловлены особой заботой государства о лицах, нуждающихся в повышенной социальной и правовой защите.

С вопросом гибкости регулирования трудовых отношений тесно связана проблема возможности заключения с работниками срочных трудовых договоров. Предоставление такой возможности является выгодным для работодателя. Он приобретает возможность регулировать численность работников, особенно в условиях экономических спадов, получает возможность максимально оперативно избавиться от нерадивого работника.

В то же время работник заинтересован в стабильности трудовых отношений, он должен быть уверен в завтрашнем дне и гарантирован от необоснованных увольнений. Именно поэтому, учитывая мировой опыт и сложившуюся практику, проект предусматривает, что срочные трудовые договоры не могут быть заключены произвольно. Трудовой кодекс определяет, что срочный трудовой договор заключается в случаях, когда трудовые отношения не могут быть установлены на неопределенный срок с учетом характера предстоящей работы или условий ее выполнения.

Сильные и слабые места нового Трудового кодекса неоднократно описывались экспертами. При этом последние являются своеобразным продолжением первых. Например, документ содержит важное политическое и экономическое требование о том, чтобы минимальная заработная плата не должна была ниже прожиточного минимума трудоспособного человека (этот минимум, в свою очередь, подлежит периодической индексации), но пути ее повышения до данного уровня не определены. О высокой экономической цене решения этой проблемы свидетельствует тот факт, что, например, в 1999 г. около 40% занятых в экономике России имели заработную плату ниже прожиточного минимума. Однако для повышения ее до уровня прожиточного минимума потребовалось бы около 170 млрд руб. (приблизительно 3,7% ВВП).

Весьма прогрессивной представляется заложенная в новый Трудовой кодекс норма об ответственности работодателей за нарушение сроков вы-

платы заработной платы⁵. Между тем такая проблема действительно имеет право на постановку: к началу ноября 2001 г. величина просроченной задолженности по заработной плате, хотя и уменьшилась по сравнению с тем же периодом прошлого года почти на 8,8%, но составила 34,7 млрд руб., или более 533 руб. в расчете на одного занятого в экономике. Данная проблема является весьма актуальной, однако при ее решении основной упор должен быть сделан на устранение самого явления, а не на предотвращение его последствий.

Это объясняется неэффективностью финансовых санкций по отношению к работодателям, поскольку, во-первых, их применение может привести к банкротству или закрытию предприятий, что повлечет за собой высвобождение большого числа занятых работников и увеличение выплат безработным и, во-вторых, такие санкции заведомо неэффективны для бюджетных организаций – школ, больниц, научных институтов, предприятий оборонной отрасли промышленности, так как в данном случае государство будет вынуждено применять установленные санкции к самому себе, изымая деньги как из федерального, так и из местных бюджетов.

Новый Трудовой кодекс исходит из того, что система социального партнерства – это наиболее эффективный способ достижения социального мира, поддержания оптимального баланса интересов работодателей и работников, обеспечения стабильности гражданского общества. Именно поэтому в нем значительное внимание уделено вопросам социального партнерства, его принципам и формам.

Некоторые вопросы по применению норм трудового права, изданию локальных актов, решаются после проведения консультаций с представительными органами работников. Консультации с представительными органами работников являются важной формой социального партнерства, так как позволяют его сторонам согласовать свои позиции и придти к соглашению, не прибегая к таким крайним мерам, как забастовка, приостановка работы, массовые увольнения работников.

Новый Трудовой кодекс предусматривает возможность использования и такой формы социального партнерства, как участие работников в управ-

⁵В брошюре «Правовое обеспечение экономических реформ в России. Социальная сфера» (М., ГУ – ВШЭ, 2000) авторы предлагали разработать Федеральный закон «О реструктуризации задолженности предприятий и организаций по выплате заработной платы», включив в него положения, определяющие механизм формирования рынка ценных бумаг предприятий, невозможность погашения которых означает автоматическое обращение взыскания на их материальные и денежные активы.

лении организацией. Включение данной формы социального партнерства в Трудовой кодекс представляется достаточно актуальным, поскольку предоставляет работникам возможность использовать все способы для поиска социального мира и приемлемых для обеих сторон трудового правоотношения компромиссов.

Следует также отметить, что новый Трудовой кодекс уделяет основное внимание двустороннему сотрудничеству при коллективно-договорном регулировании социально-трудовых отношений. Государству отводится роль наблюдателя и арбитра.

2.7.2. Нерешенные проблемы трудовых отношений и занятости населения

Принципиальной особенностью нового Трудового кодекса является следование в нем принципам коллективного контрактирования, когда работодатель строит свои отношения с «коллективным работником». Соответственно этой системе выстраивается схема гарантирования прав работника. Между тем в нем недостаточное внимание уделено системе индивидуальных трудовых договоров (контрактов), которые способны обеспечить более высокий уровень защиты экономических и социальных прав работника в зависимости от его реального трудового вклада. По нашему мнению, это – серьезный и принципиальный недостаток нового Трудового кодекса, нуждающийся в устранении, а позиция профсоюзов, считающих, что сфера индивидуального контрактирования будет ограниченной, представляется нам ошибочной. Неизбежность развития индивидуальных трудовых контрактов (договоров) объясняется существенным расширением форм организации трудовой деятельности после прекращения функционирования государства в качестве основного работодателя и в условиях диверсификации видов экономической деятельности.

Помимо регулирования экономических и социальных прав работника в его взаимоотношениях с работодателем государство несет ответственность и за проведение государственной политики занятости в целом, а также за социальную защиту безработных. В современных условиях требуется внесение серьезных изменений в один из самых первых «рыночных» законов «О занятости населения в Российской Федерации», первая версия которого была принята еще в 1991 г.

На протяжении всего периода реформ российское государство практически не ставило своей задачей выработать целостную концепцию регулирования занятости и рынка труда, сосредоточив внимание лишь на одном

объекте этого регулирования – организованном рынке труда. В результате за пределами регулирующего воздействия государства (даже косвенного) оказалась преобладающая часть рынка труда, невостребованное предложение труда на котором рассчитывается по методологии МОТ.

Отсутствие целостной концепции государственной политики занятости отчасти было компенсировано регулярной разработкой федеральных целевых программ содействия занятости населения. В эти программы, наряду с целевыми разделами, содержащими количественные оценки динамики регистрируемой безработицы и планируемых традиционных мероприятий в рамках службы занятости, включаются также разделы, характеризующие влияние на занятость макроэкономических факторов, перспективы развития рынка труда, направления повышения качества рабочей силы и т.п. Положительную роль сыграли также принятые Правительством РФ Генеральная схема и программы создания и сохранения рабочих мест, механизм реализации которых ориентирован на целенаправленное использование инструментов инвестиционной, налоговой, кредитной, внешнеэкономической политики при решении проблемы расширения спроса на рабочую силу и совершенствование отраслевой структуры занятых как в масштабах страны в целом, так и отдельных ее регионов.

2.7.3. Предложения по решению проблем трудовых отношений и занятости населения

Нынешняя пирамида трудовых отношений, основанием которой служат коллективные договора, а вершиной – индивидуальные трудовые договора, может быть перевернута. При этом новая фигура не обязательно будет пирамидой: работодатель и «коллективный работник» могут ее достраивать или не достраивать, соответственно заключая, либо не заключая коллективные договора.

Преимущества индивидуальных трудовых договоров как основы трудовых отношений очевидны. Именно при их заключении работодатель имеет возможность купить рабочую силу подешевле, а работник – продать ее подороже, исходя из реального соотношения между спросом и предложением на рынке труда. Эти договора учитывают индивидуальные характеристики работника, и нет никакой трагедии в том, что уровни оплаты работников, занимающих одни и те же должности на предприятии или в организации будут различаться в несколько раз. В конце концов – право работодателя определять, трудовой вклад какого из работников выше.

В данной системе высока роль субъективного фактора, и кажется, что права работников могут быть ущемлены. Но здесь на страже интересов работника выступают государственные структуры, контролирующие соблюдение установленных федеральным законодательством гарантий в трудовой сфере, организующие в случае необходимости административное и судебное преследование работодателей, которые не предоставляют эти гарантии. В новом Трудовом кодексе эти гарантии (наряду с ответственностью самого работника) прописаны достаточно подробно.

Против предлагаемой схемы индивидуализации трудовых отношений работника с работодателем может быть выдвинуто возражение, что она рассчитана в первую очередь на высококвалифицированных работников, в принципе и не нуждающихся в поддержке со стороны профсоюзов. Нам кажется, что это не так: если не стремиться к подтягиванию отстающих в профессиональном отношении работников к продвинутым, то и в будущем в экономике сохранится существенный разрыв в условиях и оплате труда, существенные отличия в трудовой мотивации и поведении наемных работников.

Наконец, преимуществом индивидуальных трудовых договоров является возможность включения в них различных положений, определяющих, например, требований работодателя к работнику по повышению квалификации последнего, равно как и гарантии карьеры работнику в организации.

В данной схеме профсоюзы имеют свое место, но занять его они смогут при достаточно резком изменении своих функций. Они могут защищать права работников от их дискриминации работодателем, стремящимся уменьшить масштабы и объемы своих обязательств (напомним, что они во всех случаях не могут быть ниже установленных федеральным законодательством).

В совершенно ином виде предстают теперь и действия профсоюзов по защите прав «коллективного работника». Пожалуй, одним из наиболее ярких примеров таких действий может стать разработка некоторых общих правил защиты прав наемных работников в период экономического спада и превышения предложения рабочей силы над спросом на нее на рынке труда. Впрочем, возможен и иной вариант решения данной проблемы, когда соответствующие нормы будут включены в Трудовой кодекс и станут обязательными для всех без исключения работодателей.

Обратим внимание также и на то, что новая схема трудовых отношений не только не снизит, но и, скорее всего, повысит степень защиты прав наемного работника, хотя бы потому, что вся система их гарантирования

приобретает формализованный характер. Три ее составные части – государственные гарантии, индивидуальные трудовые договора (контракты) и система трудового арбитража. По желанию в эту схему можно встраивать и профсоюзы.

Трудовой кодекс будет соблюдаться только тогда, когда будет востребован всеми заинтересованными сторонами – работниками и их объединениями (и, прежде всего, профессиональными союзами), а также работодателями и их объединениями. Трудовой кодекс будет нужен тогда, когда сильное государство сможет обеспечить эффективные механизмы защиты трудовых прав посредством функционирования сильной судебной власти, наличия действенных способов разрешения индивидуальных и коллективных трудовых споров, методов осуществления надзора и контроля за соблюдением законодательства о труде и охране труда.

Что касается государственного регулирования занятости населения и рынка труда, то оно должно выражаться прежде всего в создании и использовании комплекса институциональных и экономических условий, организационных и нормативно-правовых механизмов, позволяющих осуществлять целенаправленное воздействие на динамику основных параметров трудовой сферы в соответствии со стоящими перед обществом стратегическими и тактическими задачами ее развития. Стратегической целью этой политики в соответствии с трактовкой Конвенции 122 МОТ является содействие полной, продуктивной и свободно избранной занятости. При этом содействие полной занятости, которое понимается как ответственность государства за создание максимально благоприятных условий для обеспечения работой всех, кто ее ищет и готов работать, должно стать неотъемлемой составной частью стратегических целевых установок государства. Стратегическая цель обеспечения полной, продуктивной и свободно избранной занятости реализуется во взаимодействии политики занятости и политики на рынке труда.

Основная цель политики занятости на современном этапе становления рыночных отношений в России заключается в том, чтобы в максимальной степени содействовать реализации права граждан на труд при переходе к эффективной занятости. При этом в основу положений Закона «О занятости...» должен быть положен принцип интеграции политики в области занятости в общую систему макроэкономической политики государства, а приоритетов развития занятости – в систему национальных приоритетов.

Следует иметь в виду, что в большинстве статей Закона «О занятости...», раскрывающих механизмы реализации политики занятости в це-

лом, не могут прописываться нормы прямого действия. Речь идет о методах косвенного регулирования, определяющих порядок согласования целей и задач политики занятости с другими направлениями макроэкономической политики при разработке как общей программы социально-экономического развития, так и частных программ. В связи с изложенным на законодательном уровне должны быть зафиксированы:

- a) признание улучшения ситуации в сфере занятости в качестве одной из общенациональных задач развития, за решение которой несут ответственность государство в целом и отдельные структуры исполнительной власти;
- b) функциональная структура регулирования занятости по горизонтали и вертикали и уровни ответственности за его осуществление;
- c) механизмы «встраивания» политики занятости в систему макроэкономического регулирования;
- d) использование программного метода реализации политики занятости.

При разработке механизмов реализации политики на рынке труда в Законе «О занятости...» необходимо руководствоваться принципами:

- a) приоритета мер содействия трудоустройству в рамках активной политики на рынке труда и приоритета активных мер этой политики по отношению к мерам материальной поддержки безработных;
- b) солидарной ответственности государственной службы занятости, работодателей и работников за реализацию мер, направленных на трудоустройство незанятого населения;
- c) дифференцированного подхода к установлению норм социальной поддержки безработных в зависимости от широкого круга критериев (стаж работы, заработок, наличие иждивенцев, сроки и размеры обязательного страхования на случай потери работы).

Основные вопросы, которые должны решаться в разделе Закона «О занятости...» применительно к государственному регулированию рынка труда, могут быть сгруппированы в три блока».

Первый блок включает всю функциональную деятельность государственной службы занятости по предоставлению соответствующих услуг лицам, непосредственно обратившимся за помощью в трудоустройстве. Необходимо уточнить функции и полномочия службы занятости, направ-

ления ее взаимодействия с другими структурами исполнительной власти. Порядок регистрации безработных, критерии подходящей работы, приоритеты профессиональной подготовки в рамках службы занятости, условия привлечения безработных граждан к работам временного характера, включая общественные работы. В рамках деятельности служб занятости на федеральном и региональном уровнях будут прописаны особенности использования программных методов при регулировании рынка труда.

Второй блок определяет правила поведения участников рынка труда (работодателей и работников) и порядок их взаимодействия со службой занятости. При этом потребуются придание большей определенности некоторым правовым нормам, определяющим ответственность работодателей за соблюдение порядка трудоустройства и высвобождение рабочей силы, а работников – за активное участие в трудоустройстве и получение пособия в соответствии с установленными правилами.

Третий блок охватывает систему социальных гарантий и компенсаций, которые прописываются в законе нормами прямого действия. При подготовке нового закона необходимо уточнить контингенты безработных граждан, на которых распространяются социальные гарантии, а также размеры соответствующих денежных пособий и компенсаций⁶.

Результаты сопоставления необходимых затрат в базовом варианте (в условиях действия Закона РФ «О занятости населения в Российской Федерации» в редакции 1998 г.) и в случае принятия предлагаемого нами варианта закона представлены в *табл. 13*.

Таблица 13

⁶В 2001 г. Институтом социальной политики и социально-экономических программ ГУ – ВШЭ разработан проект нового Федерального закона «О занятости населения в Российской Федерации», включающего, наряду с общими положениями, главы, в которых определяются права граждан в области занятости и государственная политика занятости; полномочия органов законодательной и исполнительной власти по разработке и проведению государственной политики занятости; участие работодателей и профессиональных союзов в проведении государственной политики занятости; органы содействия занятости населения; федеральная, территориальные целевые и отраслевые программы содействия занятости населения; порядок взаимодействия ищущих работу граждан и работодателей с федеральной государственной службой занятости населения; основные направления содействия занятости населения, а также направления материальной поддержки безработных граждан.

**Результаты прогноза дополнительных бюджетных затрат
на финансирование государственной политики занятости на 2001 г.**

Прогнозируемые показатели	Результаты прогноза, млн руб.	
	Действующий закон	Предлагаемый закон
1	2	3
1. Прогнозируемые дополнительные бюджетные затраты на материальную поддержку безработных	10954,5	10737,4
1.1. В том числе на выплату пособий по безработице	10295,5	10091,5
2. Прогнозируемые дополнительные бюджетные затраты на реализацию программ активной политики занятости	2738,6	2522,9
3. Прогнозируемые дополнительные бюджетные затраты на содержание службы занятости	2738,6	2522,9
4. Суммарные прогнозируемые дополнительные бюджетные затраты на финансирование государственной политики занятости в целом	16431,7	16106,1

Полученные результаты свидетельствуют о том, что предлагаемый вариант закона «О занятости ...» не требует дополнительных затрат (во всяком случае, значительных) по сравнению с базовым вариантом. При этом, необходимо заметить, что авторы нового законопроекта сознательно пошли на некоторое завышение затрат на реализацию нового законодательства о занятости, не учитывая ряд его положений, а также некоторые организационные моменты, каждое из которых может хоть и незначительно, но уменьшить бюджетные расходы. Так, изменение профессионально-квалификационного состава безработных повысит, по-видимому, долю безработных, получающих пособие в минимальных размерах. К этому же результату должно привести ужесточение порядка выплаты пособий лицам, уволившимся по собственному желанию, а также по отношению к лицам, имеющим право на трудовую пенсию. Некоторые мероприятия, связанные с реорганизацией служб занятости, должны несколько уменьшить затраты на их содержание.

Что касается источников финансирования дополнительных бюджетных затрат на реализацию нового закона о занятости, то один из вариантов деления этих затрат между федеральным бюджетом и субфедеральными бюджетами представлен в *табл. 14*. В этом варианте из федерального бюджета предполагается финансирование материальной поддержки безработных, а также стипендий учащимся при реализации программ обучения, переобучения и профессионального перепрофилирования безработных, а финансирование всех прочих затрат – из региональных и муниципальных бюджетов.

Таблица 14

Прогнозируемое распределение дополнительных бюджетных затрат на реализацию государственной политики занятости между уровнями бюджетной системы на 2001 г. (для предлагаемого варианта)

Уровень бюджетной системы РФ	Прогнозируемые дополнительные затраты (млн руб.)
1	2
Федеральный бюджет	11075,6
Консолидированные бюджеты субъектов Федерации	5030,5

Наиболее сложный для федерального бюджета вариант может предусматривать финансирование государственной политики занятости полностью из федерального бюджета. В этом случае увеличение расходной его части достигнет почти 2%, что, на наш взгляд, является хотя и допустимым, однако практически мало реальным.

Поскольку по результатам проведенных расчетов можно сделать вывод о практической идентичности размеров дополнительных затрат на реализацию как базового, так и предлагаемого закона «О занятости ...», вопрос об эффективности нового законодательства нецелесообразно, на наш взгляд, увязывать с дополнительными затратами, необходимыми на его реализацию. Ответ на него лежит в содержательной интерпретации результатов прогнозов рынка труда и занятости в стране.

Важным моментом при реализации нового законодательства о занятости будет полное и своевременное финансовое обеспечения государственной политики занятости в соответствии с нормами этого законодательства. Возможность достижения этой цели в условиях значительной централизации финансовых ресурсов зависит от ряда условий, включая наличие:

- достоверных данных о реальном состоянии региональных рынков труда и данных научно обоснованных среднесрочных прогнозов;
- регионально дифференцированной нормативной базы для финансирования мероприятий государственной политики занятости;
- механизмов бюджетных технологий, позволяющих исключительно целевое использование финансовых средств, а также обеспечивающих оперативное реагирование на возникновение негативных тенденций на региональных рынках труда.

Для выполнения первого условия необходима организация мониторинга региональных рынков труда, который может проводиться силами

органов статистики и научных организаций Минтруда и Минэкономразвития России.

В качестве прогнозных данных о численности безработных в субъектах Российской Федерации могут быть использованы результаты, полученные специалистами Института макроэкономических исследований Минэкономразвития России и приведенные в данной работе. Эти данные должны ежегодно уточняться с учетом реальных процессов в макроэкономике и реалий социально-экономического развития регионов.

В качестве нормативной базы для организации межбюджетных отношений в процессе финансирования из федерального бюджета пособий по безработице и стипендий безработным, участвующим в программах переобучения и профессионального перепрофилирования, должны быть использованы регионально дифференцированные значения прожиточного минимума и сложившиеся в регионах средние уровни заработной платы. Средства, закладываемые в федеральный бюджет на эти цели, должны учитывать также прогнозируемую региональную дифференциацию среднего времени поиска работы безработными.

Целевое использование средств обеспечивается их прохождением через региональные структуры Федерального казначейства Российской Федерации. Кроме того, средства, перечисляемые субъектам Российской Федерации из федерального центра для финансирования государственной политики занятости, не должны входить в состав трансферта, предназначенного для выравнивания бюджетной обеспеченности населения регионов. Средства, предназначенные для компенсационных выплат, должны выделяться регионам в виде субвенций и расходоваться только на эти цели. При возникновении в регионе остатков этих средств по итогам финансового года, последние должны переходить на следующий финансовый год и учитываться в расчетах соответствующих субвенций из федерального центра.

Средства для финансирования стипендий обучающимся (при принятии варианта распределения затрат между уровнями бюджетной системы, приведенного в *табл. 8*) безработным должны поступать в виде субсидий и перечисляться казначейством региональным службам занятости в полном объеме только при условии полного финансового участия консолидированного бюджета региона в финансировании остальных расходных статей, предусмотренных этой программой занятости.

Для обеспечения финансовых гарантий федерального центра регионам на случай возникновения непрогнозируемых негативных явлений на регио-

нальных рынках труда в составе резервного фонда Правительства Российской Федерации должен быть страховой фонд, предназначенный исключительно для финансирования мероприятий государственной политики занятости в экстремальных ситуациях. Анализ статистики региональных рынков труда за последние годы позволяет определить размеры этого фонда, которые должны составлять не более 10% (примерно 111 млн руб. на начало 2001 г.) от обязательств федерального центра. При невостремительности средств этого страхового фонда размеры могут ежемесячно уменьшаться на 1/12 часть.

В среднесрочной перспективе, по-видимому, имеет смысл вернуться к предложению о законодательном восстановлении страховых принципов формирования финансовых ресурсов на выплату пособий по безработице с сохранением за федеральным и региональным бюджетами функций финансирования мероприятий активной политики занятости⁷.

2.8. Социальная поддержка населения

2.8.1. Текущая ситуация и направления решения проблем социальной поддержки населения в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.)

Актуальность проблемы создания эффективной системы социальной поддержки нуждающихся домохозяйств и ее правового обеспечения объясняется тем, что в настоящее время в Российской Федерации сохраняется высокий уровень бедности (табл. 11), причем многие из бедных домохозяйств в силу возрастных, профессионально-квалификационных и иных

⁷В период подготовки настоящей работы Министерством труда и социального развития Российской Федерации и Министерством финансов Российской Федерации был подписан совместный Приказ об утверждении Положения о финансировании мероприятий по содействию занятости населения и социальной поддержке граждан за счет средств федерального бюджета от 25 марта 2002 г. № 57/21н, которым, в частности, установлен конкурсный порядок отбора исполнителей мероприятий по содействию занятости населения – организации ярмарок вакансий и учебных рабочих мест, информирование населения и работодателей о положении на рынке труда, организация общественных работ, организация временного трудоустройства несовершеннолетних граждан в возрасте от 14 до 16 лет, социальная адаптация безработных граждан на рынке труда, оказание содействия самозанятости населения, профессиональное обучение безработных граждан.

характеристик их членов не могут повысить уровень своих доходов самостоятельно. Вторым важным моментом является несоответствие между уровнями физических возможностей членов домохозяйства и их бедности. Так, в 1999 г. наименьшим уровень бедности был среди лиц старше трудоспособного возраста, а наивысшим – среди детей (соответствующие данные также приведены в *табл. 15*). В перспективе следствием этого может стать рост социальной напряженности в российском обществе.

Таблица 15

Уровень нуждаемости домохозяйств в Российской Федерации

	Показатель	Значение показателя
1	2	3
1.	Численность населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, млн чел.	
1.1.	1992 г.	49,7
1.2.	1997 г.	30,7
1.3.	1999 г.	43,8

Таблица 15 продолжение

	Показатель	Значение показателя
2.	Доля молодежи в возрасте от 16 до 30 лет в общей численности населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума, %	
2.1.	1992 г.	17,7
2.2.	1997 г.	19,4
2.3.	1999 г.	20,5
3.	Индекс локализации бедности по основным возрастным группам населения в 1999 г. (отношение доли населения данной возрастной группы с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума в общей численности населения с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума в 1999 г. к доле населения данной возрастной группы в общей численности населения на начало 2000 г.)	
3.1.	Дети до 15 лет	1,25
3.2.	Молодежь в возрасте от 16 до 30 лет	0,91
3.3.	Мужчины до 60 лет и женщины до 55 лет	1,04
3.4.	Мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет	0,70

Примечание. Расчеты проведены с использованием данных официального издания Госкомстата России «Социальное положение и уровень жизни населения России», М., 2000, сс. 36, 183

По данным выборочного обследования Госкомстатом России бюджетов домашних хозяйств в IV квартале 2001 г., несмотря на некоторое улучшение ситуации, доля домохозяйств со среднедушевыми денежными доходами ниже величины прожиточного минимума по-прежнему сохранялась на достаточно высоком уровне, достигая 35,5% (при элиминировании фактора перераспределения доходов в домохозяйствах эта доля среди всего обследуемого населения оказалась существенно выше, составив 42,2%). При этом наибольший уровень бедности был зафиксирован в следующих типах домохозяйств: 1) по месту проживания – у проживающих в сельской местности (доля домохозяйств с доходами ниже величины прожиточного минимума составила 47,7%); 2) у полных семей – у супругов с 3 и более детьми и другими родственниками (соответственно 85,7%); 3) у неполных семей – также в неполных семьях с 3 и более детьми и другими родственниками (89,5%). Обращает на себя внимание относительно невысокий уровень бедности в домохозяйствах неработающих пенсионеров (24,8%) и одиночек нетрудоспособного возраста (15%).

Что касается категорий населения, то повышенный уровень бедности наблюдается у лиц, проживающих в сельской местности (57,9%), временно неработающих (59,5%), получателей социальных пенсий (57%) и пособий по безработице (68,8%). По-прежнему в неблагоприятных материальных условиях находятся дети (доля, лиц в возрасте до 16 лет, чьи доходы были ниже прожиточного минимума, составила 53,7%), а также лица младших групп трудоспособного возраста (эти доли у мужчин в возрасте 16 – 19, 20 – 24, 25 – 34 и 35 – 44 лет составили соответственно 49,8%, 41,7%, 39,9% и 44,8%). Не подтверждается, однако, тезис о повышенной бедности среди женщин: рассматриваемая доля составила у женщин старше 16 лет 38,7% по сравнению с 40,3% у мужчин старше 16 лет⁸.

Другой крупной проблемой является то, что размеры социальной поддержки населения не адекватны реально сложившейся в стране величине прожиточного минимума. Например, в период с 1 января 1997 г. по 1 октября 1999 г. отношение размера социальной поддержки к величине последнего минимального размера оплаты труда снизилось с 19% до 8%, к величине минимального размера пенсии по старости (с учетом компенса-

⁸Госкомстат России. «Доходы, расходы и потребление домашних хозяйств в III – IV кварталах 2000 года (по итогам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств)». М., май 2001 г., с.97

ции) – с 79% до 47%, к величине ежемесячного пособия на ребенка в возрасте до 16 лет – с 15% до 6%⁹ и т.д.

Для решения проблем социальной поддержки населения в Программе выбраны абсолютно правильные принципы обеспечения максимально эффективной защиты социально уязвимых семей, не обладающих возможностями для самостоятельного решения социальных проблем; повышения эффективности социального обслуживания населения, в том числе за счет активного привлечения негосударственных организаций; четкого разграничения и при необходимости перераспределения полномочий между различными уровнями власти в сфере социальной поддержки населения, а также развития конкурсного финансирования в социальной сфере с привлечением альтернативных источников финансирования различных видов социальной помощи.

2.8.2. Нерешенные проблемы социальной поддержки населения

В числе нерешенных в полной мере проблем, которые связаны с совершенствованием системы социальной поддержки населения в стране, обратим внимание прежде всего на необходимость завершения перехода к адресной системе назначения социальных пособий, которые выплачиваются за счет бюджетных (не страховых) средств. Это предполагает решение 2 крупных и взаимосвязанных проблем – во-первых, преобразования системы государственных социальных льгот и, во-вторых, формирования пригодных к практическому использованию единых принципов назначения социальных трансфертов на адресной основе.

Важной проблемой является также унификация социального законодательства с финансовым законодательством. Речь идет о том, чтобы принимаемые федеральные законы, направленные на совершенствование систем социальной поддержки населения, учитывали изменения в схемах финансирования социальных обязательств государства, которые происходят в последние годы (верно и обратное).

Данная проблема действительно существует. Так, ст. 5 Федерального закона «О государственной социальной помощи» № 178-ФЗ от 17 июля 1999 г. определяет в качестве источников оказания этой помощи средства федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и средства местных бюджетов. Однако сам порядок и критерии использова-

⁹Госкомстат России. «Социальное положение и уровень жизни населения России». Официальное издание. М., 2000, с.227

ния этих средств в целях оказания государственной помощи (ст. 7 устанавливает в качестве ее получателей малоимущие семьи и малоимущих одиноко проживающих граждан, которые по не зависящим от них причинам имеют среднедушевой доход ниже величины прожиточного минимума, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации) в законе не определен. Уже упомянутая ст. 5 устанавливает, что в случае недостаточности средств бюджетов субъектов Российской Федерации и средств местных бюджетов на оказание государственной социальной помощи недостающие средства выделяются субъектам Российской Федерации и органам местного самоуправления из средств бюджета вышестоящего уровня бюджетной системы Российской Федерации или дополнительных источников в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Однако соответствующие расходы в проекте федерального бюджета (фонд компенсаций) не предусматривались ни в 2001 г., а также не были включены в проект федерального бюджета на 2002 г.

Таким образом, с принятием Федерального закона «О государственной социальной помощи» был получен очередной федеральный социальный мандат, источники финансирования которого определены в ст. 5 закона в достаточно общей форме¹⁰.

2.8.3. Предложения по решению проблем социальной поддержки населения

Общая ориентация реформирования системы государственных социальных льгот должна сводиться к следующим принципиальным направлениям:

- во-первых, предстоит осуществить реформирование механизмов предоставления и обеспечения системы государственных социальных льгот в части социальных льгот федерального уровня, финансируемых из бюджета. Право на предоставление льгот населению за счет собственных средств регионов и хозяйствующих субъектов сохраняется. Воздействие государства заключается в отслеживании того, чтобы источником финансирования являлась собственная прибыль инициатора;
- во-вторых, целесообразно сохранить традиционные социальные льготы, если современные экономические условия не позволя-

¹⁰См. «Прожиточный минимум в Российской Федерации». М., Министерство труда и социального развития Российской Федерации, 2000, с. 263.

ют прибегнуть к более естественным прямым способам повышения доходов их получателей (пенсионеров, инвалидов ВОВ и др.);

- в-третьих, потребительское благо или услуга, на получение которых предоставляются льготы, должны иметь существенное значение в жизнедеятельности человека и быть предметом первой необходимости;
- в-четвертых, правилом должна стать практика предоставления льгот лицам, по своему физическому, возрастному и семейному состоянию лишенных возможности самостоятельно обслуживать себя и пополнять свой доход за счет трудовой деятельности;
- в-пятых, малообеспеченность трудоспособных людей не должна рассматриваться как фактор предоставления или сохранения социальных льгот;
- в-шестых, от уравнительного всеобщего предоставления льгот следует перейти к их строго адресному назначению на основе реально учитываемых критериев (величина среднедушевого дохода с учетом располагаемой собственности, сбережений, ценных бумаг; демографические характеристики семей и индивидуумов и т.п.);
- в-седьмых, размеры, формы, периодичность и продолжительность предоставления льгот должны дифференцироваться в зависимости от причин формирования низких доходов;
- наконец, в-восьмых, нуждающиеся семьи должны иметь возможность выбора наиболее приемлемых форм социальных льгот.

В федеральном законодательстве необходимо закрепить право на получение потенциальным реципиентом (нуждающимся домохозяйством, гражданином) только одного, наиболее выгодного для него, вида социальной льготы, выплачиваемой за счет бюджетных средств.

Предоставление государственной социальной помощи следует осуществлять строго по заявительному принципу и с обязательной проверкой достоверности информации и обоснованности потребности.

Предполагаемые изменения не должны коснуться действующих льгот для таких относительно небольших и постоянно уменьшающихся по численности категорий населения, как инвалиды и участники ВОВ, неработающие инвалиды вследствие аварии на Чернобыльской АЭС и приравнен-

ные к ним лица, а также инвалидов I группы и неработающих инвалидов II группы.

Основные вопросы, которые необходимо решить при формировании адресной системы назначения социальных пособий, связаны, с одной стороны, с выработкой критериев, которые целесообразно использовать для назначения социальных трансфертов и, с другой стороны, с определением перечня социальных трансфертов, на которые может распространяться адресный принцип их назначения.

В качестве критерия при установлении единого принципа назначения социального трансферта предлагается использовать отношение душевых доходов в домохозяйстве его потенциального реципиента либо к сумме регионального прожиточного минимума трудоспособного лица и прожиточного минимума нетрудоспособного лица, либо к двукратному размеру регионального значения прожиточного минимума трудоспособного лица. Это отношение должно представлять собой периодически пересматриваемую переменную величину, частота и масштабы изменения которой будут определяться несколькими факторами, включая сам тип социального трансферта, состояние источника его выплаты, динамику социально-экономической ситуации в стране (особенно индекс потребительских цен) и т.п. В 2000 г. Институтом социальной политики и социально-экономических программ ГУ–ВШЭ по заказу Министерства труда и социального развития Российской Федерации разработан проект Методических рекомендаций по организации региональных программ социальной помощи, предназначенных для использования местными администрациями. В нем последовательно сформулированы предложения по общим принципам организации региональных программ социальной помощи, определению прожиточного минимума, выявлению нуждающихся на основе расчета доходов семьи, определению размеров пособий по нуждаемости, а также по оценке результатов программ социальной поддержки малоимущих. По нашему мнению, утверждение такого документа Правительством Российской Федерации могло бы стать фактором улучшения ситуации с назначением и выплатой социальных пособий действительно нуждающихся в этом домохозяйствам (гражданам).

Решение второго вопроса не столь бесспорно, как это может показаться на первый взгляд, до экспертного изучения существующих социальных трансфертов. В общем случае подобные трансферты можно разделить на 3 группы – 1) выплачиваемые во всех случаях вне зависимости от уровня душевых доходов домохозяйства относительно прожиточного минимума в

регионе (в первую очередь, к ним относятся государственные пенсии); 2) те, решения о назначении которых должны приниматься только в зависимости от фактического значения в домохозяйстве установленного критерия их назначения (прежде всего, единое ежемесячное пособие на ребенка); 3) социальные трансферты, постоянное или временное отнесение которых к первой или второй группе нуждается в дополнительном обсуждении (возможно, пособия по безработице, пособия на погребение и др.).

Сказанное определяет необходимость разработки Федерального Закона «О социальных трансфертах в Российской Федерации», положениями которого должны быть введены основные элементы формирующейся адресной системы назначения социальных пособий, включая вопросы организации процедур назначения и контроля правильности назначения социальных льгот. На наш взгляд, такое решение, в результате которого может быть принят носящий функциональный характер документ, окажется существенно эффективнее принятия частных («отраслевых») документов, регламентирующих порядок выплат детских пособий, пособий по безработице и других социальных трансфертов.

Федеральный закон «О государственной социальной помощи», постулирующий, как это было показано выше, параллельную систему финансирования государственной социальной помощи и, будучи принятым в 1999 г., т.е. до создания фонда компенсаций, нуждается в серьезной корректировке. В данном контексте, возможно, ему имеет смысл придать рамочный характер с возложением всей полноты решений и ответственности за социальную поддержку малоимущих домохозяйств на субъекты Российской Федерации. Второй вариант предполагает «вписывание» данного закона в общую схему финансирования социальных выплат.

2.9. Пенсионная реформа

На первых этапах рыночных преобразований после либерализации цен в 1992 г. в сложном положении оказались лица с фиксированными доходами, в число которых вошли и пенсионеры. Положение также усугублялось тем, что численность пенсионеров в стране в течение 1990-х гг. постоянно увеличивалась. Однако, следует отметить, что во второй половине 1990-х гг. благодаря предпринимавшимся мерам по увеличению государственных пенсий финансовое положение пенсионеров оставалось достаточно стабильным. Лишь в 1999 г. наблюдался резкий спад, ставший следствием финансово-экономического кризиса 1998 г. (табл. 16), после чего начался

процесс выхода назначенных пенсий на докризисный уровень. Согласно экспертным оценкам, в январе – октябре 2001 г. средний размер назначенных месячных пенсий превысил 110% прожиточного минимума пенсионера.

Таблица 16

**Некоторые показатели пенсионного обеспечения
в Российской Федерации**

	Показатель	Значение показателя
1	2	3
1.	Отношение среднего размера назначенных месячных пенсий (с учетом компенсации) к прожиточному минимуму пенсионера, %	
1.1.	1995 г.	101,0
1.2.	1997 г.	113,2
1.3.	1998 г.	114,7
1.4.	1999 г.	70,2
2.	Динамика реального размера назначенных месячных пенсий, %	
2.1.	2000 г. к 1999 г.	128,0
2.2.	Январь – октябрь 2001 г. к январю – октябрю 2000 г.	122,6
3.	Численность пенсионеров, тыс.ч ел.	
3.1.	1990 г.	32848
3.2.	1995 г.	37083

Таблица 16 продолжение

	Показатель	Значение показателя
3.3.	1997 г.	38184
3.4.	1998 г.	38381

Примечание. Расчеты проведены с использованием данных официального издания Госкомстата России «Социальное положение и уровень жизни населения России», М., 2000, с.29 и сборника Госкомстата России «Социально-экономическое положение России». «Январь – октябрь 2001 г.» М., б/г, с.228.

В результате осуществленных в конце 1990-х гг. мер по повышению государственных пенсий пенсионеры, получающие пенсии по старости, по уровню бедности оказались в несколько более благоприятном положении по сравнению с некоторыми другими категориями населения. По данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств, проводимого Госкомстатом Российской Федерации, доля пенсионеров по старости, которые в IV

квартале 2000 г. имели душевые денежные доходы ниже прожиточного минимума, составляла 30,5%, в то время как доля таких граждан среди всего обследуемого населения достигала 35,5%. Однако, уровень бедности так называемых «социальных» пенсионеров был существенно выше: доля имевших душевые доходы ниже прожиточного минимума составила 51% среди пенсионеров по инвалидности, 55,8% – получавших пенсии по случаю потери кормильца и 57% – получавших собственно социальные пенсии.

Основные социально-экономические проблемы, связанные с государственным пенсионным обеспечением в стране, заключаются прежде всего в сохранении невысокого уровня государственного пенсионного обеспечения, низкой дифференциации размеров пенсий (например, в январе – октябре 2001 г. отношение среднего размера назначенных месячных пенсий к минимальному размеру пенсии по старости составило, с учетом ежемесячных компенсационных выплат, всего 2,12) и фактическим отсутствием увязки их размеров с прошлым трудовым вкладом (заработной платой) пенсионера, риском несоответствия финансовых возможностей государственной пенсионной системы потребностям в выплате государственных пенсий (так, демографический прогноз предполагает ускорение процесса старения населения страны после 2007 г.) и др.

В связи с этим в Программе предлагаются четко структурированные направления пенсионной реформы, предполагающие, во-первых, реформирование сложившейся пенсионной системы, из которой осуществляется выплата пенсий на распределительной основе, во-вторых, выработку правовых норм и основных методических и организационных мероприятий, направленных на введение механизмов накопительного финансирования пенсий и обеспечение их функционирования и, в-третьих, преобразование системы предоставления досрочных пенсий в связи с особыми условиями труда путем перехода к накопительным механизмам финансирования досрочных пенсий за счет дополнительных страховых взносов, обеспечивающих необходимый размер пенсии на период с момента достижения льготного пенсионного возраста и до достижения общеустановленного пенсионного возраста.

Таким образом, усилия правительства в области пенсионной реформы в конечном счете должны привести к формированию трехчастной трудовой пенсии, состоящей из: а) базовой части фиксированного размера для всех получателей, выполнивших минимальные требования по трудовому стажу (выплачивается из сумм единого социального налога, зачисляемых в федеральный бюджет); б) индексируемой (с учетом динамики средней заработ-

ной платы в стране и темпов инфляции) страховой части, зависящей от результатов труда конкретного работника, которые оцениваются на накопленных гражданином пенсионных правах (уплата работодателями страховых платежей за данного работника в Пенсионный фонд Российской Федерации) и в) накопительной части, исчисляемой из накопленных сумм страховых взносов (налога) и инвестиционного дохода, учтенных в специальной части индивидуального лицевого счета работника, и выплачиваемой по достижении установленного пенсионного возраста (на эту часть пенсии будут распространяться права наследования).

Реформирование пенсионного обеспечения в связи с особыми условиями труда (так называемое досрочное пенсионирование) в Программе предлагается осуществить за счет обязательного профессионального пенсионного страхования на основе накоплений дополнительных обязательных страховых взносов, уплачиваемых работодателем в профессиональные пенсионные системы (государственную и негосударственные), и предоставления социальным партнерам возможности альтернативного выбора конкретных форм этих систем в рамках коллективных договоров (соглашений). В качестве альтернативы предусматривается повышение заработной платы работникам, занятым на рабочих местах, дающих право на льготную пенсию, на сумму причитающихся к уплате дополнительных страховых взносов.

В результате предусмотренных Программой мероприятий, по мнению авторов, появится система стимулов для выбора гражданином своей долгосрочной стратегии в сфере занятости, повысится степень уверенности нынешнего работника в своей будущей обеспеченной старости и в конечном счете сформируются так называемые пенсии «нового поколения».

Попытки законодательного обеспечения пенсионной реформы, которые неоднократно предпринимались в России в 1990-е гг. (конец очередной из них был положен финансово-экономическим кризисом августа 1998 г.), частично увенчались успехом лишь в 2001 г., когда Президент Российской Федерации внес в Государственную Думу пакет из 6 законопроектов, поддерживающих пенсионную реформу. К концу 2001 г. было принято 3 федеральных закона из данного пакета, в числе которых – законы «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации», «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и «Об обязательном пенсионном страховании в Российской Федерации».

Однако вопросы, связанные с использованием средств, которые предназначены для финансирования накопительной части трудовых пенсий,

остаются не урегулированными на законодательном уровне, в связи с чем разделение обязательных взносов в Пенсионный фонд Российской Федерации на предназначенные на финансирование страховой части трудовой пенсии и накопительной ее части носит пока еще во многом виртуальный характер.

Ситуация осложняется тем, что по поводу направлений использования этих средств не выработано единой точки зрения. По мнению ряда законодателей, средства на финансирование накопительной части вообще целесообразно полностью вывести за рамки государственной пенсионной системы в негосударственные пенсионные фонды¹¹.

По мнению же правительственных экспертов, проблема заключается в необходимости сохранения у будущего пенсионера альтернативы в способе размещения средств накопительной части пенсионной системы с целью повышения размеров инвестиционного дохода¹². Это обеспечивается предоставляемым ст. 32 Федерального закона «Об обязательном пенсионном страховании» с 1 января 2004 г. правом застрахованному лицу в порядке, установленном федеральным законом, отказаться от получения накопительной части трудовой пенсии из Пенсионного фонда Российской Федерации и передать свои накопления, учтенные в специальной части индивидуального лицевого счета, в негосударственный пенсионный фонд.

Существует также и «маргинальная» точка зрения. В соответствии с ней инвестиционные программы, которые предполагается финансировать из средств накопительной части пенсионной системы, должны контролироваться специальным коллегиальным органом, в состав которого должны быть включены представители государства, а также представители заинтересованных общественных организаций (в первую очередь, пенсионеров)¹³.

Тем не менее, несмотря на имеющиеся проблемные вопросы, пенсионная реформа в Российской Федерации предполагается началась с 1 января 2002 г. При этом 50% страховых взносов работодателей должны направляться в виде части единого социального налога в федеральный бюджет на формирование ресурсов для выплаты страховой части трудовой пенсии, а оставшиеся 50% – распределяться в различных пропорциях в за-

¹¹ «Власть», № 31 (433), 7 августа 2001 г., с.21 (депутат Государственной Думы О.Дмитриева).

¹² «Российская газета», № 91–92 (2703–2704), 16 мая 2001 г., с.1, 2 (вице-премьер Правительства Российской Федерации В.Матвиенко).

¹³ «Известия», 30 мая 2001 г., с.2 (Председатель комитета Государственной Думы по проблемам Севера и Дальнего Востока В.Пивненко).

висимости от возраста застрахованного лица между взносами на страховую часть трудовой пенсии и взносами на накопительную часть трудовой пенсии.

Таким образом, концептуальные проблемы пенсионной реформы в Российской Федерации принципиально решены, равно как и вопросы, связанные с ее правовым обеспечением, во всяком случае, в части ее основных направлений. Проблема заключается в том, какая из институциональных структур (из ныне существующих или же вновь создаваемая) получат доступ к средствам, которые будут аккумулироваться в накопительной части государственного пенсионного обеспечения (по имеющимся оценкам, их величина составит 1 – 1,5 млрд долл.). При решении соответствующих вопросов основной упор должен быть сделан на гарантиях сохранности взносов в бюджет накопительной части государственных трудовых пенсий (в их реальном исчислении), что подразумевает создание адекватных систем страхования этих взносов. В настоящее время актуальность данной проблемы сравнительно невелика, и у Правительства РФ есть определенный запас времени (до 1 января 2004 г.), в течение которого могут быть найдены экономически и социально обоснованные варианты решений¹⁴

2.10. Жилищно-коммунальная реформа

2.10.1. Текущая ситуация и направления решения проблем жилищно-коммунальной сферы в Программе социально-экономического развития России на среднесрочную перспективу (2002–2004 гг.)

Проблема реформирования жилищно-коммунального хозяйства (ЖКХ) в строгом экономическом смысле не является проблемой собственно социальной сферы. По способам и механизмам ее решения она скорее может быть отнесена к чисто экономическим проблемам регулирования локальных монополий. Это обстоятельство нашло свое отражение в правительственной среднесрочной Программе социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2004 года, в которой основные направления реформирования ЖКХ раскрываются в подразделе «Струк-

¹⁴ В настоящее время имеются точки зрения, согласно которым принятая модель пенсионной реформы вообще не должна реализовываться (см., например, статью А.Лазаревского и А.Сушкевича «Профанация» в «Эксперте» № 3 (310) от 21 января 2002 г., с. 54 – 55), однако реальные конструктивные альтернативы ей отсутствуют.

турная политика» раздела «Модернизация экономики». Однако по своим социальным последствиям реформа жилищно-коммунального хозяйства является одной из наиболее значимых, причем с течением времени эта проблема все в большей степени обостряется.

В настоящее время жилищно-коммунальный комплекс находится в кризисном состоянии, которое определяется его дотационностью на фоне ухудшающегося финансового положения, отсутствия экономических стимулов к исправлению ситуации при практическом отсутствии конкурентной среды. Следствием такого положения является нарастающий уровень износа основных фондов, большие (часто неоправданные) затраты ресурсов и крайне неэффективная работа предприятий отрасли. В результате, сложившаяся система финансирования ЖКХ является неподъемной как для всех потребителей услуг, так и для бюджетной системы, несущей непосильную нагрузку, обусловленную дотационностью отрасли. На начальном этапе экономических реформ предполагалось, что либерализация цен, включая и цены на услуги ЖКХ, сделают отрасль бездотационной. Однако общая социально-экономическая ситуация в России не позволила обеспечить финансирование жилищно-коммунальных услуг за счет их потребителей. Сегодня население оплачивает около 60% стоимости услуг ЖКХ, а фактически с учетом льгот и субсидий – менее 40%.

В 2000 г. недофинансирование ЖКХ составило более 59 млрд руб. (ок. 20% от объема необходимых средств). Кроме того, остается нерешенной проблема накопленной задолженности (в основном бюджетной системы). Объем дебиторской задолженности предприятий ЖКХ составил на конец 2000 г. 168,1 млрд руб., а кредиторская задолженность предприятий отрасли к этому времени достигла 245,1 млрд руб. С учетом тесной связи ЖКХ с топливно-энергетическим и строительным комплексами можно утверждать, что задолженности в ЖКХ являются одним из наиболее значимых факторов неплатежей, во всех отраслях экономики. Это превращает жилищно-коммунальную сферу в ее сегодняшнем состоянии в источник угроз для социально-экономического развития страны.

Уровень дотационности жилищно-коммунальной сферы отражен в данных, которые приведены в *табл. 17*.

Таблица 17

Динамика расходов бюджета и населения на ЖКХ

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Расходы бюджетов субъек-	247,0	342,8	468,1	422,4	653,8	857,4

тов РФ (млрд руб.)						
Расходы бюджетов субъектов РФ на ЖКХ (млрд руб.)	65,2	88,6	112,6	96,8	127,3	198,9
Доля расходов на ЖКХ в бюджетных расходах субъектов РФ, %	26,4	25,8	24,1	22,9	19,5	23,2
Расходы населения на ЖКХ (млрд руб.)	22,3	27,4	20,6	22,7	24,4	-

Примечание. Расчеты расходов бюджетов субъектов РФ выполнены с использованием данных из сборников «Россия в цифрах» за 1998–2001 гг., «Финансы в России» за 2000 г., а также данных выборочных обследований бюджетов домохозяйств за 1997–1999 гг.

Некоторые приведенные в *табл. 17* данные опираются на результаты выборочных обследований бюджетов домохозяйств, а потому не претендуют на абсолютную точность. Однако можно сделать достаточно уверенный вывод о том, нагрузка по финансированию ЖКХ на бюджеты регионов практически не снижается. При этом доля оплаты услуг отрасли населением не имеет устойчивой тенденции к повышению. По сравнению с докризисным 1997 г. доля расходов населения на оплату ЖКХ в составе расходов на платные услуги осталась на уровне 34,3%, а доля самих платных услуг в составе потребительских расходов колеблется в последние годы от 13 до 14%¹⁵.

ЖКХ является наиболее ярким примером использования бюджетных средств в пользу наиболее обеспеченных слоев населения, поскольку эксплуатационные расходы на жилищно-коммунальные услуги пропорциональны размерам и комфортабельности жилья. Это подтверждается данными *табл. 18*, в которой представлены доли расходов на оплату ЖКХ населением в потребительских расходах в разрезе децильных групп в зависимости от среднедушевых располагаемых ресурсов по данным выборочных обследований бюджетов домохозяйств в IV квартале 2000 г.

Таблица 18

**Доля расходов домохозяйств на ЖКХ в разрезе децильных групп
(по результатам выборочного обследования бюджетов домохозяйств в IV квартале 2000 г.)**

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Доля расходов на ЖКХ в составе потребительских	10,2	8,5	7,7	7,0	6,0	5,6	4,6	4,1	3,9	2,9

¹⁵ См. Регионы России: Стат. сб. в 2 т. Т 2/Госкомстат России.- М., 2001. – 827 с.

расходов населения, %										
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Бюджетное финансирование ЖКХ на муниципальном уровне на фоне обвальной муниципализации объектов социальной инфраструктуры привело к резкому увеличению уровня износа основных фондов.

Износ коммунальной инфраструктуры составляет более 60%, количество аварий за последние 10 лет выросло примерно в 5 раз и составило в 2000 г. 70 аварий на 100 км сетей водоснабжения и 200 аварий на 100 км теплотрасс. Планово-предупредительный ремонт водопроводных и энергетических сетей и оборудования полностью заменен аварийно-восстановительными работами, что увеличивает эксплуатационные затраты почти в 3 раза и усугубляет дефицит ресурсов. Из эксплуатирующихся канализационных сооружений 60% работают с перегрузкой, 38% требуют срочной реконструкции.

Более 50 млн кв.м, или 2% общего количества жилья в стране находятся в ветхом жилищном фонде, объем которого за последние 10 лет увеличился вдвое. При этом ежегодные объемы капитального ремонта за то же время снизились почти в 5 раз.

Одна из причин сложившейся в отрасли ситуации заключается в отсутствии экономических стимулов оптимизации расходов: отрасль поддерживается исключительно экстенсивными методами. Отсутствует оптимальная структура тарифов, большая часть материально-технических ресурсов расходуется нерационально.

Из-за регулярного недофинансирования и невозможности организовать по этой причине полноценные договорные отношения между эксплуатирующими организациями и потребителями услуг в отрасли не удалось создать конкурентную среду. Монополизм же коммунальных предприятий, неразвитость механизмов реализации ответственности за качество и количество оказываемых услуг не позволяют создать эффективные механизмы защиты прав потребителей услуг ЖКХ. Постоянное недофинансирование из бюджета и отсутствие законодательно утвержденной прозрачной технологии формирования тарифов на услуги ЖКХ не позволяют привлечь в отрасль и частные инвестиции, хотя потенциально проекты развития инфраструктуры обладают инвестиционной привлекательностью.

Наличие перечисленных проблем свидетельствует о системном характере кризиса жилищно-коммунального комплекса, нуждающегося прежде всего в структурной перестройке. Кроме того, решение проблем ЖКХ требует реализации комплекса мер, связанных не только с самим жилищно-

коммунальным комплексом, но и с изменениями в налоговой, бюджетной, кредитной и др. сферах.

Основные направления решения перечисленных выше проблем ЖКХ (а это далеко не полный их перечень) можно сгруппировать в четыре блока:

- обеспечение финансового оздоровления предприятий жилищно-коммунального хозяйства;
- обеспечение условий для снижения издержек и повышения качества предоставляемых жилищно-коммунальных услуг;
- формирование инвестиционной привлекательности жилищно-коммунального комплекса;
- оказание государственной поддержки модернизации жилищно-коммунального комплекса.

2.10.2. Нерешенные проблемы в жилищно-коммунальной сфере

К сожалению, в Программе отсутствуют конкретные направления жилищно-коммунальной реформы – они рассматриваются в контексте политики доходов населения. Предполагается, в частности, что в целом политика доходов населения должна строиться исходя из того, что по мере их роста высоко- и среднеобеспеченные семьи во все большей степени будут способны оплачивать услуги жилищно-коммунального хозяйства, в то время как сама жилищно-коммунальная реформа должна быть увязана с внедрением механизмов адресной социальной защиты населения. Кроме того, сама жилищно-коммунальная реформа рассматривается как один из факторов снижения энергоемкости производства и повышения эффективности использования энергоресурсов.

В Программе, однако, отсутствуют перспективы разработанных и использованных во второй половине 1990-х – начале 2000-х гг. подходов к реформированию жилищно-коммунальной сферы, которые основаны на системе так называемых федеральных стандартов перехода на новую систему оплаты жилья и коммунальных услуг, включая стандарты финансового характера – 1) уровень платежей граждан по всем видам жилищно-коммунальных услуг; 2) максимально допустимая доля собственных расходов граждан на оплату жилья и коммунальных услуг в совокупном доходе семьи в пределах федерального стандарта социальной нормы площади жилья и нормативов потребления коммунальных услуг; 3) удельная стоимость предоставляемых жилищно-коммунальных услуг на 1 кв. м общей площади жилья в месяц.

Кроме того, не ставится проблема принятия нового Жилищного кодекса, который заменил бы аналогичный документ, принятый еще в начале 1980-х гг.

2.10.3. Предложения по решению проблем жилищно-коммунальной сферы

Масштабные задачи по реформированию ЖКХ вряд ли могут быть решены в среднесрочной перспективе. В ближайшие же 2–3 года первоочередными задачами являются те, решение которых сможет принести достаточно быстрый эффект. За короткий промежуток времени должна быть создана новая экономическая модель реформирования ЖКХ – такая, которая обусловила бы коренное оздоровление финансовой ситуации в этой сфере, создание реальной системы экономической мотивации к сокращению затрат ресурсов и повышению эффективности предприятий ЖКХ. Поэтому первоочередными являются задачи, связанные с инвентаризацией, реструктуризацией и ликвидацией задолженности потребителей услуг ЖКХ (включая население) перед предприятиями жилищно-коммунального комплекса; с прекращением практики перекрестного субсидирования тарифов на услуги ЖКХ; с ликвидацией дотационности жилищно-коммунального комплекса; с совершенствованием механизмов социальной защиты населения при оплате услуг ЖКХ. В ближайшие же 2–3 года должно быть завершено формирование необходимой законодательной и нормативно-правовой базы реформы ЖКХ.

В новой финансово-экономической модели жилищно-коммунального комплекса должны быть коренным образом изменены функции каждого из участников рыночных отношений: бюджета, коммунальных предприятий и пользователей услуг ЖКХ. Поскольку наиболее заинтересованной стороной в целевом и эффективном расходовании бюджетных средств, выделяемых на текущее финансирование деятельности коммунальных предприятий, является население, то и главным распорядителем этих средств должны стать граждане, которым должно быть законодательно передано право распоряжения бюджетными ресурсами. Размеры государственной финансовой поддержки оплаты населением услуг предприятий ЖКХ должны напрямую зависеть от материального положения граждан, а также ограничиваться социальными нормами жилой площади и нормативами потребления коммунальных услуг. Таким образом будет прекращено дотирование высокодоходных слоев населения, а конечные получатели жилищно-коммунальных услуг получат возможность контролировать направления и

эффективность расходования бюджетных средств. Кроме того, в целях упорядочения бюджетных расходов на оплату льгот необходимо, во-первых, еще раз вернуться к вопросу о правомерности льгот по оплате жилищно-коммунальных услуг определенными категориями населения и пересмотреть список льготных категорий, а, во-вторых, перевести льготы по оплате услуг ЖКХ в категорию жилищных субсидий, зависящих от материальной обеспеченности пользователей льгот.

В настоящее время существуют различные предложения по реализации этой модели: как основанные на необходимости открытия персональных социальных счетов граждан, так и использующие механизм перечисления государственной помощи непосредственно получателям без создания каких-либо специальных ограничений на направления расходования этих средств. Последняя схема менее затратна и технически отработана на детских пособиях. Однако существует серьезная опасность, что полученные населением средства часто будут использованы не для оплаты услуг ЖКХ, а на питание и предметы первой необходимости. Это вызвано низким уровнем материальной обеспеченности значительной части населения и устойчивостью десятилетиями складывающегося сознания о допустимости задолженности по услугам ЖКХ. Административные меры могут быть эффективны только при единичных случаях их применения. Массовое же использование таких мер может привести к социальным проблемам. В 2000 г. 7,7% домохозяйств получали субсидии на оплату жилищно-коммунальных услуг. При неизбежном значительном росте тарифов на эти услуги количество получателей государственной помощи может оказаться в несколько раз больше. Практическое апробирование возможных в этой области вариантов позволит более четко определить их сравнительные достоинства и недостатки и сделать окончательный вывод об их сравнительной эффективности.

При реализации предлагаемой финансово-экономической модели сможет измениться и система финансирования инвестиционных проектов в отрасли, связанных с модернизацией и развитием ЖКХ. Предполагается осуществление инвестирования жилищно-коммунального комплекса в основном за счет привлечения заемных ресурсов (в первую очередь, за счет средств частных инвесторов). В долгосрочной перспективе привлечение заемных средств должно стать преобладающей формой инвестирования развития ЖКХ.

Роль государства сведется к обеспечению гарантированного финансирования отрасли путем поддержки малообеспеченных слоев населения.

Помимо гарантированного финансирования отрасли, повышение качества предоставляемых услуг и рост ее инвестиционной привлекательности должны достигаться и за счет повышения эффективности ее функционирования. Важным фактором повышения эффективности ЖКХ может стать развитие рынка коммунальных услуг, создание на этом рынке реальной конкурентной среды с равными условиями для всех участников. Только в этих условиях возможен переход на договорные отношения между предприятиями ЖКХ и потребителями их услуг.

Основной предпосылкой становления рыночных отношений в отрасли является обеспечение финансовой стабилизации ЖКХ. Для обеспечения финансовой стабилизации в кратчайшие сроки (за 1–2 года) необходимо решить все проблемы с накопленными долгами предприятий отрасли (инвентаризация задолженности, ее реструктуризация и последующая ликвидация) и избавиться от дотационности ЖКХ.

Само определение размеров задолженности предприятий ЖКХ может быть возложено на региональные и местные власти. Задачей же федеральных органов является разработать методические рекомендации по учету кредиторской задолженности бюджета и бюджетных организаций перед предприятиями ЖКХ, а также определить порядок реструктуризации и ликвидации этих долгов. При этом не может быть исключена возможность и частичного списания задолженности. Реструктурированные долги должны включаться в расходные части бюджетов соответствующих уровней.

Несмотря на меньшие по сравнению с другими потребителями масштабы задолженности населения в части оплаты жилищно-коммунальных услуг, эта задача требует своего решения и здесь. Не исключено, повторим, и списание части долгов, если эти долги признаются безнадежными. Очевидно, что после приведения тарифов на услуги ЖКХ к их реально необходимым размерам при рационализации эксплуатационных расходов задолженность населения будет уменьшаться. Важным фактором для этого должна явиться дифференциация оплаты жилищно-коммунальных услуг в зависимости от их качества (благоустройство, качество и местоположение жилья). Кроме того, необходимо иметь в виду предусмотренный правительственной среднесрочной Программой рост реальных доходов населения.

Для перехода на полную оплату ЖКХ населением в 2003 г. Правительство Российской Федерации должно ежегодно утверждать согласованные с субъектами Российской Федерации параметры перехода к полной

оплате услуг ЖКХ населением, регулируя таким образом темпы реформы отрасли. Механизмом такого регулирования являются федеральные стандарты социальной нормы площади жилья; полной стоимости предоставления коммунальных услуг в расчете на 1 кв. м площади (с дифференциацией по субъектам РФ); уровня платежей граждан по отношению к затратам на текущее содержание, ремонт жилья и на производство коммунальных услуг; допустимой доли расходов граждан на оплату жилья и коммунальных услуг (с учетом установленного стандарта социальной нормы площади жилья и нормативов потребления коммунальных услуг).

Переход к бездотационному функционированию отрасли и полному обеспечению ее текущей финансовой потребности потребует корректировки концепции межбюджетных отношений. В первую очередь это касается финансовых взаимоотношений регионов с муниципальными образованиями. В настоящее время муниципалитеты не заинтересованы в ускорении реформы, поскольку экономия, получаемая за счет повышения уровня оплаты услуг ЖКХ населением, а также повышения эффективности функционирования жилищно-коммунального комплекса в целом, в любой момент может быть изъята из муниципального бюджета и централизована субъектом Федерации. Подобная ситуация должна быть коренным образом изменена, что требует осуществления решительных шагов в области повышения независимости муниципальных бюджетов, в первую очередь пересмотра Закона о финансовых основах местного самоуправления. Необходимо также предусмотреть возможность выделения целевой финансовой помощи из федерального бюджета тем регионам, в которых при переходе на полную оплату жилищно-коммунальных услуг населением возникнут непосильные для них финансовые обязательства по выплате жилищных субсидий. Внедрение высказанных предложений не потребует дополнительных бюджетных затрат, а приведет лишь к перераспределению финансовых потоков в бюджетной системе. Однако для реализации этой схемы необходимо еще раз вернуться к рассмотрению проекта Закона РФ «О государственных минимальных социальных стандартах». Специфика распределения среди регионов средств федерального бюджета на жилищные субсидии должна найти свое отражение и в соответствующих дополнениях к Бюджетному кодексу.

Перевод льгот в категорию жилищных субсидий потребует полной переработки ныне существующего Жилищного кодекса РСФСР, и внесения изменений в Закон РФ «Об основах федеральной жилищной политики». Эти изменения могут быть внесены специальным федеральным законом «О

внесении изменений и дополнений в законодательные акты РФ, связанные с отменой предоставления населению льгот по оплате жилищно-коммунальных услуг и с переводом некоторых социальных льгот в денежную форму».

Авторами правительственной концепции жилищной реформы предусмотрена зависимость условий назначения и размеров жилищной субсидии от размеров совокупного семейного дохода (в пределах оплаты социальных норм и нормативов). При этом необходимо иметь в виду явно недостаточную методическую проработанность вопросов определения величины семейных совокупных доходов, являющейся базовой при определении права на субсидию и ее размеров. Это достаточно четко определилось при реализации Закона РФ «О государственной социальной помощи» от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ. Используемые в субъектах РФ методики определения семейных и душевых доходов, не противореча федеральному закону, не смогли достичь достаточной точности при оказании адресной социальной поддержки. В состав получателей пособия по нуждаемости попадали граждане, не имеющие права на получение поддержки, и в то же время граждане с явно недостаточной материальной обеспеченностью получали отказы в такой поддержке.

В части методического обеспечения процедур назначения и определения размеров жилищной субсидии необходимо:

- четко определить, что и каким образом учитывается при назначении жилищной субсидии: включается ли размер адресной социальной помощи в состав учитываемого семейного дохода или наоборот – размер жилищной субсидии должен учитываться при назначении адресной социальной помощи;
- добиться полной идентичности методик вычисления совокупного семейного дохода в части определения права на пособие по нуждаемости помощь и на жилищную субсидию;
- разработать методику прогнозирования региональной потребности в жилищных субсидиях.

Одной из самых сложных задач при реформировании ЖКХ является задача создания реального рынка жилищно-коммунальных услуг. Без ее успешного решения идея реформы ЖКХ сведется просто к усилению финансового пресса на пользователей жилищно-коммунальных услуг. Создание конкурентной среды в жилищной сфере, в свою очередь, напрямую зависит от эффективного разделения функций собственников жилья и хозяйственной деятельности по его управлению, а также от формирования

договорных отношений между тремя участниками: собственниками жилья, управляющими структурами и подрядными организациями – производителями услуг ЖКХ. У каждого из участников этих отношений должны быть свои четко сформулированные обязанности и стимулы к их эффективному исполнению.

Основными функциями собственников жилья (их могут представлять специализированные структуры органов местного самоуправления для муниципального жилья, физические и юридические лица для частного жилого фонда) являются: соблюдение требований к содержанию и использованию жилого фонда; обеспечение необходимого уровня финансирования; заключение договоров социального найма, найма или аренды принадлежащего им жилого фонда. Главной проблемой, без решения которой невозможно эффективное управление жилищным комплексом, является проблема организации эффективного собственника жилья. Поскольку основная часть населения проживает в многоквартирных домах, понятие частной собственности на жилье для него имеет весьма абстрактный характер. Очевидно, что для многоквартирных домов при демуниципализации наиболее приемлемой формой собственности является коллективная. Если для ЖКС существуют (пусть не всегда эффективные) опробованные формы управления коллективной собственностью, то для муниципального жилого фонда таких форм до недавнего времени не существовало. Создаваемые в весьма небольших количествах товарищества собственников жилья (ТСЖ) пока не могут создать реальной альтернативы муниципалитетам.

Управляющие структуры (компании) должны обеспечивать поддержание и развитие принятого в управление жилого фонда в соответствии с государственными стандартами качества услуг ЖКХ и требованиями собственников жилья; выбор подрядных организаций по производству услуг и поставке материальных ресурсов и заключение с ними договоров. Управляющие структуры должны быть непосредственно материально заинтересованы в качестве своего труда.

Формирование конкуренции на рынке управляющих услуг требует создания равных условий конкурентной борьбы за право принять в управление недвижимость для структур разных форм собственности. Создание таких равных условий для привлечения к управлению муниципальным жилищным фондом организаций разных форм собственности (включая и частную) требует принятия на муниципальном уровне ряда правовых нормативных документов. В настоящее время муниципальный жилой фонд находится в подавляющем числе случаев в управлении муниципальных

унитарных предприятий (МУПов) на правах хозяйственного ведения или муниципальных учреждений на правах оперативного управления. Жилищный фонд находится на балансе этих организаций (включая и приватизированную его долю), и договорные отношения между ними и муниципалитетами не обязательны. Такая форма правоотношений практически исключает возможность привлечения к управлению жилищным фондом частного бизнеса. Эти правоотношения должны быть изменены. Муниципалитет должен заключать договоры с управляющими компаниями на управление неприватизированной частью жилого фонда, собственником которого он является. Другие собственники жилья должны заключать аналогичные договоры.

Отбор подрядных организаций для осуществления текущего содержания и капитального ремонта должен осуществляться также на конкурсной основе (в первую очередь в ситуации, когда рынок управленческих услуг еще недостаточно развит). Современная налоговая система (освобождение населения от налога на добавленную стоимость оплаты расходов по обслуживанию жилья) является практически запретительной для реализации процесса демополизации в обслуживании жилого фонда. Выполнение работ по обслуживанию жилья на конкурсных подрядных условиях предусматривает возникновение НДС, не компенсируемого за счет платежей населения. Целесообразно отменить это освобождение от НДС с целью активизации процессов демополизации и развития конкуренции в жилищной сфере.

Развитие конкурентных принципов управления и эксплуатации жилого фонда создает предпосылки для приватизации муниципальных жилищных предприятий. При этом должны быть минимизированы ограничения на приватизацию (на первом этапе – акционирование) муниципальных предприятий.

В перспективе развитие рынка услуг по управлению жилым фондом должно оказать решающее влияние на внедрение прогрессивных ресурсосберегающих технологий в сфере энерго- и теплоснабжения, позволяющих осуществлять обслуживание и сравнительно небольших групп потребителей услуг за счет создания локальных источников энергоснабжения, альтернативных системе центрального энергоснабжения.

Таким образом, реформа собственности в ЖКХ должна сформировать рынок управленческих услуг и рынок эксплуатационных услуг в отрасли.

Производители коммунальных услуг, обеспечивающие поставку тепла, электроэнергии и обеспечивающие канализирование отходов, являются

локальными монополистами, и потому их деятельность подлежит регулированию. Действующая в настоящее время система тарифного регулирования услуг ЖКХ не стимулирует снижения затрат, а потому является препятствием для привлечения в отрасль частных инвестиций. Создание же прогрессивной системы тарифного регулирования является главным фактором роста привлекательности отрасли для частных инвесторов.

Тарифное регулирование должно включать в себя разработку увязанных между собой среднесрочных и долгосрочных программ производственной и инвестиционной деятельности отрасли, а система тарифного регулирования должна обеспечить финансовое обеспечение выполнения этих программ. В настоящее время в ряде муниципальных образований (Нижегородской, Тюменской, Вологодской и др. областей) внедряются новые методики регулирования тарифов на услуги ЖКХ, однако для оценки эффективности предложенных механизмов и тиражирования необходимо накопление определенного опыта их использования. Обязательным условием эффективности тарифного регулирования должен стать постоянный контроль деятельности коммунальных предприятий со стороны органов местного самоуправления. У авторов данного материала нет готовых предложений по механизмам исключения возможности конъюнктурных вмешательств в тарифные процессы, однако, система тарифного регулирования должна быть обязательно защищена от попыток ее политизации.

В перспективе принципиально новым решением проблемы регулирования деятельности коммунальных предприятий может стать использование на рынке коммунальных услуг такого элемента, как концессионные соглашения, включающего в себя обязательства претендента на оказание коммунальных услуг по инвестированию развития объектов коммунальной инфраструктуры. Это потребует принятия специального федерального закона, регулирующего концессионные отношения в ЖКХ.

Государственная поддержка модернизации ЖКХ в настоящее время может быть связана с привлечением бюджетных ресурсов и средств международных кредитных организаций под государственные гарантии для софинансирования совместно с коммунальными предприятиями приоритетных и наиболее эффективных проектов в отрасли.

В более долгосрочной перспективе эта поддержка может заключаться в создании финансовых механизмов минимизации рисков при привлечении в ЖКХ частного капитала.

Возможность привлечения в отрасль инвестиционных ресурсов в решающей степени зависит от эффективности использования потенциала

ресурсосбережения. Модернизация коммунальной инфраструктуры должна привести к сокращению потребления ресурсов и, в результате, к сокращению себестоимости услуг. Полученный экономический эффект и явится основным фактором инвестиционной привлекательности ЖКХ.

Создание такой финансово-экономической модели функционирования и развития ЖКХ позволит обеспечить реальный эффект для каждого из ее участников. Население получит качественные услуги по стабильным ценам и возможность через рыночные механизмы влиять на качество и цены услуг; государственные гарантии адресной помощи для малоимущих слоев населения. Для бюджета важна прогнозируемость и стабильность расходов на адресную социальную поддержку малоимущих слоев населения и оптимизация ее размеров; прозрачная система финансовых потоков при субсидировании населения. Коммунальные предприятия получат снижение уровня неплатежей и ликвидацию дефицита финансовых ресурсов; инвестиции для модернизации отрасли. Для промышленных предприятий – потребителей коммунальных услуг будет ликвидирована система перекрестного субсидирования, что позволит повысить конкурентоспособность выпускаемой продукции.

3. Государственная социальная экспертиза законодательных решений и ее институциональное обеспечение

Основной задачей социальной экспертизы должна стать проверка предлагаемых управленческих решений на предмет их влияния на параметры, которые определяют уровень жизни населения и, следовательно, динамику социальной напряженности в стране (или на критерии социального государства). В число анализируемых при социальной экспертизе целесообразно включать как показатели административной статистики, так и показатели, которые могут быть выявлены только в результате проведения социологических опросов населения.

В предлагаемом к принятию Федеральном Законе «О социальной экспертизе в Российской Федерации» необходимо установить технологии социальной экспертизы и перечень типов документов, по которым она должна проводиться, ввести проводящие ее институциональные структуры, определить порядок ее информационного обеспечения и использования полученных результатов, а также возможность реализации управленческих решений, не прошедших социальную экспертизу.

Принятие данного закона позволит, во-первых, свести к минимально необходимому числу экономических решений с наиболее острыми негативными социальными последствиями; во-вторых, заблаговременно разработать и по возможности обеспечить финансированием способы купирования нежелательных социальных последствий экономической политики либо уменьшения масштабов таких последствий и, наконец, в-третьих, встроить в процедуру разработки и принятия экономических решений механизм их корректировки с учетом возможных социальных последствий.

4. Учет регионального фактора в проведении экономических и социальных реформ

С содержательной точки зрения этот вопрос тесно связан с социальной экспертизой и, вероятно, анализ возможностей и необходимости региональной адаптации условий реформ целесообразно рассматривать как элемент (раздел) социальной экспертизы в целом.

Необходимость регионализации параметров социально-экономического реформирования подтверждается в настоящее время такими обстоятельствами, как, например, регионально недифференцированная ставка подоходного налогообложения, ориентированная на среднереспубликанские условия.

При сопоставлении же, например, отношения среднедушевых денежных доходов населения к стоимости минимального набора продуктов питания в регионе со среднереспубликанским значением данного показателя окажется, что в экстремальных случаях коэффициенты корректировки (или, что то же, поправочные коэффициенты) ставки подоходного налогообложения в условиях ноября 2001 г. должны были бы составить от 0,23 (Усть-Ордынский Бурятский АО) до 2,94 (г. Москва). Иными словами, в первом из этих регионов могла бы быть установлена единая ставка налогообложения доходов граждан $0,23 \cdot 13\% = 2,99\%$, а во втором – $2,94 \cdot 13\% = 38,22\%$. Конечно, эти расчеты и допущения носят лишь оценочный характер, однако цель авторов настоящего раздела заключается в том, чтобы привлечь внимание к необходимости правового решения проблемы преодоления социально-экономической дискриминации населения отдельных регионов, которые входят в состав Российской Федерации. Понятно также, что ставки должны устанавливаться не для конкретного региона, а для их групп и, кроме того, в случае принципиального одобрения предлагаемой модели целесообразно было бы установить предельные коэффициенты корректировки ставки (ставок) подоходного налогообложения.

Другим примером является отсутствие оценок региональных последствий пенсионной реформы, во всяком случае, гипотетически возможного ее направления, которое связано с повышением пенсионного возраста. Между тем возрастная структура населения в регионах достаточно сильно различаются. В результате в случае принятия соответствующего решения, будут наблюдаться регионально дифференцированные приросты уровня безработицы, а также повышения (снижения) нагрузки на бюджет пенси-

онной системы, из которого будет выплачиваться базовая часть государственной трудовой пенсии.

Проблема учета регионального фактора в социальном и экономическом реформировании может быть решена двумя способами, первый из которых заключается во включении соответствующего раздела (статьи) в предлагающийся выше Федеральный Закон «О социальной экспертизе в Российской Федерации», а второй – в принятии Распоряжения (Постановления) Правительства Российской Федерации «О проведении региональных оценок при разработке нормативных документов».

А.А. Гудков, Л.Д. Попович, С.В. Шишкин

Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России

Введение

В нашей стране понятие «социальное страхование» имеет два значения: широкое и узкое. Социальное страхование в широком смысле представляет собой систему институтов (организаций и правил), обеспечивающих компенсацию или минимизацию последствий изменения материального положения работающих граждан и иных категорий граждан вследствие потери работы, трудового увечья или профессионального заболевания, инвалидности, болезни, травмы, беременности и родов, а также наступления старости. Социальное страхование в широком понимании включает ряд конкретных видов страхования. К их числу относятся медицинское страхование, пенсионное страхование, социальное страхование в узком понимании, и некоторые другие виды. Объектами настоящего исследования являются следующие виды социального страхования:

- медицинское страхование (страхование необходимости получения медицинской помощи);
- социальное страхование в узком смысле, которое охватывает следующие виды страховых рисков:
- временная нетрудоспособность;
- трудовое увечье и профессиональное заболевание;
- материнство;
- смерть застрахованного лица или нетрудоспособных членов его семьи, находящихся на его иждивении.

Медицинское страхование институционализировано в нашей стране в формах обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Социальное страхование, понимаемое в узком смысле, институционализировано в форме системы обязательного соци-

ального страхования, управляемой Фондом социального страхования Российской Федерации.

Система обязательного медицинского страхования (ОМС) призвана обеспечивать бесплатное предоставление медицинской помощи гражданам страны в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. Она является составной частью программы государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью и предусматривает бесплатное предоставление гражданам подавляющего числа видов амбулаторно-поликлинической и большей части видов стационарной медицинской помощи. Но программа государственных гарантий в целом и программа ОМС в частности не сбалансированы с размерами их финансирования за счет государственных средств.

Программы добровольного медицинского страхования (ДМС) должны, согласно законодательству, обеспечивать гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программой обязательного медицинского страхования. Реальная практика расходится с требованиями закона. Многие программы ДМС предусматривают предоставление услуг, которые не дополняют программу ОМС, а перечислены в этой программе.

Существующая система социального страхования содержит функционально неоднородные направления расходов. Существует значительное социальное неравенство в получении субсидий на санаторно-курортное лечение и оздоровление.

Решение проблем несбалансированности государственных гарантий и их финансового обеспечения и неравенства в получении компенсаций в системе обязательного социального страхования может быть обеспечено путем легального развития форм ДМС, не только дополняющих, но и включающих медицинскую помощь, предусматриваемую программой ОМС, а также институционального оформления системы добровольного коллективного социального страхования.

«Основные направления социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренные Правительством РФ в июне 2000 г., предусматривают переход в социальной политике от патерналистской к субсидиарной модели государства. Это означает доступность и бесплатность для всех граждан базовых социальных услуг и предоставление гражданам возможностей более высокого уровня социального потребления за счет собственных доходов. Между тем,

перспективы развития добровольных форм медицинского и социального¹ страхования и их сочетания с конкретными видами обязательного страхования являются мало проработанными и в теоретическом, и в прикладном аспектах.

Вышесказанное определяет актуальность анализа возможных форм и механизмов сочетания добровольного и обязательного медицинского и социального страхования и разработки соответствующих предложений для государственной политики.

Целью данного исследования является определение перспективных направлений трансформации систем добровольного и обязательного медицинского и социального страхования, обеспечивающих решение проблем финансовой обеспеченности и социальной справедливости существующих конкретных видов обязательного социального страхования.

Достижение этой цели предусматривает решение следующих задач:

- Проведение анализа существующего сочетания и взаимодействия добровольного и обязательного медицинского страхования.
- Проведение сравнительного анализа состава медицинских услуг, реально предоставляемых в системах обязательного и добровольного медицинского страхования.
- Проведение анализа механизмов расходования средств в системе обязательного социального страхования.
- Анализ зарубежного опыта сочетания добровольного и обязательного медицинского и социального страхования.

¹ Введение понятия добровольного социального страхования нуждается в дополнительном комментарии. Как известно, в западной экономической науке в определение социального страхования обычно включают не только характеристики страхуемых рисков, но и указание на обязательность такого страхования для определенных категорий граждан и работодателей и/или на участие государства в его организации. Социальное страхование рассматривается в качестве альтернативы частному страхованию. В нашей стране при использовании термина «социальное страхование» в узком смысле само понятие «социальное» фактически становится обозначением той совокупности рисков, которую охватывает система социального страхования, управляемая Фондом социального страхования. В этом контексте использование понятия добровольного социального страхования представляется оправданным.

- Разработка институциональных механизмов реализации перспективных схем сочетания добровольного и обязательного медицинского и социального страхования.
- Разработка и проведение сравнительного анализа альтернативных вариантов политики государства по отношению к развитию добровольных и коллективных форм медицинского и социального страхования.

Исследование опирается на данные государственной статистики, данные Федерального фонда обязательного медицинского страхования и Фонда социального страхования, страховых медицинских организаций и лечебно-профилактических учреждений, участвующих в обязательном и добровольном медицинском страховании, интервью с работниками этих организаций, опубликованные результаты социологических опросов, научные публикации в России и за рубежом. Методологический инструментарий исследования составили методы институционального экономического анализа, методы анализа государственной политики, методы медико-экономического анализа и др.

1. Сочетание обязательного и добровольного медицинского страхования

1.1. Особенности организации медицинского страхования в Российской Федерации

В нашей стране система медицинского страхования начала формироваться с 1991 г., когда был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Он предусматривал введение системы обязательного медицинского страхования и разрешил деятельность по добровольному медицинскому страхованию.

Система ОМС начала функционировать с 1993 г. Ее главные особенности состоят в следующем:

- страхователями работающих являются их работодатели, страхователем неработающего населения – органы исполнительной власти или органы местного самоуправления;
- обязательное медицинское страхование работающих осуществляется за счет взносов работодателя, являющихся в настоящее время частью социального налога, а неработающих – за счет ассигнований из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов;
- объем и условия оказания бесплатной медицинской помощи в рамках ОМС определяются в базовой программе ОМС, утверждаемой правительством, и в территориальных программах, принимаемых на основе базовой региональными органами власти;
- взносы на обязательное медицинское страхование аккумулируются в федеральном и территориальных фондах ОМС, созданных в каждом субъекте РФ;
- страховщиками в системе ОМС выступают страховые медицинские организации; в случае отсутствия достаточного количества таких организаций на территории субъекта РФ, функции страховщиков выполняют филиалы территориального фонда обязательного медицинского страхования

- страховщики заключают договора с работодателями на страхование работающих, с органами власти – на страхование неработающего населения;
- страховщики организуют предоставление медицинской помощи застрахованному населению, заключая договора с медицинскими организациями, осуществляют ее оплату и контролируют качество медицинских услуг;
- страховщики вправе совмещать деятельность в системе ОМС с осуществлением добровольного медицинского страхования (ДМС), но программы ДМС не могут включать услуги, предусмотренные программами ОМС;
- застрахованные имеют право выбора врача и медицинской организации.

Отсутствие последовательной государственной политики в вопросах перевода отрасли на страховой принцип финансирования и политические ограничения возможностей изменения государственных гарантий предопределили малую результативность проведенной реформы.

Основными проблемами медицинского страхования в настоящее время являются:

Во-первых, программа государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, составной частью которой является базовая программа обязательного медицинского страхования, не сбалансирована с размерами финансовых ресурсов направляемых государством на здравоохранение.

Во-вторых, система ОМС введена и функционирует на территории России фрагментарно; в значительных масштабах сохраняется система бюджетного финансирования медицинских учреждений; формы сочетания этих систем сложились ситуативно и характеризуются высокой территориальной дифференциацией.

В-третьих, масштабы развития системы добровольного медицинского страхования не являются значимыми по сравнению с другими институтами финансирования здравоохранения.

Несбалансированность программы обязательного медицинского страхования с финансовыми ресурсами, аккумулируемыми в системе ОМС, является центральной проблемой обязательного медицинского страхования в нашей стране. Согласно законодательству о медицинском страховании, территориальные фонды ОМС должны аккумулировать обязательные взносы работодателей на медицинское страхование работающих и платежи из

местных бюджетов на медицинское страхование неработающего населения. Размеры взносов работодателей четко определены налоговым законодательством: они равны 3,6% от суммы фонда оплаты труда. Между тем, при порядок осуществления платежей из бюджетов в федеральном законодательстве не установлены. Соответственно, платежи из местных бюджетов за неработающее население осуществляются в объемах, недостаточных для полноценного финансирования программ ОМС.

Стоимость базовой программы ОМС, на основе которой в субъектах РФ ежегодно утверждаются территориальные программы ОМС, составила в 2000 г., по нашей оценке, 154,5 млрд руб. или 2,2% ВВП². Фондами ОМС были собраны взносы работодателей на ОМС работающего населения,

² Для оценки размера требуемых затрат на предоставление объемов медицинской помощи населению использовались нормативы стоимости медицинской помощи, установленные Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС в методических рекомендациях по разработке территориальных программ государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью, которые были рассчитаны в ценах 1996 г. (Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью. Утверждены Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 16.10.1998). В соответствующих методических рекомендациях в последующие годы за основу брались именно эти показатели, которые корректировались с использованием официальных данных о прогнозируемом значении индекса-дефлятора ВВП. Нами был осуществлен расчет значений указанных нормативов за 2000 г. с использованием фактических величин индекса-дефлятора ВВП в 1997-2000 гг. Умножив рассчитанные значения нормативов стоимости на объемы фактически оказанной медицинской помощи населению в 2000 г. (Министерство здравоохранения РФ. Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения за 2000 г., форма № 47), на среднегодовую численность населения и на коэффициент 1,125, учитывающий затраты на другие виды медицинской помощи и на поддержание системы здравоохранения (Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью на 2000 год. Утверждены Минздравом РФ и Федеральным фондом ОМС по согласованию с Минфином РФ 17.01.2000), получаем величину 244,7 млрд. руб., что составляет 3,5% ВВП. Стоимость объема медицинской помощи, включенной в базовую программу ОМС, рассчитывалась как произведение рассчитанной стоимости обеспечения государственных гарантий на долю стоимости базовой программы ОМС в программе государственных гарантий, установленной в 2000 г. в вышеуказанных методических рекомендациях.

штрафы и пени в размере 51,1 млрд руб.; платежи из бюджетов субъектов РФ за неработающее население, направленные в фонды ОМС, равнялись 17,9 млрд руб.; поступления в систему ОМС достигли 69 млрд руб. или 1,0% ВВП. Этого было достаточно для покрытия всего лишь 45% стоимости базовой программы ОМС.

Если же говорить о финансировании всей программы государственных гарантий за счет как средств ОМС, так и бюджетных ассигнований, то сумма этих средств составила в 2000 г. 204,5 млрд руб., или 2,9% ВВП. Уровень финансового обеспечения государственных гарантий медицинского обслуживания населения равнялся 84% (см. рис. 1).



Источник: данные Госкомстата России, расчеты авторов.

Рис. 1. Государственное финансирование здравоохранения в 2000 г. (млрд руб.)

Недостаток государственного финансирования восполняется частными расходами. Широкое распространение получила фактическая платность формально бесплатной медицинской помощи.

При этом используются три основных канала оплаты медицинских услуг:

1. оплата страховыми медицинскими организациями услуг, оказываемых лицам, застрахованным в данных организациях по программам ДМС;
2. оплата самими пациентами или их работодателями фактически оказанных услуг по прямым договорам с медицинскими учреждениями;
3. неформальная оплата пациентами услуг медицинских работников.

Согласно части 5 статьи 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» от 28 июня 1991 г. N 1499-I, «добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования». Фактически эта норма закона не соблюдается: многие страховые медицинские организации предлагают программы ДМС, охватывающие медицинские услуги, предусмотренные базовой программой ОМС.

Данные государственной статистики свидетельствуют о высоких темпах роста взносов физических и юридических лиц на добровольное медицинское страхование и объемов предоставления населению платных медицинских услуг (см. табл. 1). Но ДМС пока не стало основной формой частного финансирования здравоохранения. Платные медицинские услуги развивались более быстрыми темпами, чем ДМС.

Таблица 1

Частные расходы на здравоохранение, млрд руб., (1998 г. – млн руб.)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Взносы на добровольное личное медицинское страхование	55	390	1182	2237	3386	3841	7155	12756
Платные медицинские услуги населению	105	648	2939	5515	9573	12056	19826	27506

Источник: Российский статистический ежегодник, 2001. М.: Госкомстат России, 2001, сс. 540–541; Здравоохранение в России. Статистический сборник. М.: Госкомстат России, 2001, с. 318.

Следует констатировать, что в «классической» рискованной форме ДМС осуществляется только некоторыми российскими страховщиками

при страховании отдельных физических и юридических лиц. При этом тарифы на такой вид страхования достаточно велики. Это объясняется тем, что в силу незначительного распространения ДМС наблюдается большая величина убыточности страховой суммы. А именно этот статистический показатель кладется в основу расчета тарифов при добровольных видах страхования. В результате страховщики, которым при рисковом страховании необходимо иметь достаточные страховые резервы для покрытия своих обязательств, вынуждены продавать страховые услуги за высокую цену, обеспечивающую накопление нужных резервов. Немногие российские страхователи и страховщики могут позволить себе работать в таких условиях.

До настоящего времени основная часть программ ДМС представляла собой варианты предоставления «разовых» медицинских услуг – так называемые «монополисы» или «депозитные страховые схемы». В этих случаях роль страховщика сводится к организации предоставления пациенту медицинской помощи в пределах суммы, несколько меньшей той, которую он выплатил. При этом средства от граждан и их работодателей первоначально поступают в страховую организацию, позволяя медицинскому учреждению переложить на нее же ответственность за учет этих средств, оформление договорных отношений с пациентами и т.п.

Учитывая, что пациент или его работодатель, приобретая монополис, платит за необходимые услуги непосредственно перед их получением, можно констатировать отсутствие признаков страхового риска в данной схеме. При заключении договора здесь заранее известен размер «страховой выплаты» – цена услуги. Также отсутствует главное достоинство системы ДМС – возможность планирования индивидуальных затрат на медицинскую помощь (в классической схеме ДМС страховой взнос уплачивается один раз, и при получении медицинской помощи застрахованный уже не беспокоится об оплате лечения, даже если его стоимость многократно превышает уплаченный взнос). С теоретической точки зрения, средства, поступающие в медицинское учреждение при работе по монополисной схеме, нельзя считать средствами ДМС. Однако эта форма предоставления услуг является основной в реальной деятельности страховых медицинских организаций, осуществляемой под наименованием добровольного медицинского страхования.

Страхование по программам ДМС производят как физические лица, так и их организации-работодатели. Уплату взносов на ДМС сотрудников

сегодня осуществляют около 1,5% российских предприятий и организаций и 80% иностранных компаний, чьи представительства действуют на территории РФ. По оценкам ОАО «РОСНО», российские предприятия обеспечивают 55% объема собранных страховых взносов по ДМС, иностранные – 35%.

Обсуждая особенности сочетания ОМС и ДМС в нашей стране, необходимо обратить также внимание на следующее обстоятельство. Лица, застрахованные по программам ДМС, обычно почти не пользуются услугами, оплачиваемыми за счет средств ОМС. Взносы, уплаченные за таких лиц в систему ОМС (социальный налог, уплачиваемый работодателями), для этих лиц становятся потерянными деньгами.

1.2. Сравнительный анализ медицинских услуг, оплачиваемых из общественных и частных средств

1.2.1. Объект анализа

Рассмотрев общие институциональные и макроэкономические характеристики систем обязательного и добровольного медицинского страхования, обратимся теперь к анализу состава и качества услуг, предоставляемых населению за счет разных источников финансирования. Следует сразу отметить, что особенности организации государственной статистики в сфере здравоохранения существенно ограничивают возможности такого анализа. Формы отчетности медицинских учреждений не предусматривают четкого разграничения объемов медицинских услуг, оказываемых за счет частных средств, на услуги по ДМС и услуги, оплачиваемые гражданами или их работодателями по прямым договорам с медицинскими учреждениями. В государственной статистике используется понятие «платные медицинские услуги». Оно включает суммы, полученные учреждениями здравоохранения от населения за различные виды медицинской помощи и санитарного обслуживания. На практике же очень часто к категории платных услуг относят медицинские услуги, предоставляемые застрахованным по ДМС и оплачиваемые страховыми медицинскими организациями. Другими словами, услуги застрахованным по ДМС не вычлняются в отчетности медицинских учреждений из состава платных медицинских услуг.

С целью выявления сравнительных особенностей предоставления медицинских услуг, финансируемых из общественных и частных источников,

был проведен выборочный анализ деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ). Выбор объектов для исследования определялся методами учета медицинской помощи, принятыми в разных частях системы здравоохранения (в различных системах организации и оплаты медицинской помощи, в различных территориях). На сегодняшний день учет медицинской помощи, предоставляемой государственными и муниципальными АПУ, в разрезе отдельных услуг ведут формально всего около 20 территорий РФ. На самом деле большая часть этих территорий анализирует медицинскую помощь по профильным посещениям, не детализированным на отдельные услуги. При этом имеет место несовершенство форм отчетной документации, отсутствует единый стандарт автоматизированного ведения учета. В результате данные одного региона РФ плохо сравнимы с данными другого региона. В ведомственных и частных медицинских организациях диверсификация подходов к учету достигает своего крайнего проявления – применяемые технологии уникальны для каждого отдельно взятого АПУ.

Поэтому главным критерием выбора объектов для целей анализа структуры и объемов медицинской помощи являлась возможность анализировать медицинскую помощь в разрезе отдельных услуг и сопоставимость имеющихся данных. В результате были отобраны двадцать амбулаторно-поликлинических учреждений в трех городах: Москве, Санкт-Петербурге и Саратове. Все они оказывают широкий спектр медицинских услуг.

Учитывая уже упоминавшееся несовершенство систем медико-экономического учета, финансовые и натуральные показатели медицинской помощи, оказываемой в выбранных АПУ, были сгруппированы в две категории: 1) бесплатные услуги, финансируемые из общественных источников (бюджет + ОМС); и 2) платные услуги, финансируемые из частных источников (средства граждан и их работодателей, уплачиваемые непосредственно медицинским учреждениям, или страховым медицинским организациям). Доля каждой группы источников в общем объеме финансирования исследуемых учреждений по данным за 2000 г. приведена в *табл. 2*.

В выбранных лечебных учреждениях объем средств, поступающих из частных источников, оказался сопоставим с общим финансированием из бюджета и системы ОМС. Но при этом сильно различается число пациентов, обслуживаемых за счет каждой группы средств. Соответственно, на лечение одного пациента, финансируемое из общественных источников,

затрачивается многократно меньше средств, чем при финансировании из частных источников.

Таблица 2

Количество пролеченных и структура финансирования отдельных амбулаторно-поликлинических учреждений в 2000 г.

Учреждение	Количество пролеченных		Доля средств в общем объеме финансирования (%)	
	Бесплатные услуги	Платные услуги	Бесплатные услуги	Платные услуги
Поликлиника № 220 (г.Москва)	21438	10257	42,3	57,7
Поликлиника № 38 (г.Москва)	16503	3318	47,8	52,2
Поликлиника № 223 (г.Москва)	16530	1976	65,7	34,3
Поликлиника № 197 (г.Москва)	13069	1873	71,3	29,7
Консультативно-диагностический центр Приморского района (г.Санкт-Петербург)	21990	1879	56,7	43,3
Территориальное медицинское объединение № 51 (г.Санкт-Петербург)	4767	1372	52,5	47,5
Поликлиника при Центральной МСЧ №122 (г.Санкт-Петербург)	13593	1068	61,4	38,6
Поликлиника № 1 (г.Саратов)	5434	926	67,2	32,8
Поликлиника № 2 (г.Саратов)	5346	357	73,3	26,7
Поликлиника при областной клинической больнице (г.Саратов)	10689	725	88,5	11,5

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений

Сравним объемы и состав медицинских услуг, предоставляемых различным категориям пациентов, проживающим в разных регионах, при разных заболеваниях, в разных условиях организации и оплаты медицинской

помощи. Данные об общем количестве оказанных ими услуг приведены в табл. 3.

Таблица 3

Количество выполненных медицинских услуг в отдельных амбулаторно-поликлинических учреждениях в 2000 г.

Учреждение	Количество пролеченных за 2001г		Количество выполненных услуг		Среднее количество услуг на пациента	
	Бесплатные услуги	Платные услуги	Бесплатные услуги	Платные услуги	Бесплатные услуги	Платные услуги
Поликлиника № 220 (г.Москва)	21438	9039	150069	108476	7	12
Поликлиника № 38 (г.Москва)	16503	2877	132020	31643	8	11
Поликлиника № 223 (г.Москва)	16530	1473	99180	16210	6	11
Поликлиника № 197 (г.Москва)	13069	1590	104554	19087	8	12
Консультативно-диагностический центр Приморского района (г.Санкт-Петербург)	21990	1043	109953	12519	5	12
Территориальное медицинское объединение № 51 (г.Санкт-Петербург)	4767	820	37365	7373	7	9
Поликлиника при Центральной МСЧ №122 (г.Санкт-Петербург)	13593	670	81561	6035	6	9
Поликлиника № 1 (г.Саратов)	5434	661	43477	6610	8	10
Поликлиника № 2 (г.Саратов)	5346	284	42765	3118	8	11
Поликлиника при областной клинической больнице (г.Саратов)	10689	479	85518	5260	8	11
Поликлиника Министерства экономики (г.Москва)	10337		113707		11	
Поликлиника № 1 МПС (г.Москва)	6924		83088		12	
Поликлиника Издательства «Известия» (г.Москва)	9390		112680		12	
Поликлиника Санкт-Петербургского метрополитена (г.Санкт-Петербург)	8890		88900		10	
Поликлиника при Балтийской клинической центральной бассейновой больнице (г.Санкт-Петербург)	6769		81228		12	
Поликлиника при Дорожной клинической больнице Приволжской ЖД (г.Саратов)	7565		83215		11	
Поликлиника при медицинском отделе Тыла УВД Саратовской области (г.Саратов)	2315		23150		10	
АО «Медицина» (г.Москва)	12469		248070		19	
Европейский медицинский центр (г.Москва)	8229		121220		15	
АО Медицинский центр «Балтмед» (г. Санкт-Петербург)	3544		44 884		13	

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений

1.2.2. Сравнение бесплатных и платных амбулаторно-поликлинических услуг по видам заболеваний

Для выявления различий в объемах и составе услуг, оплачиваемых из разных источников, сопоставим распределение оказанных услуг пациентам, обратившимся по поводу заболеваний одинакового профиля. Профили болезни определялись в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10). Используя метод кластерного анализа, изучаемые профили были разбиты на 3 группы, различающиеся по частоте обращения пациентов к врачу. Состав групп представлен в табл. 4.

Таблица 4

Сегментация анализируемых профилей заболеваний

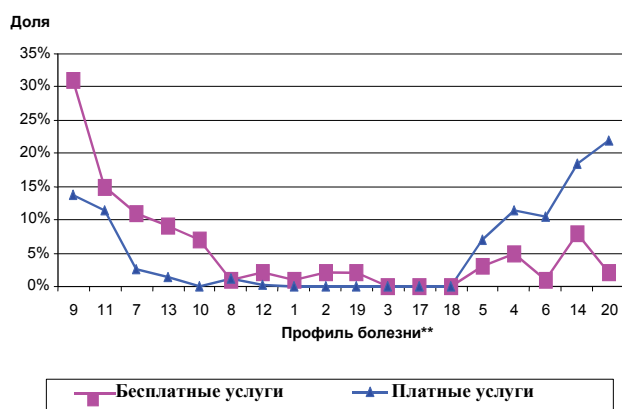
Группа	Код по МКБ	Наименование профиля заболевания
1.	7	Болезни глаза и его придаточного аппарата
	9	Болезни системы кровообращения
	10	Болезни органов дыхания
	11	Болезни органов пищеварения
	13	Болезни костно-мышечной системы
2.	1	Инфекционные и паразитарные болезни
	2	Новообразования
	3	Болезни крови и кроветворных органов.
	8	Болезни уха и сосцевидного отростка.
	12	Болезни кожи и подкожной клетчатки.
	17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения.
	18	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные в процессе клинических и лабораторных исследований.
3.	4	Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ.
	5	Психические расстройства и расстройства поведения.
	6	Болезни нервной системы.
	14	Болезни мочеполовой системы.
	21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в ЛПУ.

На рис. 2 представлено распределение количества случаев обращения за бесплатной и платной медицинской помощью по различным профилям заболеваний. Сравнительный анализ предоставляемых бесплатно и платно объемов медицинских услуг, распределенных по профилям болезней, дает следующие результаты.

Бесплатная медицинская помощь. Примерно 70% обращений приходится на первую группу заболеваний. Еще примерно 10% обращаются по поводу второй группы и 20% по поводу заболеваний третьей группы.

Основная часть бесплатной амбулаторно-поликлинической помощи приходится на болезни системы кровообращения (БСК) – около 35% общего объема оказанных бесплатно услуг – и болезни органов пищеварения – 15% (см. рис. 2). Обращения в связи с факторами, влияющими на здоровье населения, занимают лишь 3% от объема предоставленных услуг.

Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи за счет общественных средств связано с обращениями либо по поводу установления (уточнения) диагноза в отношении основных заболеваний, имеющих в личном анамнезе пациента, освидетельствования в связи с временной или стойкой утратой нетрудоспособности, либо с необходимостью проведения конкретных лечебных процедур и контроля медицинского вмешательства.



* По данным работы амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 2.

** Указаны коды болезней по МКБ.

Рис. 2. Распределение обращений по профилям заболеваний (МКБ-10) в 2000 г. *.

Платная медицинская помощь. При платном предоставлении медицинской помощи структура обращений по группам заболеваний прямо

противоположна структуре обращений за бесплатной помощью: 30% обращений по первой группе и 70% по третьей группе профилей заболеваний. Вторая группа профилей заболеваний практически не представлена

В отличие от бесплатного лечения, обращения за платной амбулаторно-поликлинической помощью в связи с факторами, влияющими на состояние здоровья населения, составляют треть случаев, среди которых в 30% случаев обнаруживается скрытая патология; обращения по поводу заболеваний составляют две трети случаев, из них: БСК (23%); болезни мочеполовой системы (17%), органов пищеварения (11%) и болезни нервной системы (7%), среди которых в двух третях случаев выявляется скрытая патология (рис. 2).

Среди платных преобладают медицинские услуги, относящиеся к сложным и комплексным услугам, стоимость которых выше, чем стоимость услуг, предоставляемых бесплатно. Платные услуги, предоставляемые при обращениях за медицинской помощью в связи с факторами, влияющими на состояние здоровья населения, являются по своему функциональному назначению профилактикой основных заболеваний. Они относятся к разряду дополнительной помощи и не входят в базовую программу ОМС. Предоставляемые платные услуги, кроме того, отличаются повышенной комфортностью и уровнем сервиса при медицинском обслуживании.

Преобладают обращения в связи с экспертизой здоровья среди условно-здоровых лиц:

- обращения в связи с какой-либо специальной целью (например, специальное скрининговое обследование с целью выявления отклонений и расстройств от нормального состояния, обследование в связи со страхованием и др. цели административного порядка);
- для решения проблемы, не вызванной болезнью или травмой, или в связи с обстоятельствами (например, проблемы, связанные с образом жизни и трудностями его поддержания и др.);
- проблемами, связанными с потенциальной опасностью для здоровья (например, потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным или семейным анамнезом и др. обстоятельствами, влияющими на здоровье).

В этих случаях обращение за услугами сопровождается получением либо незначительной по объему помощи в связи с текущим состоянием

(дополнительные обстоятельства по условиям и образу жизни) и/или сложной помощи (скрининговое обследование, профилактика и коррекция).

1.2.3. Различия в половозрастной структуре потребителей бесплатных и платных услуг

Данные о половозрастной структуре потребления медицинских услуг свидетельствуют о выраженных различиях, существующих между получателями бесплатной и платной амбулаторно-поликлинической помощи (см. табл. 5). Основными потребителями платных услуг являются лица трудоспособного возраста: доля оказанных им услуг максимальна. Очевидно, что на долю населения трудоспособного возраста приходится и максимальный объем средств, привнесенных в систему здравоохранения.

Таблица 5

Половозрастная структура потребителей бесплатных и платных медицинских услуг

	Женщины (%)			Мужчины (%)		
	0–40 лет	40–55 лет	Старше 55	0–40 лет	40–60 лет	Старше 60
	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Бесплатные медицинские услуги						
Москва	7,7	6,9	52,3	3,4	2,7	27,0
Санкт-Петербург	8,1	7,1	56,8	3,5	3,2	21,3
Саратов	8,6	7,3	55,1	3,5	3,7	21,8
Платные медицинские услуги						
Москва	19,9	20,3	6,2	21,5	24,4	7,7
Санкт-Петербург	16,8	22,1	5,9	21,6	26,5	7,1
Саратов	18,4	20,8	5,7	22,2	26,3	6,6

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 3.

1.2.4. Сравнение состава медицинских услуг, предоставляемых бесплатно и за плату

Для проведения сравнения состава услуг, предоставляемых бесплатно и на платной основе, разделим все услуги по функциональному назначе-

нию на три основные группы – приемы, диагностические услуги, лечебные процедуры. Внутри каждой группы возможно выделение следующих подгрупп: приемы первичные, повторные, приемы терапевтические и приемы специалистов, диагностические манипуляции лабораторные и функциональные, лечебные процедуры инъекционные, хирургические и функциональные. Ввиду незначительной доли трех последних категорий услуг в анализируемой выборке для целей настоящего анализа применялось разделение на четыре категории услуг – 1) приемы; 2) диагностика лабораторная; 3) диагностика функциональная; 4) лечебные процедуры.

Бесплатная медицинская помощь. Распределение услуг, разделенных в соответствии с функциональным назначением, в общем объеме поликлинической помощи, бесплатно оказываемой в выбранных АПУ, представлено в табл. 6.

Таблица 6

**Доля услуг различного функционального назначения
в общем объеме бесплатной медицинской помощи,
оказанной АПУ экспертной выборки.**

Функциональная группа услуг	Количество (в % от общего объема)		
	Москва	Санкт-Петербург	Саратов
Диагностика лабораторная	12,11	13,02	11,97
Диагностика функциональная	6,17	1,35	5,47
Лечебные процедуры	16,05	15,34	12,62
Врачебные приемы	65,67	70,29	69,94
Итого	100,0	100,0	100,0

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 3.

Несмотря на различия в уровнях общественного финансирования АПУ и различия в применяемых методах оплаты медицинской помощи в изучаемых территориях долевое распределение услуг в общем объеме медицинской помощи имеет значительное сходство: лишь около 30% объема выпадает на диагностические манипуляции и лечебные процедуры. Почти 70% медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях представляет собой встречу пациента с врачом-терапевтом или узким специалистом.

В табл. 7 приведены данные о количестве пациентов, получивших различные комбинации услуг из числа предусмотренных протоколами (федеральными стандартами) лечения.

Таблица 7

Количество пациентов, получивших различные комбинации услуг.

Набор услуг	Доля от общего числа пациентов (в %)
Только врачебные приемы	60,18
Врачебные приемы + Диагностика лаб.	10,00
Врачебные приемы + Диагностика функц.	5,36
Врачебные приемы + Диагностика лаб.+ Диагностика функц.	4,76
Врачебные приемы + Диагностика лаб.+ Диагностика функц. + Лечебные процедуры	5,37
Врачебные приемы + Лечебные процедуры	14,34
Итого	100

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 3.

Как видно из представленных данных, полного набора услуг пациенты практически не получают. Более того, основная масса больных, независимо от пола и возраста, а также диагноза, в своем взаимодействии с лечебной сетью ограничены лишь приемом врача – терапевта или, что значительно реже, узкого специалиста. Лабораторная диагностика ограничена одним, или в редких случаях, двумя тестами. Функциональные диагностические методы представлены, как правило, одним или, что очень редко, двумя исследованиями.

Детальный анализ услуг, предоставляемых пациентам исследуемых групп, показывает, что в 75% случаев эти услуги относятся к списку из 100 наименований. Список этих услуг приведен в приложении 2. Четверть из них – это услуги стоматологического профиля. Сравним это с классификатором медицинских услуг: он содержит около 2000 наименований!

Важно также отметить, что набор услуг, получаемый пациентом, не зависит от вероятности его госпитализации. Пациенты, попадающие в стационар, до или после госпитализации получали, как и прочие пациенты, в основном услуги, относящиеся к группе «Врачебные приемы». Таким образом, с некоторой степенью условности можно говорить об отсутствии связи между тяжестью протекания заболевания и характером взаимодействия пациента с амбулаторно-поликлиническим учреждением. Лишь 20–30% всех больных получают некоторую часть обязательного набора услуг, предусмотренного протоколами (федеральными стандартами) лечения соответствующих заболеваний. Это прием врача и одно-два назначения из числа диагностических или лечебных процедур. При этом суммарно полу-

чаемые ими услуги составляют не более четверти стандартного минимального перечня. Остальные пациенты довольствуются только беседой с лечащим врачом. К тому же более чем в 80% случаев врач ограничивается назначением одного из 100 торговых наименований лекарственных средств. Следует отметить, что в РФ зарегистрировано более 10 000 торговых наименований препаратов

Недостаточный уровень услуг, предоставляемый АПУ, вынуждает пациентов обращаться в стационары для проведения общих манипуляций и исследований. На рисунке 3 приведены данные об услугах амбулаторно-поликлинического профиля, оказываемых в стационарах города Москвы.



Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 3.

Рис. 3

Платная медицинская помощь. 92% обращений за платной медицинской помощью в обследуемых АПУ имело характер разовых, эпизодических случаев получения отдельных медицинских услуг в рамках одного посещения АПУ. При этом пациенты получали не более 1–2 манипуляций, в основном это – лабораторная, инструментальная, функциональная диагностика. Структура обращаемости пациентов по профилям заболеваний представлена в табл. 8. Действующие системы учета предоставления «разовых» медицинских услуг в медучреждениях не позволяют осуществить структурирование объемов оказанной помощи применительно к диагнозам,

так как при разовых обращениях за отдельными платными услугами лечебно-диагностическая тактика не планируется, в большинстве случаев не ведется история болезни, динамика заболевания не отслеживается. Доля пациентов, получивших услуги в комбинации «прием врача + диагностика» составляет всего 7,4% от числа получивших платную медицинскую помощь.

Принципиально иная ситуация имеет место в тех случаях, когда обслуживаются пациенты, прикрепленные к данным АПУ в рамках программ ДМС и прямых договоров АПУ с организациями-работодателями. Структура услуг по их функциональному назначению, оказываемых на платной основе прикрепленному контингенту, представлена в *табл. 9*.

Структура предоставляемых услуг в общем объеме медицинской помощи в трех изученных регионах имеет общую особенность: наблюдается сокращение доли врачебных приемов и рост числа лечебно-диагностических манипуляций. Имеющиеся при этом территориальные различия, по всей видимости, обусловлены общим уровнем развития платных услуг в здравоохранении, состоянием материально-технической базы и менталитетом работников медучреждений.

Таблица 8

Структура обращаемости населения за платными медицинскими услугами (по профилям заболеваний)

Категория услуг	Доля в общем объеме услуг (%)		
	Москва	Санкт-Петербург	Саратов
Приемы (консультации) врачей-специалистов, в т.ч. по профилям	11,8	11,4	13,3
Терапия (общий профиль)	11,7	13,2	13,8
Гинекология	16,8	12,6	10,1
Неврология	18,4	17,3	11,4
Урология	8,9	8,1	7,6
Офтальмология	12,3	12,6	12,3
Дерматология	10,2	10,1	9,7
Гастроэнтерология	5,2	7,3	7,8
Эндокринология	4,7	6,1	7,2
Иное*	11,8	12,7	20,1
Лабораторная диагностика, в т.ч. по профилям	46,6	47,8	47,3
Терапия (общий профиль)	54,1	56,1	58,4
Гинекология	21,6	20,3	18,1
Эндокринология	13,8	11,2	9,7
Иное*	10,5	12,4	13,8

Таблица 8 продолжение

Категория услуг	Доля в общем объеме услуг (%)		
	Москва	Санкт-Петербург	Саратов
Функциональная и инструментальная диагностика, в т.ч. по профилям	33,4	33,1	32,3
Терапия (общий профиль)	49,8	51,3	53,4
Офтальмология	12,1	12,6	11,8
Гинекология	18,5	19,7	18,2
Кардиология	6,6	8,2	7,1
Иное*	13,0	8,2	9,5
Лечебные манипуляции, в т.ч. по профилям	8,2	7,7	7,1
Дерматология	44,9	41,2	38,6
Гинекология	21,7	22,1	21,3
Неврология	17,3	16,3	15,1
Иное*	16,1	20,4	25,0

* К категории «иное» отнесены врачебные профили, где доля услуг составляет менее 1%.

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 3.

Таблица 9

Доля услуг различного функционального назначения в общем объеме медицинской помощи застрахованным по ДМС, оказанной АПУ экспертной выборки.

Функциональная группа услуг	Количество (в % от общего объема)		
	Москва	Санкт-Петербург	Саратов
Диагностика лабораторная	32,41	29,59	26,53
Диагностика функциональная	13,74	9,82	9,67
Лечебные процедуры	18,14	24,35	12,02
Врачебные приемы	35,71	36,24	51,78
Итого	100,0	100,0	100,0

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 3.

Структура услуг, оказываемых прикрепленному «коммерческому контингенту», имеет существенные отличия от услуг, предоставляемых населению бесплатно. Это касается прежде всего значительно более высокой доли диагностических и лечебных манипуляций. В табл. 10 представлены данные о процентном соотношении пациентов, получавших различные комбинации медицинских услуг. Число больных, медицинская помощь

которым была оказана лишь в форме приема врача, составляет менее 10% обратившихся с данным диагнозом. Большинство больных получают 60–80% медицинских услуг, предусмотренных протоколами (федеральными стандартами).

Таблица 10

Количество пациентов, получивших различные комбинации услуг.

Набор услуг	Доля от общего числа пациентов (в %)
Только врачебные приемы	8,38
Врачебные приемы + Диагностика лаб.	20,21
Врачебные приемы + Диагностика функц.	10,36
Врачебные приемы + Диагностика лаб.+ Диагностика функц.	33,16
Врачебные приемы + Диагностика лаб.+ Диагностика функц. + Лечебные процедуры	17,78
Врачебные приемы + Лечебные процедуры	10,11
Итого	100

Источник: данные первичной отчетности амбулаторно-поликлинических учреждений, указанных в табл. 3.

Характер предоставляемых на платной основе амбулаторно-поликлинических услуг позволяет сделать вывод, что платные услуги потребляются населением с целью сократить дефицит диагностической помощи, существующей в системе бесплатного медицинского обслуживания.

1.3. Анализ возможностей развития ДМС

Серьезным ограничением развития ДМС является уровень цен на страховые программы. В табл. 11 приведены данные о ценах на программы ДМС в исследованных нами АПУ. Страховые взносы в программах ДМС, предусматривающих прикрепление к АПУ, достаточно велики из-за незначительного количества застрахованных по таким договорам.

Полезную информацию для оценки возможностей развития ДМС предоставляют данные социологических исследований, в частности, исследования, проведенного в 2000 г. сотрудниками ОАО «РОСНО». Количество респондентов составило 10 тысяч человек в возрасте от 18 до 80 лет, в том числе 6 тысяч пациентов АПУ Москвы, 3 тысячи пациентов АПУ Санкт-Петербурга и 1 тысяча пациентов АПУ г. Саратова. Около 70% респондентов составили пациенты государственных медицинских учреждений, 20,8% – ведомственных и 8,2% – самостоятельных. Более половины

респондентов были пенсионерами или не работали (68,2%). Опрос проводился методом анкетирования.

Таблица 11

Диапазон страховых взносов для программ полного поликлинического обслуживания в АПУ экспертной выборки в ценах 2000 г.

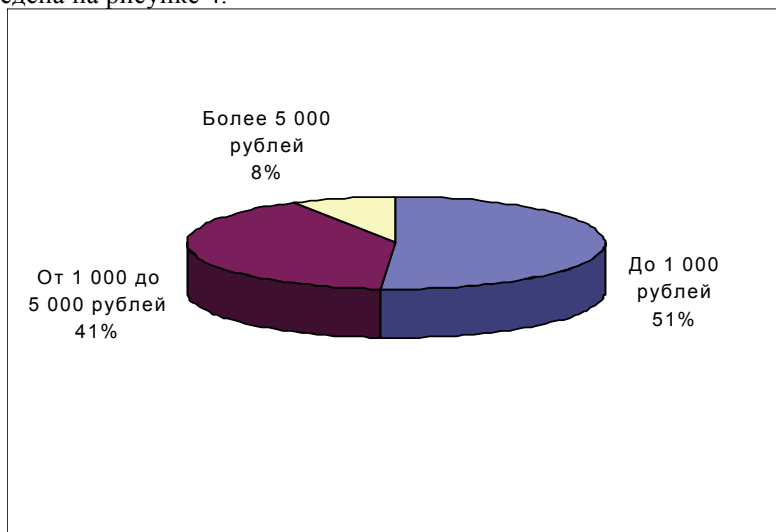
	Полное поликлиническое обслуживание	Целевые (ограниченные) программы	Особенности
Поликлиника № 220 (г. Москва)	10–15 тыс. руб	+	
Поликлиника № 38 (г. Москва)	3,5–6 тыс. руб		
Поликлиника № 223 (г. Москва)	4–6 тыс. руб	+	
Поликлиника № 197 (г. Москва)	5–7 тыс. руб		
Консультативно-диагностический центр Приморского района (г. Санкт-Петербург)	2–4 тыс. руб	+	
Территориальное медицинское объединение № 51 (г. Санкт-Петербург)	4–5 тыс. руб	+	в основном – программы, ориентированные на лечение отдельных заболеваний
Поликлиника при Центральной МСЧ №122 (г. Санкт-Петербург)	4–5 тыс. руб		
Поликлиника № 1 (г. Саратов)-	2–4 тыс. руб		
Поликлиника № 2 (г. Саратов)	2–4 тыс. руб		
Поликлиника при областной клинической больнице (г. Саратов)	2,7–3,5 тыс. руб	+	в основном – программы, ориентированные на лечение отдельных заболеваний

Таблица 11 продолжение

	Полное поликлиническое обслуживание	Целевые (ограниченные) программы	Особенности
Поликлиника Министерства экономики (г. Москва)	3–4,5 тыс. руб	+	
Поликлиника № 1 МПС (г. Москва)	2,5–3 тыс. руб	+	
Поликлиника Издательства «Известия» (г. Москва)	5–7 тыс. руб		
Поликлиника Санкт-петербургского метрополитена (г. Санкт-Петербург)	4–5,5 тыс. руб	+	
Поликлиника при Балтийской клинической центральной бассейновой больнице (г. Санкт-Петербург)	4,7–5,5 тыс. руб		
Поликлиника при Дорожной клинической больнице Приволжской ЖД (г. Саратов)	4–5 тыс. руб	+	в основном – программы, ориентированные на лечение отдельных заболеваний
Поликлиника при медицинском отделе Тыла УВД Саратовской области (г. Саратов)	3–4,7 тыс. руб		
АО «Медицина» (г. Москва)	18–20 тыс. руб	+	
Европейский медицинский центр (г. Москва)	30–60 тыс. руб	+	
АО Медицинский центр «Балтмед» (г. Санкт-Петербург)	6–8 тыс. руб		

Добровольным медицинским страхованием оказались охвачены только 2% респондентов. Вместе с тем практически все опрошенные (98,2%) отметили, что более или менее регулярно оплачивают медицинское обслуживание. В их числе 81% респондентов платили лично врачу, 36% – в кассу медицинского учреждения (допускалось указание нескольких вариантов ответов, поэтому сумма показателей в процентах превы-

шает 100). Структура затрат населения на оплату медицинской помощи приведена на рисунке 4.



Источник: данные социологического исследования РОСНО в 2000 г.

Рис.4. Структура затрат населения на оплату медицинской помощи

80% респондентов выразили готовность тратить часть своего дохода на оплату медицинской помощи ради обеспечения повышенного уровня качества медицинских услуг, применения передовых медицинских технологий, получения дополнительного сервиса. Но заключить договор ДМС принципиально готовы лишь 10% опрошенных. Таким образом, система «прямой оплаты» медицинских услуг для населения выглядит привычнее и проще.

На вопрос: «Заинтересованы ли Вы в приобретении страхового полиса, который обеспечивает оказание дополнительных услуг по организации медицинской помощи (при стоимости полиса 700–900 рублей в год)?» положительно ответили 67% респондентов. Однако данная оценка потенциального рынка представляется завышенной, так как заинтересованность в приобретении не гарантирует однозначной покупки полиса.

Данные проведенного исследования свидетельствуют также, что:

- равная заинтересованность наблюдается и у мужчин, и у женщин;

- среди имеющих работу – 71% заинтересованы в приобретении полиса, среди неработающих – 56%;
- по возрастным группам наибольший интерес наблюдается у респондентов в возрасте 21–30 лет и 31–45 лет.

Проведенный анализ свидетельствует, что в российской действительности процесс сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования происходит в значительной степени стихийно. Недостаточность медицинской помощи, получаемой в общественном секторе здравоохранения, заставляет пациентов искать пути получения недостающих медицинских услуг за счет личных доходов или средств работодателей. При этом подобными возможностями в значительно меньшей степени могут пользоваться граждане, относящиеся к категории социально незащищенных – хронические больные и малообеспеченные. А ведь именно они и нуждаются в большем объеме медицинской помощи. При недостаточности медицинской помощи для этой категории потребность в ней увеличивается. В результате усиливается диспропорция между объемами необходимого и доступного этим гражданам медицинского обслуживания.

В свою очередь, за последние годы в РФ вырос слой людей – средний класс и богатые, – считающих, что лучше больше платить, чем дольше болеть. Они готовы больше платить за медицинские услуги в соответствии с повышением их качества. Появление нового слоя состоятельных работников, самозанятых, предпринимателей оживляет рынок дополнительного медицинского страхования.

Все это обуславливает актуальность разработки подходов к созданию многоуровневой системы сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования, дифференцированной по степени участия государства в оплате медицинской помощи для различных категорий населения.

1.4. Перспективные схемы сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования

1.4.1. Медико-социальное страхование

Перспективы развития форм добровольного медицинского и социального страхования и их сочетания с обязательным медицинским и социальным страхованием не могут анализироваться вне обсуждения вопросов реформирования сложившихся систем обязательного медицинского и социального страхования.

В «Основных направлениях социально-экономической политики Правительства Российской Федерации на долгосрочную перспективу», одобренных Правительством Российской Федерации 28 июня 2000 г., и в Плане действий Правительства Российской Федерации в области социальной политики и модернизации экономики на 2000–2001 гг., утвержденных Распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 июля 2000 г. № 1072-р., в числе наиболее приоритетных задач политики в сфере здравоохранения на ближайшую перспективу были установлены: формирование объединенной системы медико-социального страхования и рационализация программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи.

Единую систему обязательного медико-социального страхования предполагалось создавать на основе объединения существующих систем обязательного медицинского страхования и социального страхования. Возможность такого объединения связана с тем, что объект ОМС – заболевание застрахованного – является основным объектом существующей системы социального страхования. Однако механизмы финансирования выплаты пособий по нетрудоспособности и финансирования лечения разъединены. В результате принятие решений о выборе формы, интенсивности и длительности лечения, реабилитации, профилактики происходит без учета затрат по выплате пособий. Кроме того врачи часто действуют без надлежащего контроля со стороны работников системы социального страхования и имеют возможность злоупотреблять своим положением, выдавая бюллетени здоровым людям.

Целесообразность создания единой системы медико-социального страхования определялась следующими обстоятельствами:

1. Объединение двух систем страхования сформировало бы институциональные предпосылки для проведения единой рациональной политики по отношению к разным видам затрат, связанных с общим для этих систем страховым случаем;
2. Создание новой системы позволило бы пересмотреть направления расходования средств социального страхования, рационализировать условия выплаты пособий и сократить расходы, которые не связаны с четко выраженными страховыми случаями;
3. Формирование новой системы могло открыть новые возможности решения проблем перечисления из бюджетов

субъектов РФ взносов на страхование неработающего населения и незавершенности введения системы страхового финансирования основной части медицинской помощи, оказываемой населению.

Создание новой системы на основе слияния фондов ОМС и социального страхования давало возможность создать более управляемую систему в сравнении с существующей системой ОМС.

В существующей системе ОМС не решена проблема перечисления из бюджетов субъектов РФ взносов на страхование неработающего населения. Действенным способом решения этой проблемы является однозначное закрепление финансовых источников таких взносов в виде установление маркированных налоговых поступлений, например, таких, как определенная часть налога на доходы физических лиц, или акцизы на табачные изделия и алкоголь. Без подобного закрепления источников средств для платежей за неработающее население объединение существующих систем обязательного медицинского и социального страхования нецелесообразно. Создание более сложной системы без решения проблемы финансовой необеспеченности обязательств в рамках одной из исходных систем оказало бы деструктивное влияние на осуществление медицинского и социального страхования.

Разработка предложений об объединении обязательного и социального страхования в единую систему обязательного медико-социального страхования велась на протяжении полутора лет. В апреле 2002 г. Правительство РФ отказалось от такого объединения, не найдя возможностей закрепить определенные налоговые поступления в качестве источников финансирования платежей за неработающее население. Вместе с тем Правительство РФ не отказалось от идеи реформирования самой системы ОМС. В числе обсуждаемых в настоящее время предложений фигурируют:

- создание единого Федерального фонда ОМС с преобразованием существующих самостоятельных территориальных фондов ОМС в его региональные отделения;
- изменение порядка страхования неработающего населения, введение заявительного принципа включения неработающих в число застрахованных по ОМС, что, в свою очередь, позволит Федеральному фонду ОМС и его региональным отделениям более эффективно добиваться в судебном порядке от региональных и местных властей уплаты взносов за неработающих застрахованных;

- стимулирование привлечения средств граждан в легальных формах для финансирования получения медицинских услуг более высокого качества по сравнению с предоставляемыми в рамках ОМС.

Вышеуказанный поворот, который обозначается в самое последнее время в политике Правительства, усиливает актуальность анализа возможных форм сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования.

1.4.2. Перспективные направления сочетания ДМС и ОМС

Вопрос о формах дальнейшего существования обязательного медицинского страхования как элемента государственных гарантий связан прежде всего с вопросом о возможных путях покрытия финансового дефицита средств, направляемых на финансирование медицинской помощи. Существуют три основные стратегии достижения финансовой обеспеченности государственных гарантий.

Первая стратегия предусматривает рост государственного финансирования здравоохранения в сочетании с ограниченными мероприятиями по реструктуризации системы медицинского обслуживания и повышению ее эффективности.

Вторая стратегия ориентирует на существенное повышение эффективности использования имеющихся ресурсов, достигаемое за счет глубокой реструктуризации медицинской помощи с переносом максимально возможной ее части на амбулаторный этап с одновременной ликвидацией финансирования из общественных источников высвобождающихся мощностей.

Третья стратегия предполагает сочетание мер по повышению эффективности системы здравоохранения с частичным пересмотром гарантий и сокращением медицинской помощи (по видам, гарантированным объемам и условиям предоставления), полностью оплачиваемой за счет общественных источников.

Рассмотрим, какие пути сочетания обязательного и добровольного страхования открываются в случае реализации этих стратегий.

Первая стратегия достижения сбалансированности гарантий с финансовым обеспечением ориентирует на развитие ДМС как системы, замещающей ОМС, при сохранении неизменными государственных гарантий медицинского обслуживания населения. Здесь речь может идти о рационализации существующего сочетания ДМС и ОМС, легализации

практики включения в программы ДМС тех видов медицинской помощи, которые предусматриваются базовой программой ОМС, и включении в счет оплаты взносов по ДМС части средств, заплаченных за соответствующих застрахованных в систему ОМС.

Вторая стратегия не порождает новых вариантов сочетания ДМС и ОМС по сравнению с первой стратегией.

Третья стратегия создает принципиально иные условия для развития ДМС, по сравнению с первыми двумя стратегиями. Здесь речь идет о переводе оказания части видов медицинской помощи на платную основу для определенных категорий населения, или введении легального соучастия ряда категорий населения в финансировании медицинской помощи, предоставляемой по программе ОМС (соплатежи в момент получения медицинской помощи или введение дополнительного страхового взноса). Соответственно расширяется предмет добровольного медицинского страхования. Формы сочетания ДМС и ОМС предстают как формы многоуровневой системы медицинского страхования.

Основное условие успешной реализации любой из этих стратегий – четкое описание программы государственных гарантий – видов, объемов и условий предоставления бесплатной медицинской помощи. Тогда предметом ДМС могут выступать:

- получение помощи, не предусмотренной программой государственных гарантий;
- оказание помощи по альтернативным (высокотехнологичным, дорогостоящим) технологиям сверх программы государственных гарантий;
- получение помощи на мощностях (койках, оборудовании), не требующихся для реализации программы государственных гарантий, т.е. вне очереди (при наличии очередей в общественном здравоохранении);
- медикаментозное обеспечение, улучшенное по сравнению с утвержденным для программы государственных гарантий;
- сервисные услуги — пребывание в маломестной палате, оборудованной санузлом, телевизором, холодильником и т.д.;
- официально установленные соплатежи за медицинскую помощь, предусмотренную программой государственных гарантий.

Рассмотрим теперь подробнее принципы организации многоуровневой системы медицинского страхования.

1.4.3. Основные принципы построения многоуровневой системы медицинского страхования

Программа ОМС формируется как двухуровневая программа. Первый уровень программы ОМС включает медицинские услуги, которые предоставляются населению бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС.

Второй уровень программы ОМС включает медицинские услуги, которые одним группам населения предоставляются бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС, а другим группам – при условии соплатежей, и соответственно лишь частично финансируются из средств ОМС. Соплатежи, в свою очередь, могут быть предметом добровольного либо обязательного страхования.

Программы ДМС выступают в качестве программ третьего и более высоких уровней. Их предметом могут являться услуги, включенные в программу ОМС второго уровня, соплатежи за такие услуги, а также услуги сверх программы ОМС.

Создание многоуровневой системы медицинского страхования предполагает принятие следующих ключевых решений:

- четкое определение видов медицинской помощи, предоставляемой любому гражданину бесплатно (оплачивается за счет средств ОМС) при любых условиях;
- определение категорий граждан, имеющих право на получение наиболее широкого пакета медицинских услуг по ОМС, и критериев отнесения граждан к той или иной категории (уровень семейного дохода, социальное положение и др.);
- определение критериев ограничения видов и (или) объемов медицинской помощи, для разных категорий граждан.

Субъекты многоуровневой системы медицинского страхования. Основными субъектами многоуровневой системы медицинского страхования являются, прежде всего, застрахованные.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в РФ», застрахованными являются все граждане Российской Федерации. Гражданство является необходимым и достаточным условием для получения медицинской помощи в системе медицинского страхования. Законом определены страхователи для разных категорий населения, обеспечиваю-

щие возможность получения медицинской помощи путем заключения договора в пользу застрахованных лиц и перечисления страхового платежа.

Учитывая, что законодателем в системе медицинского страхования в качестве застрахованных определены граждане РФ, представляется целесообразным для многоуровневого медицинского страхования не выделять отдельные категории страхователей для различных категорий населения, а обозначить, что страхователем граждан РФ в программе ОМС первого уровня является Правительство РФ. При этом степень участия государства в оплате медицинской помощи в разных составляющих этой программы может быть различной и зависеть от принятых принципов дифференцирования прав населения.

Все категории населения будут иметь право на бесплатное получение медицинской помощи, включенной в программу ОМС первого уровня. Часть категорий населения будет иметь право на бесплатное получение медицинской помощи, включенной и во второй уровень программы ОМС. Остальные категории населения будут иметь право на частичную оплату государством стоимости медицинских услуг, включенных во второй уровень программы ОМС. Таким образом, программа ОМС становится дифференцированной для разных категорий населения. В случае, когда средств, предусмотренных из общественных источников на оплату медицинской помощи конкретной категории граждан, недостаточно, осуществляется «дострахование» на обязательной или добровольной основе. При этом страхователем может выступать работодатель, застрахованный или лицо, обеспечивающее доход застрахованного. Такое дострахование составляет содержание программ третьего уровня. Услуги, не включенные в программу ОМС, предоставляются всем категориям населения на платной основе.

Возможно проведение целенаправленных мероприятий, призванных широко привлекать работодателей к участию в медицинском страховании сотрудников. Так, в число застрахованных по ДМС могут включаться не только сами работники, но и, например, члены их семей, а также бывшие сотрудники предприятий, вышедшие на пенсию. В случае, когда основой договора ДМС являются именно типовые ОМС-охватывающие программы, предприятия должны получать существенные налоговые льготы. Кроме того, в отличие о существующей ситуации, уплаченные взносы должны полностью относиться на себестоимость продукции, и данная льгота должна применяться по отношению к любым застрахованным, включая выше-

названные. Уплаченные взносы не должны включаться в совокупный годовой доход физического лица.

Страховщик в системе многоуровневого медицинского страхования должен выполнять функции информационного и финансового менеджмента, необходимого для реализации дифференцированных программ. Это не могут быть государственные органы управления здравоохранения или фонды обязательного медицинского страхования, поскольку система предусматривает регулирование отношений, возникающих между пациентом и ЛПУ в «зоне перехода» между бесплатностью и платностью определенных объемов медицинской помощи. Для обеспечения уплаты необходимых соплатежей необходимо включение страховых механизмов, а, следовательно, и участие страховых организаций.

В качестве структур, обеспечивающих реализацию и контроль за выполнением программы ОМС и дифференцированных программ ДМС, должны рассматриваться страховые медицинские компании. Страховые компании должны обеспечивать эффективное управление медицинской помощью, на основе интеграции и анализа финансовой и клинической информации осуществляя управление потоками пациентов и достигая необходимого баланса между затратами, качеством и доступностью медицинской помощи. Одновременно с увеличением полномочий должны возрасти требования к страховым компаниям, участвующим в системе. Это должны быть структуры с высоким кадровым и техническим потенциалом, способные реализовать многообразные дифференцированные программы медицинского страхования, дополняющие и расширяющие гарантированный государственный минимум обеспечения населения РФ бесплатной медицинской помощью.

Программы медицинского страхования. Программы медицинского страхования – дифференцированные перечни медицинских и иных услуг, на получение которых имеют право застрахованные.

Программой медицинского страхования могут быть предусмотрены:

- виды медицинской помощи;
- конкретный перечень медицинских услуг;
- объемы медицинской помощи, в том числе кратность предоставления тех или иных услуг или количество койко-дней;
- требования к медицинским учреждениям, обеспечивающим медицинское обслуживание застрахованного (специфика применяемых медицинских технологий).

Программы различного уровня могут включать различный перечень видов медицинской помощи и перечень медицинских учреждений, оказывающих данные виды медицинской помощи.

Формирование программы ОМС первого уровня строится на следующих принципах:

- всем без исключения пациентам бесплатно оказываются все виды медицинской помощи в объеме, достаточном для устранения угрозы жизни; финансирование этой медицинской помощи полностью осуществляется из общественных источников;
- определяется перечень заболеваний, лечение которых осуществляется бесплатно для всех категорий населения; финансирование этой медицинской помощи полностью осуществляется из общественных источников.

Второй уровень программы ОМС включает перечень видов и объемы медицинской помощи, которые предоставляются бесплатно лишь для части категорий населения. К числу таких категорий целесообразно отнести членов семей с низкими доходами, хронически больных, и т.п. Остальным группам населения гарантируется лишь частичное участие государства в финансировании предоставления такой медицинской помощи.

Каким образом можно конкретизировать минимальный перечень гарантированных государством медицинских услуг, которые должны составить первый уровень программы ОМС? С нашей точки зрения, эта часть программы ОМС может включать:

- все виды ургентной медицинской помощи в объемах, достаточных для устранения непосредственной угрозы жизни застрахованного (в том числе лечение в стационаре);
- купирование болевого синдрома;
- установление диагноза заболевания;
- проведение мероприятий, препятствующих распространению эпидемий;
- лечение заболеваний в объеме «общеврачебной практики»³.

³ Как было показано выше, в настоящее время реально получаемый населением объем амбулаторно-поликлинической медицинской помощи ограничивается в 75-80% случаев узким спектром услуг, относящимся, по сути, к объему услуг врача общей практики.

Основу для формирования второго уровня программы ОМС должны составить разрабатываемые Министерством здравоохранения «Федеральные медицинские стандарты». Они представляют собой список наименований заболеваний и их групп в терминах и с шифрами Международной классификации болезней, с перечнями диагностических и лечебных процедур, проведение которых должно быть осуществлено при лечении тех или иных заболеваний, и требований к результатам их лечения. Следует особо отметить, что стандарт лечения заболевания не может зависеть от наличия или отсутствия денег. Это перечень действий, которые вылечивают болезнь. И они не могут быть стандартами первого или второго сорта. Поэтому в программе ОМС первого уровня речь следует вести не о стандартах в объеме общей врачебной практики, а о перечне услуг в объеме общей врачебной практики. А в программе ОМС второго уровня должны использоваться как раз стандарты.

В отношении медицинской помощи второго уровня необходимо сделать ряд пояснений.

Существующие в настоящее время федеральные стандарты медицинской помощи разрабатываются с учетом лучших достижений медицинской науки и включают значительное число манипуляций, необходимых для более точной диагностики и наилучшего лечения. Не вызывает сомнений тот факт, что обеспечение таких стандартов в отношении всего населения будет иметь исключительно благоприятные последствия для граждан. Однако реалии российского здравоохранения показывают, что не только в рамках ОМС, но и в рамках совмещения ОМС и платных разовых услуг пациенты не получают всего объема услуг и манипуляций, предусмотренной этими стандартами. Анализ статистических данных, представленных ранее, доказывает именно это. Для выполнения федеральных стандартов необходимо либо пересмотреть их в сторону сокращения, либо определиться с источниками покрытия затрат на их выполнение. В противном случае эти стандарты будут декларативны.

В основу программы ОМС второго уровня должны быть положены стандарты, отвечающие следующим требованиям:

Перечень диагностических процедур, включаемых в стандарты, ориентирован на постановку соответствующего развернутого клинического диагноза и на контроль за состоянием функций организма в процессе лечения, проведение которых медицинское учреждение должно гарантировать наличием соответствующего медицинского оборудования, подготовленного персонала и расходных материалов.

Перечень лечебных процедур включает наименование типов лекарственных средств и других видов лечебного воздействия, возможность использования которых гарантируется наличием соответствующих препаратов, оборудования, подготовленного персонала и применение которых должно осуществляться в соответствии с индивидуальными показаниями. Требования к результатам лечения представляют собой перечень обобщенных критериев, характеризующих позитивные итоги лечения больного.

Федеральные медицинские стандарты должны быть ориентированы на материально-технические, кадровые и другие ресурсные возможности типовых лечебно-профилактических учреждений – таких, как городские и центральные районные больницы и поликлиники, другие медицинские учреждения с аналогичными уровнями оказания медицинской помощи (видами медицинской деятельности), и являться информационной базой для разработки территориальных медико-экономических стандартов по рекомендованной схеме их описания.

Расчет стоимости первого уровня программы ОМС может быть осуществлен по фактическим данным о затратах на оказание соответствующих услуг, реально предоставляемых пациентам при разных профилях заболеваний.

Для программы ОМС второго уровня нужно рассчитать объем необходимых затрат на выполнение принятых стандартов, вычтя затраты на медицинскую помощь I уровня. Это возможно сделать, используя в программах разного уровня медицинского страхования Единый классификатор медицинских услуг. Далее необходимо определить те категории населения, в отношении которых оплата медицинской помощи, включенной в программу ОМС второго уровня, будет проводиться из общественных источников.

В целях более скрупулезного анализа возможно введение двух шкал дифференцирования – по категории пациента в социальном аспекте и по статусу пациента в клиническом аспекте, т.е. с учетом не только фактора «занятости» застрахованного, но и состояния его здоровья (соответственно – потребности в медицинской помощи различного объема и стоимости).

Сумма, недостающая для покрытия затрат на оказание стандартизированной медицинской помощи II уровня всему остальному застрахованному населению, будет являться суммой, подлежащей возмещению за счет соплатежей пациентов в момент потребления этих услуг или за счет «до страхования». Исходя из этого показателя, будут рассчитываться страховые взносы, выплачиваемые из частных источников. В одном варианте

многоуровневой системы страхования (вариант № 3) это дострахование может быть добровольным. В другом варианте (вариант № 4) взносы должны подлежать обязательной выплате за счет средств застрахованных и/или лиц, обеспечивающих их доход.

Техническая выполнимость задачи расчета страховых сумм не вызывает сомнений. При наличии статистики оказания услуг можно точно рассчитать объем затрат на лечение каждой группы заболеваний и долю каждого вида медицинских услуг в общем объеме финансирования здравоохранения на каждого гражданина из каждой категории и на всю совокупность граждан этой категории в целом. Таким образом, при формировании программ медицинского страхования можно заранее структурировать имеющиеся финансовые ресурсы, отнеся соответствующую долю средств на каждую группу заболеваний и каждую категорию населения. Внутри каждой группы, оценив уровень потребления каждой медицинской услуги и численность населения региона, становится возможным рассчитать необходимую величину страховых взносов.

Страховые взносы из общественных и частных источников для программы ОМС будут определяться на основе актуарных расчетов, и в условиях обязательной для всех категорий страхователей оплаты эти взносы будут ниже, чем расходы в момент обращения в лечебное учреждение.

Социальная удовлетворенность застрахованного пациента (потребителя медицинской услуги) тесно связана с качеством оказанной медицинской помощи. Но одновременно с получением лечебно-диагностических процедур, непосредственно относящихся к объёму оказанной медицинской помощи, пациент получает и немедицинские услуги по обеспечению социального и психологического благополучия. Сюда относятся: уровень комфорта в учреждении, санитарно-гигиенические условия, распорядок дня, не относящийся к лечению, взаимоотношения между персоналом и пациентами, не связанные с выполнением лечебных и диагностических назначений, возможности досуга, условия для встречи с родственниками, средства связи с внешним миром и т. д. Поэтому в понятие «качество медицинской помощи» входит и понятие «субъективное качество», позволяющее выделить субъективную составляющую качества, тесно связанную с личностью медицинского работника и уровнем социальной защиты граждан (уровень сервиса + качество медперсонала). При выполнении диагностических и лечебно-профилактических мероприятий можно учесть и наиболее полно реализовать все составляющие понятия «субъективное качество» медицинской помощи, если на это будут предусмотрены соответ-

ствующие материальные ресурсы и финансовое обеспечение. Такую возможность могут обеспечить программы III (и выше) уровня.

Финансирование программ III и более высоких уровней осуществляется только из частных источников. Страхователями являются работодатели и сами застрахованные. Расчет страховых взносов проводится на основе актуарных расчетов с учетом уровней потребности застрахованных и рыночного спроса.

Дифференциация принципов обслуживания застрахованных в зависимости от программы страхования должна предусматривать возможность увеличения норматива времени на прием больного врачом, совершенствование организации работы регистратур, врачебных и лечебно-диагностических кабинетов. Должны быть созданы условия для реальной конкуренции между врачами за пациента, с дифференциацией оплаты результатов врачебного труда в зависимости от объема и качества оказываемых медицинских услуг. Требуется развитие сети дневных стационаров на базах амбулаторно-поликлинических учреждений. В стационарных лечебных учреждениях при сохранении существующих площадей необходимо пересмотреть принципы составления штатного расписания, нормативы расходования медикаментов, перевязочного материала, других вспомогательных средств, площадей на одну койку.

Тарифы и страховые взносы на медицинские услуги в многоуровневой системе медицинского страхования. Финансовые затраты, насколько это возможно в действующих экономических условиях, должны быть адекватными объему и качеству предоставляемых медицинских услуг. Финансово-расчетные взаимоотношения субъектов медицинского страхования тесно связаны с решением проблемы расчета и согласования тарифов на медицинские услуги по программам медицинского страхования.

Тарифы в страховании рассчитываются таким образом, чтобы обеспечить «принцип нуля» для страховых резервов – сколько денег собрано для оплаты возмещения при страховых событиях, столько и выплачено. Поэтому наиболее важным при расчете тарифа является наличие достоверной страховой статистики, позволяющей оценить вероятность наступления страхового события, и наличие данных об убыточности страховой суммы – т. е. отношении средних выплат к средним страховым суммам. На основе страхового тарифа и величины страховой суммы определяется страховой взнос, обеспечивающий необходимый для выплаты страхового возмещения размер страхового резерва

В системе обязательного медицинского страхования в настоящее время отсутствуют понятия страхового тарифа и страхового взноса. Они заменены понятием «подушевой норматив», который не имеет никакого отношения к цене риска для различных категорий граждан и отражает лишь объем средств, аккумулированных в территориальном фонде ОМС.

Между тем, страховая статистика, необходимая для расчета страховых тарифов, дифференцированных по полу, возрасту и медико-социальному статусу застрахованных, в системе ОМС имеется. Поэтому рассчитать реальные страховые взносы на основе дифференцированного определения страховых тарифов и страховых сумм для разных категорий населения и программ страхования разного уровня не представляется чрезмерно сложной задачей. Опыт аналогичных расчетов давно освоен крупными страховщиками.

При этом за счет устранения дублирования услуг в программах разного уровня, исключения необоснованного большого числа «методов выбора» при лечении заболеваний, предотвращается распыление средств, более точно рассчитываются тарифы на услуги.

Предлагаемая методика позволяет на единой основе формировать территориальные программы медицинского страхования различного уровня и рассчитывать их стоимость с учетом сложившейся структуры потребления медицинской помощи населением каждого региона.

Введем следующие обозначения.

Q — вероятность обращения застрахованного в ЛПУ в течение страхового года. В качестве оценки величины Q рассматривается отношение числа застрахованных, обратившихся в медицинские учреждения по поводу каких-либо заболеваний, к общему числу застрахованных.

S - страховая сумма по программе страхования. Страховая сумма может быть рассчитана как максимально возможный объем затрат на лечение одного из общего числа застрахованных данной медико-социальной категории с учетом перечня и стоимости медицинских услуг, формирующих программу страхования, а также особенностей организационной технологии предоставления медицинской помощи и уровня субъективного качества обслуживания (сервиса).

m – средняя стоимость всех услуг, оказанных условному лицу, обратившемуся за медицинской помощью. В целях статистического анализа и расчетов должны быть использованы цены, приведенные к единому мас-

штабу в рамках формирования территориальных программ страхования различного уровня.

σ – стандартное отклонение стоимости всех услуг, оказанных лицу, обратившемуся за медицинской помощью. Измеряется в тех же единицах, что и величина m .

n - число застрахованных, которое предполагается иметь в системе в текущем году.

Нетто-ставка T_H состоит из двух частей: основной части T_0 и рисковой надбавки T_p :

$$T_H = T_0 + T_p. \quad (1)$$

Основная часть нетто-ставки соответствует средним выплатам страховщика и рассчитывается по формуле:

$$T_0 = q \frac{m}{S} 100 \%. \quad (2)$$

Рисковая надбавка вводится, чтобы учесть вероятные отклонения случайных величин от их средних значений и обеспечить с заданной вероятностью γ неотрицательность результата от операций по страхованию. Вероятность γ , именуемая гарантией надежности, принимается в целях настоящего расчета равной 0,95. Расчет рисковой надбавки осуществляется по формуле:

$$T_p = T_0 \cdot \alpha(\gamma) \sqrt{\frac{1 - q + (\sigma/S)^2}{n \cdot q}}, \quad (3)$$

где $\alpha(\gamma)$ - квантиль стандартного нормального закона распределения, отвечающий гарантии надежности γ . Округленно принимаем $\alpha(0.95) = 1,645$.

Брутто-ставка T_b рассчитывается по формуле:

$$T_b = \frac{T_H}{1 - f}, \quad (4)$$

где f - уровень нагрузки по данному виду страхования. В нагрузку включаются расходы на ведение дела страховщика и резерв предупредительных мероприятий. Рассчитанный по данной методике страховой тариф

будет отражать размеры базового страхового взноса, подлежащего оплате в соответствии с утвержденной программой. Характеристики этой программы и закладываются в основу расчета.

Таким образом могут рассчитываться тарифы для программ I и II уровней.

Тарифы на медицинские услуги в рамках программ III (и выше) уровня должны покрывать реальные затраты учреждения на выполнение медицинских услуг с применением высокотехнологичных, дорогостоящих методов диагностики и лечения. Также за счет этих средств должны покрываться расходы на обеспечение дополнительного сервиса при лечении. Страховой взнос по такой программе ДМС может быть более высоким – т. к. речь идет не об обеспечении «достаточного» качества медицинской помощи, которое может быть достигнуто уже на втором уровне системы.

Расчет страховых взносов, привязанный к реальной «цене риска» в различных программах страхования, даст возможность оценить необходимый размер финансирования из общественных источников медицинской помощи, которая при этом будет иметь четко определенные и жестко контролируемые объемы.

В свою очередь, такой расчет позволит определить реальный дефицит финансового наполнения программ II уровня, требующий привлечения средств из частных источников.

Результаты социологического опроса, приведенные нами выше, свидетельствуют, что две трети респондентов готовы приобрести страховой полис, который обеспечивает оказание дополнительных услуг по организации медицинской помощи, при стоимости полиса 700–900 рублей в год по данным 2000 г. При известной доле условности полученных результатов эта величина может стать отправной для расчета страховых сумм и, следовательно, программ страхования II уровня, финансируемого из частных источников. При этом расчеты можно проводить «от обратного», когда на основе объективно рассчитанной «цены риска» и возможного страхового взноса исчисляется величина страховой суммы, а, следовательно, и набор гарантируемых страховщиком медицинских услуг, включенных в программу.

Аналогично можно рассчитать набор медицинских услуг, включенный в программу II уровня для контингента, получающего медицинскую помощь, оплачиваемую из общественных источников.

В обоих случаях при страховой сумме, не обеспечивающей предоставление медицинской помощи по утвержденным федеральным стандартам,

встанет вопрос пересмотра этих стандартов и их «привязки» к реальным финансовым возможностям государства и населения.

Учет медико-статистической информации в многоуровневой системе медицинского страхования. Организация многоуровневой системы медицинского страхования подразумевает огромную работу по персонализации учета страховых взносов и выплат, формирования лицевых счетов застрахованных. Лицевой счет открывается на каждого гражданина, вступающего в территориальную систему медицинского страхования. Он состоит из двух частей:

Первая часть включает в себя первый уровень программы ОМС, оплата которой производится всем гражданам из общественных источников.

Вторая часть – сумма, вносимая в обязательном порядке из общественных источников; ее размеры дифференцируются для разных категорий граждан. Для одних они обеспечивают полное покрытие расходов по оказанию медицинской помощи в рамках программы ОМС второго уровня, для других – частичное покрытие этих расходов.

Третья часть – сумма, вносимая из частных источников.

Вторая и третья часть средств используются для оплаты того объема оказания медицинской помощи, медикаментов и лечебно-диагностических мероприятий, который включен в программу ОМС второго уровня.

На лицевой счет вносится сумма страхового взноса, рассчитанная для данной категории застрахованных. И пересчитанная для уплаты в рассрочку. Это так называемые рентные платежи с ежемесячной рассрочкой. Но в основе – не подушевой норматив, а реальная величина страхового взноса, рассчитанная на основе актуарной (страховой) математики для риска покрытия затрат на медицинскую помощь установленного объема для этой категории застрахованных.

Введение лицевых счетов, средства на которые поступают в виде постоянных периодических выплат, делает финансовую деятельность в системе медицинского страхования «прозрачной» и дает возможность производить реальный контроль за расходованием средств. Они обеспечивают возможность проведения рассрочки платежа, что облегчает финансовое бремя страхователя.

Личные счета должны носить накопительный характер и позволять страховщику формировать необходимые страховые резервы для покрытия затрат на гарантированное предоставление услуг по программе II уровня. Финансовые отношения страховщика и застрахованного в этом случае будут аналогичны отношениям в системе страхования жизни. Только сроки

страхования с текущей величиной страхового взноса будут более короткими (вероятнее всего, финансовый год) и пересматриваться в зависимости от экономической ситуации в стране.

Система лицевых счетов будет стимулировать работодателей платить дополнительные средства на медицинскую помощь и профилактические оздоровительные мероприятия для своих сотрудников.

Основной формой учета выполненных работ в многоуровневой системе медицинского страхования может служить реестр пациентов, включающий все категории пациентов, получивших медицинскую помощь в данном ЛПУ. Учет должен строиться на основе личных счетов пациентов, включенных в реестр, – при этом основным параметром учета должен стать номер единого страхового полиса.

Рассроченный характер выплат существенно увеличивает требования к финансовой устойчивости страховщика. Последний должен иметь достаточный страховой резерв, позволяющий обеспечивать выполнение обязательств перед застрахованным в полном объеме программы страхования, независимо от реальной доли страхового взноса, уплаченного страхователем к этому моменту.

Одновременно необходимо предусмотреть механизм, защищающий страховщика от недобросовестного страхователя. Вся система, построенная на страховых принципах, будет устойчиво работать только в случае неукоснительного соблюдения всеми участниками «правил игры»

1.4.4. Возможные варианты сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования

Основываясь на проведенном выше анализе стратегий достижения сбалансированности государственных гарантий медицинского обслуживания населения с их финансовым обеспечением и анализе возможностей формирования системы многоуровневого медицинского страхования как эффективного решения этой задачи, можно теперь сформулировать следующие варианты сочетания добровольного и обязательного страхования:

1. ДМС как дополнение ОМС.

- Программы ДМС включают услуги, выходящие за рамки программы ОМС.

2. ДМС как частичное замещение ОМС.

- Предметом ДМС выступают услуги, как дополнительные к базовой программе ОМС, так и включенные в эту программу.

Соответственно программы ДМС могут быть как дополняющими, так и охватывающими базовую программу ОМС.

- Добровольное страхование по программе, предмет которой включает и превосходит состав видов медицинской помощи, гарантируемых базовой программой ОМС (программа ДМС, охватывающая базовую программу ОМС), будет означать, что лицо, застрахованное по такой программе ДМС, является одновременно застрахованным у того же страховщика по ОМС. Соответственно страховщик берет на себя обязательства по обеспечению застрахованного всей медицинской помощью, предусмотренной программой ОМС, а также другими услугами, включенными в данную программу ДМС.
- Часть взносов за каждого застрахованного по программе ДМС, охватывающей базовую программу ОМС, возмещается из средств ОМС. Возмещение производится в размере, равном нормативу финансирования оказания медицинской помощи в расчете на одного застрахованного в системе ОМС.

3. Многоуровневая система страхования с добровольным страхованием соплатежей населения в ОМС.

- Программа ОМС формируется как двухуровневая программа. Первый уровень составляют медицинские услуги, предоставляемые всем категориям населения бесплатно и полностью финансируемые за счет средств ОМС.
- Второй уровень программы ОМС охватывает медицинские услуги, предоставляемые одним группам населения бесплатно, а другим группам – при условии соплатежей, и соответственно лишь частично финансируются из средств ОМС.
- Программы ДМС выступают в качестве программ третьего и последующих уровней. Предметом ДМС являются соплатежи за медицинские услуги, включенные в программу ОМС второго уровня, а также услуги, дополняющие или охватывающие программу ОМС.

4. Многоуровневая система страхования с обязательным дополнительным страхованием соплатежей населения в ОМС.

- В рамках программы ОМС выделяются два уровня, аналогично варианту 3.
- Соплатежи за медицинские услуги, предусматриваемые программой ОМС второго уровня, являются предметом обяза-

тельного страхования, но выбор страховщиков, и страховых программ производится самими гражданами на рынке страховых медицинских услуг.

- Предметом ДМС выступают услуги, дополняющие и охватывающие программу ОМС.

Первый вариант – ДМС как дополнение ОМС – соответствует той идеальной модели сочетания ДМС и ОМС, которая отражена в действующем законе о медицинском страховании. Этот вариант выделен нами как теоретически возможный. На практике, как уже не раз отмечалось, программы ДМС не только включают услуги, не предусматриваемые базовой программой ОМС, но и содержат те виды услуг, которые перечислены в программе ОМС. Таким образом, реализация варианта № 1 означала бы стремление свернуть уже существующую практику ДМС, ограничить рамки его развития. Такой путь не будет способствовать решению проблемы финансовой необеспеченности государственных гарантий.

Второй вариант – ДМС как частичное замещение ОМС – обладает следующими преимуществами по сравнению с первым вариантом и с существующим положением дел:

- происходит легализация существующей практики ДМС, и создаются условия для ее рационального регулирования;
- возмещение из средств, уплаченных в систему ОМС, части стоимости программ ДМС в случае, если они охватывают базовую программу ОМС, будет способствовать снижению размеров страховых взносов, уплачиваемых при страховании по ДМС, расширению круга лиц, которые смогут купить такие страховки и за счет легальной доплаты обеспечить для себя получение полноценной медицинской помощи.

Недостатками данного варианта являются:

- усложнение системы медицинского страхования и неизбежное увеличение административных расходов;
- возможность сговора медицинских учреждений и страховых медицинских организаций с целью понуждения граждан к приобретению страховых программ по ДМС, охватывающих базовую программу ОМС;
- необходимость усиления контроля за деятельностью страховых медицинских организаций, обоснованностью расчета ими размеров взносов на программы ДМС.

Третий и четвертый варианты предполагают пересмотр государственных гарантий бесплатного медицинского обслуживания. В условиях недостаточности государственного финансирования для обеспечения программы государственных гарантий медицинского обслуживания населения и роста объема медицинских услуг, оказываемых на платной основе, крайне важно, чтобы поступающие в медицинские учреждения средства не увеличивали теневой оборот в экономике, а расходовались в целях развития системы здравоохранения. Перспективным способом решения этой задачи является формирование системы многоуровневого медицинского страхования. Варианты № 3 и № 4 характеризуют две ее разновидности.

Преимуществами третьего и четвертого вариантов по сравнению с первыми двумя вариантами являются:

- возможность достижения в короткие сроки реальной сбалансированности государственных гарантий оказания медицинской помощи населению с источниками их финансирования;
- создание условий для легализации частного софинансирования общественной системы здравоохранения.
- Недостатками данных вариантов являются:
- высокие политические издержки, необходимость пересмотра конституционной нормы о бесплатности медицинской помощи;
- высокие уровень затрат на разработку, введение, регулирование системы многоуровневого страхования и обеспечение соблюдения ее участниками установленных правил ее функционирования.

Четвертый вариант более сложен в реализации, чем третий. Его главное сравнительное преимущество состоит в том, что он обеспечивает более равномерное распределение рисков затрат, связанных с лечением, между застрахованными, чем третий вариант.

Главным ограничением для реализации третьего и четвертого вариантов является политическая возможность их осуществления. Они требуют пересмотра конституционной нормы о бесплатном предоставлении медицинской помощи для всех граждан в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Эта норма давно стала декларативной, но ее официальный пересмотр будет связан с большими политическими издержками. Вполне очевидно, что он может состояться не ранее начала нового президентского срока.

В целом, учитывая совокупность сравнительных экономических и политических выгод и издержек можно рекомендовать выбор в настоящее время второго варианта. Его реализация позволит подготовить условия для перехода через несколько лет к многоуровневой системе медицинского страхования, сначала в форме, представленной выше вариантом № 3; затем, после отработки этой схемы и накопления необходимого опыта регулирования данной системы, можно будет реализовать ее в форме, представленной выше в варианте № 4.

1.4.5. Необходимые институциональные изменения

Создание условий для развития ДМС как института, частично замещающего ОМС, потребует внесения следующих изменений в закон о медицинском страховании:

1. определить, что программы добровольного медицинского страхования могут включать услуги, входящие в базовую программу ОМС, а также дополнительные услуги;
2. установить, что заключение договора на добровольное медицинское страхование по программе, предмет которой включает и превосходит состав видов медицинской помощи, гарантируемых базовой программой ОМС, является одновременно заключением договора с данным страховщиком на предоставление медицинской помощи по программе ОМС;
3. установить, что страховые медицинские организации, заключившие договора с гражданами на реализацию программ ДМС, предмет которых включает и превосходит состав видов медицинской помощи, гарантируемых базовой программой ОМС, получают на каждого соответствующего застрахованного средства из территориального фонда обязательного медицинского страхования в размере, равном нормативу финансирования оказания медицинской помощи в расчете на одного застрахованного в системе обязательного медицинского страхования.

Внедрение системы многоуровневого медицинского страхования требует следующих изменений в законодательстве:

1. Постановлением Правительства РФ установить использование единой информационно-аналитической системы учета медицинской помощи, детализированной по услугам и обеспечивающей возможность увязки стоимостных и объемных показателей. В рамках этой системы необходимо

использование унифицированного Классификатора медицинских услуг и единой системы ценообразования.

В качестве базового, «стартового» уровня при разработке единого Классификатора может быть использован классификатор, действующий в Московской городской системе ОМС, – как наиболее проработанный и уже опробованный в системе автоматизированного учета медико-статистической информации.

2. Разработать и Постановлением Правительства РФ утвердить стандарты объемов предоставляемых услуг, согласованные с реальными финансовыми возможностями для их выполнения.

3. Принять закон «О государственных гарантиях оказания медицинской помощи населению». В таком законе потребуется определить:

- принципы дифференцирования категорий населения в отношении объемов предоставляемых государственных гарантий; возможно использование дифференцированной шкалы, разработанной для целей льготного лекарственного обеспечения; возможно также определение нескольких уровней душевого дохода, которые будут определять разные объемы государственных гарантий;
- сохранение объемов оказания медицинской помощи малообеспеченным слоям населения и сокращение объемов оказания медицинских услуг гражданам со средним и высоким уровнем дохода;
- определение форм и порядка соплатежей за медицинскую помощь для определенных категорий населения.

4. Внести в закон о медицинском страховании изменения, определяющие принципы функционирования системы многоуровневого медицинского страхования.

5. Внести изменения в налоговое законодательство в части налогообложения страховых взносов и страхового возмещения в системе медицинского страхования:

- Суммарный размер средств, направляемый предприятиями, организациями и учреждениями на уплату страховых платежей (взносов) по добровольному медицинскому страхованию работников и (или) членов их семей (муж, жена, несовершеннолетние дети, родители), в случае, если предметом этого страхования является медицинская помощь, включающая и превосходящая по составу и объему медицинскую помощь,

гарантируемую базовой программой ОМС, включается в себестоимость продукции (работ, услуг) в полном объеме⁴.

- На суммы страховых платежей (взносов), уплаченных из средств работодателей по договорам добровольного медицинского страхования работников и членов их семей (муж, жена, несовершеннолетние дети, родители) не начисляются страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации и фонды обязательного медицинского страхования.
- В целях налогообложения в совокупный доход, полученный физическими лицами в налогооблагаемый период, не включаются страховые взносы, уплаченные из средств работодателей или личных средств граждан по договорам добровольного медицинского страхования самих граждан и членов их семей (муж, жена, несовершеннолетние дети, родители).

Реализация этих мер потребует внесения изменений и дополнений в Налоговый кодекс Российской Федерации, Постановление Правительства Российской Федерации от 7 мая 1997 г. № 546 «О перечне выплат, на которые не начисляются страховые взносы в Пенсионный фонд Российской Федерации».

Внедрение системы многоуровневого медицинского страхования потребует решения следующих ключевых организационно-управленческих задач:

- Централизация ключевых элементов управления системой медицинского страхования, основанной на общих для всех регионов и субъектов системы принципах управления и финансирования;
- Обеспечение унифицированных подходов к перечню видов, объемам, условиям оказания и требованиям к качеству лечебно-профилактической помощи населению;

⁴ В настоящее время, согласно части 9 пункта 16 статьи 255 Налогового кодекса Российской Федерации, взносы по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов застрахованных работников, включаются в состав расходов в размере, не превышающем 3 процентов от суммы расходов на оплату труда.

- Регулирование потребления медицинских услуг различной стоимости путем стандартизации, постановки приоритетов в области потребления медицинской и лекарственной помощи;
- Создание экономических стимулов у медицинских организаций к повышению эффективности использования финансовых ресурсов, обеспечению результативности и качества предоставляемой населению медико-социальной и лекарственной помощи.

Введение дифференцированных программ медицинского страхования усиливает требования соблюдения единых принципов организации здравоохранения, обязательного и добровольного медицинского страхования на территории всей страны. Для проведения единой политики в области ОМС необходимо реорганизовать структуру системы, основным принципом при этом должно стать единство целей деятельности на федеральном и местном уровнях управления.

На смену практически самостоятельному определению регионами собственных моделей реализации ОМС должно придти однозначное определение такой модели и допустимых ее вариаций в федеральном законодательстве.

Существует настоятельная необходимость расширения прав и повышения ответственности Федерального фонда ОМС, с централизацией в нем ключевых элементов управления системой обязательного медицинского страхования. При этом на уровне Федерального фонда ОМС должны решаться следующие задачи:

- определение федеральной стратегии и тактики развития ОМС на основе анализа потребления медицинской помощи и имеющихся финансовых ресурсов;
- формирование дифференцированных программ медицинского страхования на основе стандартизированных подходов к классифицированию видов медицинской помощи, формированию тарифов на медицинские услуги;
- повышение эффективности использования ресурсов за счет оптимизации структуры, объема и технологии оказания медицинской помощи;
- совершенствование организации медицинской и лекарственной помощи населению, проведение единой инвестиционной, инновационной, технологической политики.

Изменение порядка предоставления бесплатной медицинской помощи требует создания унифицированной автоматизированной системы экспертизы, которая позволила бы проводить полномасштабный контроль объемов предоставленной медицинской помощи на основе анализа полного перечня медицинских услуг, последовательно оказанных застрахованному на всех этапах лечения, всеми медицинскими учреждениями. При этом необходимо отслеживать как соблюдение стандартов лечения, так и использование средств из различных источников финансирования.

Переход к дифференцированному предоставлению медицинской помощи потребует введения иной, нежели сейчас, системы идентификации ЛПУ и пациентов. На государственном уровне должны быть унифицированы системы учета не только плательщиков страховых взносов, но и производителей и получателей медицинских услуг. Дальнейшее развитие должны получить процессы лицензирования и аккредитации лечебно-профилактических учреждений, причем используемые алгоритмы должны быть едины для учреждений любой подчиненности и организационно-правовой формы. Любое медицинское учреждение должно иметь возможность участвовать в многоуровневой системе медицинского страхования, но его функции и объем выполняемых (и финансируемых из различных источников) услуг должен быть зафиксирован системой стандартных показателей (критериев аккредитации).

Необходимо провести замену полисов ОМС на документы единого государственного образца, в которых будет отражена информация об объеме социальных гарантий, предоставляемых государством в отношении конкретного гражданина или конкретной социальной категории граждан.

Льготный порядок налогообложения страховых взносов при реализации целевых программ дополняющего обязательного и добровольного медицинского страхования позволит привлечь к разработке и использованию таких программ большинство страховых компаний и страхователей. Это создаст необходимые условия для усиления контроля за расходованием средств, поступающих в медицинские учреждения вне системы ОМС и программ бюджетного финансирования.

Целевые отчисления в размере 10% собранных страховых взносов, осуществляемые страховыми организациями, позволят Федеральному фонду ОМС более активно проводить мероприятия по совершенствованию механизма учета медицинских услуг, разработке стандартов к медицинской помощи, формированию системы независимой экспертизы качества медицинской помощи. При этом на проведение данных работ не будут отвлекаться средства обязательного медицинского страхования.

2. Социальное страхование и перспективы его развития

2.1. Особенности организации обязательного социального страхования в Российской Федерации

2.1.1. Структура и финансирование обязательного социального страхования

В нашей стране система обязательного социального страхования включает страхование случаев потери доходов работниками в результате возникновения следующих социальных рисков:

- временной нетрудоспособности, возникающей в результате общего заболевания;
- временной нетрудоспособности, возникающей в результате профессионального заболевания;
- временной нетрудоспособности, возникающей в результате получения травмы в результате несчастного случая на производстве;
- отрыва от работы в ходе реабилитации после ряда хирургических операций, получения производственных травм и профессиональных заболеваний;
- беременности и родов;
- рождения ребенка;
- усыновления/удочерения ребенка;
- ухода за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- ухода за ребенком в период болезни;
- ухода за ребенком-инвалидом;
- смерти работника или члена его семьи.

Застрахованными в системе социального страхования являются работающие граждане. Право на получение пособий и компенсаций в ряде случаев имеют также и члены семей работающих. Страхователями выступают работодатели и лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой. Страховщиком в системе социального страхования выступает государственный

страховой фонд – Фонд социального страхования Российской Федерации (ФСС).

Средства системы социального страхования формируются за счет части социального налога, уплачиваемого работодателями. Общий размер социального налога составил в 2001 г. 35,6% к размеру оплаты труда, не превышающего 100 тыс. руб. в год; из них 4 п.п. предназначалось для системы социального страхования. При более высокой оплате труда ставка социального налога, в том числе зачисляемая в ФСС, снижается.

Система социального страхования обеспечивает выплату следующих видов пособий и компенсаций:

- пособие по временной нетрудоспособности;
- пособие в связи с трудовым увечьем и профессиональным заболеванием;
- пособие по беременности и родам;
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- социальное пособие на погребение.

Центральное место в системе пособий, выплачиваемых за счет средств социального страхования, занимают пособия по временной нетрудоспособности. Существующая схема их выплаты предусматривает, что размер пособия зависит от длительности непрерывного трудового стажа застрахованного и его заработка. Например, если специалист с восьмилетним опытом работы в одной организации потратил на поиски новой работы более 21 дня, то пособие по временной нетрудоспособности для него уменьшается со 100% до 60% от заработка. Привязка размера пособия к величине непрерывного трудового стажа унаследована от нашего социалистического прошлого. Это было обусловлено политикой закрепления рабочей силы на предприятиях и сокращения ее текучести (Якушев, 1998, с. 56). Анахронизм такого принципа является общепризнанным.

Другой очевидный недостаток существующей схемы: размер пособия не зависит от длительности заболевания. Работник, имеющий непрерывный трудовой стаж свыше 10 лет, получает пособие по временной нетрудоспособности, равное 100% его заработной платы. Такая схема экономически не заинтересовывает работающих заботиться о состоянии своего здоровья и ответственно относиться к лечению заболеваний и стимулирует злоупо-

требления в использовании таких пособий. Существует практика теневых сделок между работниками и врачами: вторые выписывают больничные листы за определенную плату. По данным, которые официально приводятся руководителями ФСС, от 2 до 5% больничных листов являются «необоснованно выданными». Данные, которые неофициально называют сотрудники ФСС, значительно выше: 20—25% необоснованно выданных больничных листов по всем случаям амбулаторного краткосрочного лечения.

Пособие за все дни временной нетрудоспособности выплачивается за счет средств социального страхования. Работодатель, заплатив взносы на социальное страхование, далее уже не участвует в финансировании расходов на оплату пособий. При нехватке страховых средств на таком предприятии оно требует дотационной поддержки регионального отделения ФСС. В случае дотационности региона в целом поддержка оказывается за счет средств централизованного резерва Фонда.

Эти особенности организации социального страхования с выгодой для себя используют многие работодатели. Директора крупных предприятий, которые еще с советских времен имеют собственные амбулатории или медико-санитарные части, практикуют отправку рабочих целых подразделений в принудительные отпуска под видом болезни в случаях отсутствия производственных заказов. Известны факты, когда они просто приказывают зависимым от них врачам выдавать листки нетрудоспособности с тем, чтобы впоследствии оплатить простой рабочим из средств социального страхования.

Правительство РФ в течение нескольких последних лет пыталось провести через Государственную Думу разные варианты проекта Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности, в связи с материнством и на случай смерти». Эти варианты предусматривали выплату ограничение предельных размеров выплат пособий и исключение от одного до трех первых дней болезни из числа дней, за которые выплачивается пособие. При рассмотрении в Государственной Думе соответствующие законопроекты либо отвергались, либо дополнялись множеством предложений, направленных не на ограничение, а на расширение гарантий в системе обязательного социального страхования. В итоге ситуация не изменялась вплоть до 2001 г.

Указом Президента РФ № 508 от 15.02.2001 был установлен предельный размер пособий по временной нетрудоспособности: 85 минимальных размеров оплаты труда. В Федеральном законе о бюджете Федерального

фонда обязательного социального страхования на 2002 г. ограничения в выплате по больничному листу были установлены в абсолютном выражении: не свыше 11700 руб.

Помимо указанных выше видов пособий, ФСС осуществляет финансирование некоторых видов деятельности, направленных на предупреждение временной нетрудоспособности и профессиональных заболеваний. К таким видам деятельности относятся:

- санаторно-курортное лечение работников и членов их семей;
- санаторно-курортная реабилитация граждан, перенесших инфаркт или сложные операции;
- обеспечение более ранней постановки на медицинский учет беременных женщин;
- восстановление здоровья детей работников в детских летних лагерях;
- начальная физическая подготовка детей в юношеских спортивных школах;
- обучение мерам безопасности на рабочих местах.

Вместе с тем ФСС занимается финансированием предоставления пособий, явно имеющих нестраховой характер:

- приобретение и выдача путевок на санаторно-курортное лечение ветеранам и инвалидам Великой отечественной войны;
- приобретение и выдача путевок на санаторно-курортное лечение участникам ликвидации последствий атомных катастроф (финансируется за счет средств Минфина РФ);
- финансовая поддержка некоторых форм внешкольного обслуживания детей, оплата новогодних подарков детям работников;
- дотации на предоставление диетического питания застрахованным, страдающим заболеваниями желудка, и т.п.;
- премирование социально-страхового актива на предприятиях.

Особенностью государственного социального страхования в РФ является то, что исполнение обязательств по выплате застрахованным социальных пособий и компенсаций осуществляется самими страхователями. Они выплачивают застрахованным пособия по временной нетрудоспособности, беременности и родам, по уходу за ребенком и т.д. Эти расходы страхователя засчитываются в счет уплаты социального налога. То есть применяется зачетная схема уплаты социального налога. Страхователь перечисляет только сумму превышения произведенных расходов над величиной начис-

ленного социального налога. Если же, наоборот, сумм, подлежащих уплате в качестве социального налога, недостаточно для выплаты пособий застрахованным, то работодатель обращается в ФСС за субвенцией. Вместе с тем, средства страхователей с численностью работающих до 300 человек, предназначенные для обеспечения санаторно-курортным обслуживанием застрахованных и членов их семей, централизуются в исполнительных органах ФСС и распределяются уже ими.

Действующая система обязательного социального страхования унаследовала принципы советской системы социального страхования. В отличие от нынешнего положения, в СССР управление системой обязательного государственного социального страхования осуществлялось с 1934 г. профессиональными союзами. Из средств социального страхования оплачивались не только пособия и компенсации работающим и членам их семей, но также и пенсии. За счет этого же источника и ассигнований государства предприятиями и организациями строилась и содержалась разветвленная сеть летних и зимних оздоровительных учреждений для детей (пионерских лагерей), санаториев и курортов, санаториев-профилакториев, домов отдыха. В финансовом отношении государственное социальное страхование было основано на дифференцированном страховом тарифе, устанавливавшемся в размерах от 4,4% до 14,0% от фонда заработной платы предприятия в зависимости от отрасли народного хозяйства, к которой данная организация относилась. К средствам, которые там аккумулировались, добавлялись прямые дотации из государственного бюджета, как правило, превышающие более чем 50% используемых ресурсов.

Советская модель обязательного социального страхования в условиях гарантированной занятости населения была патерналистской, в особенности в отношении промышленных рабочих и городского населения. Размеры пособий были определены весьма высокими процентными ставками в отношении заработной платы как при повременной, так и сдельной ее формах. Социальные услуги, оплачиваемые из средств социального страхования, предоставлялись гражданам либо бесплатно, либо за плату символическую. Но качество услуг, предоставляемых разным категориям застрахованных, сильно различалось. Места в санаториях, домах отдыха, пионерских (оздоровительных) лагерях распределялись согласно роли и рангу в партийно-государственной иерархии.

С 1991 г. начался процесс реформирования системы социального страхования. На рубеже 1991/92 гг. возник Пенсионный Фонд России. Учитывая, что после распада Союза ССР профсоюзы разделились на мно-

жество самостоятельных в организационном и финансовом отношениях организаций, управление социальным страхованием было передано Указом Президента и Постановлениями Правительства во вновь образованный Фонд социального страхования РФ при Правительстве России (ФСС). В своем нынешнем виде он оформился в 1994 г. Система государственного социального страхования, которая в советское время отвечала за очень широкий круг денежных выплат и социальных услуг, сузилась. Из Фонда социального страхования не финансируются расходы на выплату пенсий по старости и инвалидности по общим заболеваниям. Значительно сокращены расходы на содержание сети санаторно-курортных учреждений, которые ранее содержались за счет средств социального страхования (в ведении ФСС в настоящее время только 24 санатория, тогда как у Федерации независимых профсоюзов России – более 200).

В период первой половины 1990-х гг. в стране возникла система из четырех государственных социальных внебюджетных фондов: пенсионного – с тарифом взносов, равным 28% величины фонда заработной платы, фонда социального страхования (5,4%), Федерального и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (3,6%), фонда занятости (1,5%). Согласно действующему на то время законодательству, на каждый рубль выплаченной зарплаты работодатель должен был уплатить в эти страховые фонды 39,5 копеек. Кроме того сам работник должен был уплачивать 1% от заработной платы, полученной на руки, на обязательное пенсионное страхование (период 1997–2000 гг.). Столь высокое обложение фонда заработной платы стало одним из факторов увода доходов «в тень».

Размеры и механизм осуществления взносов изменились с 2001 г., после принятия второй части Налогового кодекса РФ. В его 24-й главе было установлено, что с 2001 г. в социальные фонды уплачиваются не страховые взносы, а определенные части единого социального налога (ЕСН) по совокупной и сниженной ставке 35,6%. Важно указать, что данная ставка применяется к доходам работников до суммы в 100000 рублей в расчете на год. Если средние зарплаты на предприятии превышают названную величину, то ЕСН начисляется по регрессивной шкале. Размеры социального налога, направляемого в Фонд социального страхования, были уменьшены с 5,4% до 4,0% от величины фонда оплаты труда. Другое значительное изменение состояло в ликвидации системы социального страхования занятости и переводе вновь образованной государственной службы занятости на бюджетное финансирование.

С января 2000 г. в рамках ФСС ведется обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний. Оно введено в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (1998 г.). На 2000 г. средний тариф взносов был установлен в размере 1,46%; в зависимости от отраслевой принадлежности для каждого отдельного предприятия устанавливается дифференцированная ставка страхового платежа. На 2001 г. размер ставки этого тарифа установили специальным законом на уровне 1,07%. Эти взносы по-прежнему собираются самим ФСС без участия налоговых органов. Регрессивная шкала здесь отсутствует. В 2002 г. размер взносов составит в среднем по стране 0,95%.

ФСС представляет собой довольно крупную по численности занятых людей организацией. В 2001 г. центральном аппарате работало около 400 человек (рост в 2 раза в сравнении с периодом середины 1990-х гг.) и более 20 тыс. человек – в региональных отделениях (в 1995–1996 гг. их было менее 17 тыс.). Смета административных расходов ФСС РФ на 2002 г. равна 3,9 млрд руб., что составляет примерно 3,5% всех расходов. Около 2 миллионов человек активно работает в комиссиях по социальному страхованию на уровне предприятий. Годовой бюджет Фонда достигнет в 2002 г. почти 127,1 миллиардов рублей.

В табл. 12 и 13 представлены некоторые показатели деятельности ФСС в период 1994–2000 гг. Доля средств, направленных на выплату пособий, составила в 2000 г. 61,7% расходов ФСС; затраты на санаторно-курортное обслуживание и оздоровление детей – 33,7%.

Таблица 12

Поступление и расходование средств Фонда социального страхования РФ (млрд руб., 2000 г. – млн руб.)

	1994	1997	2000
Остаток средств на начало года	382	1611	12095
Поступление средств в том числе:	7459	31516	86581
Страховые взносы	6891	28270	83656
Средства федерального бюджета	-	212	580
Расходование средств: в том числе:	6630	30385	69995
Выплата пособий, всего, %	69,2	74,3	61,7
Санаторно-курортное обслуживание, %	18,3	17,0	23,1
Оздоровление детей, %	8,1	4,6	10,6
Осуществление социального страхования, %	3,6	3,1	3,9

Источники: Российский статистический ежегодник 2001. Стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001, с. 534; Фонд социального страхования Российской Федерации. Основные показатели финансово-экономической деятельности. М., 2001, с. 16, 21; Вестник Фонда социального страхования Российской Федерации. № 12, май 2001 г., с. 5.

Таблица 13

Показатели деятельности Фонда социального страхования РФ в период 1996–2000 гг.

Показатели	1996	1997	1998	1999	2000
Число оплаченных дней временной нетрудоспособности на 100 работающих	814	830	727	727	764
Размер среднедневного пособия по временной нетрудоспособности в % от средней дневной заработной платы	88	87	81	73	78
Число оплаченных дней по беременности и родам на 100 работающих женщин	265	248	241	219	227
Размер среднедневного пособия по беременности и родам в от средней дневной заработной платы	60	60	61	57	60
Количество выплат пособий при рождении ребенка, млн	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1
Количество выплат пособий по уходу за ребенком до 1,5 лет, млн	12,1	11,6	10,5	10,0	11,0
Число оплаченных дней по уходу за детьми-инвалидами, млн	1,5	1,6	1,7	1,7	1,7
Количество выплат пособий на погребение, тыс.	258	210	186	189	220

Источник: Фонд социального страхования Российской Федерации. Основные показатели финансово-экономической деятельности. М., 2001, с. 6.

В период до 2001 доходы ФСС устойчиво превышали его расходы, и наблюдался рост свободного остатка средств. В 1994 г. он соотносился с объемом поступлений как 5 к 95, а в 2000 г. – как 12 к 88. Вполне очевидно, что обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний требует наличия достаточно крупных резервов финансовых средств и ликвидных активов, так как в рамках этого конкретного вида социального страхования страхуются социальные риски особого типа: профессиональные заболевания, стойкая утра-

та нетрудоспособности как отдаленное последствие несчастного случая на производстве. То есть, период урегулирования убытка отдален во времени весьма далеко, и горизонт событий трудно определим.

Иначе обстоит дело с социальным страхованием на случай временной нетрудоспособности, в связи с материнством и на случай смерти. Здесь ФСС попадает с точки зрения своей системной конструкции в класс перераспределительных систем, причем общенационально-солидарной для всех работающих в стране граждан. В этом смысле важен факт, что за последние 10 лет отличительной чертой обязательного социального страхования было отсутствие дефицита средств на осуществление деятельности, порученной ФСС. Все это время ФСС не имел задолженностей по выплатам пособий. Его бюджет часто перевыполнялся по ряду статей: санаторно-курортное лечение, детское оздоровление, внешкольное социальное обслуживание детей. Более того, имела место тенденция возрастания, в абсолютном и относительном выражениях, свободного остатка средств на начало года. В 2001 г. остаток средств на начало года составлял 16,7 млрд руб., что по отношению к запланированной величине доходов означало чуть более 20%. В бюджете ФСС на 2002 г. этот показатель утвержден на уровне 19 млрд руб., что составит 15% доходов. Рост свободного остатка средств в ФСС свидетельствует, что эта структура фактически осуществляла функции накопления страховых средств.

2.1.2. Функциональная двойственность существующей системы социального страхования

Разные направления расходования средств социального страхования характеризуются разной мерой определенности социальных гарантий. Размеры пособий и условия их предоставления являются однозначно определенными. Что же касается санаторно-курортного лечения и оздоровления, то здесь ситуация принципиально иная. Часть существующих здесь гарантий установлена для вполне определенных категорий населения: право на бесплатное санаторно-курортное лечение имеют граждане, перенесшие острый инфаркт миокарда, операции по поводу аортокоронарного шунтирования, аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки и удаления желчного пузыря; работающие инвалиды; лица, пострадавшие вследствие чернойбыльской аварии; ветераны Великой

отечественной войны. В последние годы предоставлялось 30–40 тысяч таких путевок ежегодно⁵.

Для других категорий работающих граждан условия получения ими и их детьми льготных путевок в санатории, профилактории и оздоровительные лагеря не являются четко определенными. Они прежде всего зависят от финансовых возможностей предприятий, а там, где такие возможности имеются, – от решений, принимаемых профсоюзными комитетами. В 2000 г. за счет средств социального страхования было оплачено 2,7 млн путевок на санаторно-курортное лечение и оздоровление работающих (42 путевки на 1000 работающих), и 6,8 млн путевок в детские оздоровительные лагеря (27 путевок на 1000 человек моложе трудоспособного возраста)⁶.

Нечеткость ряда гарантий, предоставляемых в рамках системы социального страхования, является обратной стороной неравенства возможностей пользования соответствующими выгодами системы социального страхования для разных категорий работающих. Эти черты системы социального страхования обусловлены историческими особенностями ее формирования в советский период. Оно было подчинено решению задач социалистической индустриализации. Еще в начале 30-х годов произошел отказ от принципа эквивалентности гарантий, предоставляемых работающим гражданам, для которых предусмотрены эквивалентные условия оплаты страховых взносов (*Якушев, 1998, с. 56*). Этот принцип был заменен принципом первоочередного обслуживания рабочих крупных предприятий приоритетных отраслей. Для них устанавливались в два-три раза более высокие нормы обеспечения путевками в дома отдыха и санаторно-курортные учреждения, создавалась сеть соответствующих ведомственных учреждений. Дифференциация возможностей пользования льготами за счет системы социального страхования была заложена именно тогда и поддерживалась все последующие годы.

Такая дифференциация существует и сейчас:

- предприятия, сохранившие свои профилактории и дома отдыха, могут направлять часть выплачиваемых ими страховых взносов на финансирование содержания этих учреждений. Те же предприятия, у которых таких объектов нет, вынуждены

⁵ Расчеты к проектам Федеральных законов о бюджете Фонда социального страхования РФ на 2000 и 2001 гг. (неопубл.).

⁶ Вестник Фонда социального страхования Российской Федерации. № 12, май 2001 г., с. 5,6.

большую долю взносов перечислять в «общий котел» системы социального страхования. Работающие на этих предприятиях имеют в итоге меньшие возможности воспользоваться выгодами системы социального страхования;

- предприятия, экономическое положение которых относительно более благоприятно, отчисляют на социальное страхование в абсолютном выражении в расчете на одного работника больше, чем предприятия, испытывающие трудности с выплатой заработной платы. Первые, располагая большими средствами, имеют возможности направить на оздоровление своих работников больше средств в абсолютном и относительном выражении;
- реальная практика направления работающих на санаторно-курортное лечение дает основания считать, что получателями бесплатных или дотируемых путевок становятся совсем не те, кто больше в них нуждается по медицинским показаниям. Получают путевки чаще те лица, которые имеют более высокий статус в организации, то есть лица, приближенные к администрации организаций.

Возможности получения путевок зависят от экономического положения предприятий и доходов граждан. Таким образом, лица с доходами выше среднего имеют больше возможностей получить льготные путевки. В результате до недавнего времени существовало значительное социальное неравенство в получении субсидий на санаторно-курортное лечение и оздоровление. По данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств, проводимого Госкомстатом России⁷, основными получателями дотаций и льгот из всех источников на оплату отдыха являются представители 20-ти процентной группы домохозяйств с наивысшими доходами: их доля в общем числе получателей таких дотаций и льгот составила 45% в 2000 г., а средний размер субсидий, полученных представителями данной группы, был в 3 раза выше, чем у представителей 20-ти процентной группы с наименьшими доходами.

Очевидно, что работодатели были заинтересованы в первоочередном оздоровлении наиболее высокооплачиваемых работников, так как их отсутствие из-за болезни на рабочих местах наносит наибольший ущерб

⁷ Социальное положение и уровень жизни населения России: Стат. сб. М.: Госкомстат России, 2001, с. 166-167.

предприятию. Известны случаи, когда средства социального страхования использовались для оплаты отдыха за границей. Правда, при проверках такие расходы признаются нецелевыми и подлежащими возмещению за счет средств «путешественников».

Фактическая дифференциация возможностей работающих отражает, с одной стороны, сохранение действия фундаментального принципа распределения жизненных благ в коммунистическом обществе «Каждому – по его социальному положению» (Зиновьев, 1994, с.194). С развитием рыночной экономики и демократии этот фактор дифференциации возможностей в системе социального страхования должен ослабевать. С другой стороны, дифференциация таких возможностей отражает сосуществование в рамках сложившейся системы социального страхования элементов двух разных систем страхования.

Элементы первой системы (ее можно назвать «общим» социальным страхованием) – это единые для всех работающих и достаточно четко определенные социальные гарантии: выплата пособий в случаях временной нетрудоспособности, материнства, смерти и оплата долечивания (реабилитации) в санаторно-курортных учреждениях после инфаркта и ряда определенных заболеваний, потребовавших оперативного вмешательства.

Элементы второй системы (ее можно назвать системой «коллективного» или корпоративного страхования) – это оплата профилактики заболеваемости через предоставление санаторно-курортного обслуживания и оздоровления, не связанного с только что перенесенным заболеванием, а зависящего, главным образом, от экономических возможностей и фактических страховых выплат на данном предприятии, где работает застрахованный. То есть, фактически от остатков средств на субсчете по производству социально-страховых расходов. В течение квартала работодатель вправе сам использовать эти средства для выплаты пособий. В конце отчетного периода он может часть остатков по согласованию с отделением ФСС в регионе потратить на приобретение санаторно-курортных путевок. На практике расходы на санаторно-курортное оздоровление играли роль внутреннего демпфера страховых расходов, увеличиваясь в случаях снижения заболеваемости, что влекло экономию средств на выплату пособий по временной нетрудоспособности, и сокращаясь при ее повышении и соответствующем увеличении расходов на пособия.

С 2001 г. в законе о бюджете ФСС устанавливается норматив предельного размера оплаты санаторно-курортного лечения в сутки. В утвержденном бюджете ФСС на 2002 г. этот норматив равен 420 руб./сутки. Общие

расходы же по данной статье в 2002 г. составят лишь 56% к объему средств, выделенных на эти цели в предшествующем году. При этом застрахованным предоставлена возможность выбора длительности времени нахождения в санаторно-курортном учреждении. С советских времен он был обязан приобретать путевку на 21 день. С 2002 г. он может приобретать путевку на срок от 14 до 24 дней в зависимости от собственного желания и возможностей. Планируемое на 2002 г. количество оплачиваемых путевок сократится в 2,7 раза по сравнению с предыдущим годом: с 2,7 млн до 1,0 млн путевок⁸.

Вместе с тем функциональная двойственность системы обязательного социального страхования не изменилась. Институциональная неразграниченность двух разных ее компонент составляет внутреннее противоречие существующей системы социального страхования. Сохранение такого положения не соответствует принципам организации социального страхования в рыночной экономике.

Те предприятия, которые имеют более высокие доходы и вносят в систему социального страхования больше средств, фактически имеют право на большие социальные гарантии. Если они пользуются большими гарантиями за счет взносов других, то трудно признать такое положение дел социально справедливым. Если же взносы тех, кто получает больше благ, примерно соответствуют стоимости этих благ, то такое соответствие должно быть институционализировано.

2.2. Перспективные направления развития обязательного и добровольного социального страхования

Существующая система обязательного социального страхования нуждается в реформировании. В качестве направлений необходимых преобразований можно указать следующие:

- дифференциация размеров пособий по временной нетрудоспособности в зависимости от количества дней болезни;
- введение каренц-дней: исключение первых дней заболевания из числа оплачиваемых за счет средств обязательного социального страхования;

⁸ Из выступления представителя ФСС в Минэкономике на Рабочей группе ТРК в марте 2002 г. (неопубл.).

- исключение из системы обязательного социального страхования тех видов возмещений, условия и размеры выплаты которых определяются ситуативно для отдельных групп застрахованных (возмещение расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление).

Разрешением проблемы дифференциации реальных возможностей застрахованных в существующей системе социального страхования является институциональное оформление и разграничение двух ее компонент.

Общее социальное страхование должно предусматривать единый для всех застрахованных тариф взносов, единый перечень пособий и льгот и однозначные условия их получения. В тех случаях, когда пособия (льготы) устанавливаются для определенных категорий населения, критерии отнесения к этим категориям должны быть однозначными. Общее социальное страхование реализуется в системе обязательного социального страхования.

Коллективное (корпоративное) социальное страхование должно предусматривать для работающих возможность самостоятельно устанавливать более высокий уровень своих социальных гарантий посредством уплаты дополнительных страховых взносов (использования более высокого тарифа взносов на социальное страхование, по сравнению с взносами на общее социальное страхование). Размер взносов, направления использования собираемых средств, состав и условия получения выплат должны определяться договорами коллективного страхования, заключаемыми на предприятии между профсоюзом, администрацией и страховщиком. Таким образом, предлагается введение коллективного страхования работников по конкретному перечню социальных рисков жизни и здоровью на основе полномасштабного применения страховых принципов и актуарных расчетов в дополнение к системе обязательного страхового обеспечения.

Институционализация корпоративного социального страхования может быть осуществлена в двух вариантах:

- 1) корпоративное социальное страхование реализуется как добровольное страхование;
- 2) корпоративное социальное страхование является обязательным для работодателя; но выбор страховщика, определение размеров страховых взносов, состава возмещаемых рисков, перечня и размеров устанавливаются на договорной основе; государство определяет некоторые границы указанных параметров (минимальные и максимальные размеры страховых взносов, пособий);

Первый вариант означает институционализацию добровольного социального страхования наряду с системой обязательного социального страхования.

Второй вариант предполагает формирование особой системы страхования, сочетающей элементы обязательности и добровольности⁹.

Следует отметить, что современная зарубежная и российская практика рождает системы страхования, регулируемые одновременно гражданским и публичным правом. Примером может служить недавнее введение обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств¹⁰.

Второй вариант представляется менее предпочтительным по сравнению с первым. Введение системы социального страхования, являющейся, с одной стороны, обязательной, а с другой стороны, допускающей значительное пространство для добровольных решений, при сохранении основной обязательной системы социального страхования, будет связано со значительными издержками по разработке соответствующей нормативной базы, обеспечению контроля за ее выполнением и регулированию функционирования всей системы. Поэтому предметом дальнейшего рассмотрения будет выступать формирование корпоративного социального страхования как страхования добровольного.

⁹ В качестве термина, характеризующего такой тип страхования, можно предложить использовать понятие «предикативное страхование».

¹⁰ Можно привести и ряд других примеров из российской и зарубежной практики. Например, российский гражданин обращается за иностранной визой в посольство стран-членов ЕС. И узнает, что он ее получит, только если заключит коммерческий страховой договор рекомендованного типа с медицинской страховой компанией, берущей на себя обязательства по его обеспечению медицинским обслуживанием на срок пребывания за границей.

При покупке авиабилета помимо оплаты стоимости проезда компании России все чаще требуют от каждого пассажира отдельно уплачивать дополнительную сумму на приобретение разового полиса коммерческого страхования жизни и здоровья в связи с риском аварий/катастроф.

В странах Европейского сообщества прием самозанятых в профессиональные объединения обуславливается их участием в системах пенсионного страхования, медицинского страхования, страхования от профессиональных рисков, и временной нетрудоспособности, и занятости.

В Германии прием юриста в члены корпорации немецких адвокатов обуславливается заключением договора на частное пенсионное страхование в негосударственном пенсионном фонде, контролируемом данной корпорацией.

Предметом корпоративного социального страхования могут выступать:

- профилактика производственного травматизма и заболеваемости, включая профессиональную;
- оплата первых дней заболевания (каренц-дней);
- разница между величиной пособия по временной нетрудоспособности, гарантированного в системе обязательного социального страхования, и расчетной величиной пособия при 100% компенсации утраченного заработка (или иной по размеру компенсации, превышающей, однако, размер компенсации, установленной в системе обязательного социального страхования) вплоть до полного выздоровления или истечения годового срока выплаты пособий.
- оплата (полная или частичная) санаторно-курортного лечения в тех случаях, когда возмещение таких расходов предусмотрено в системе обязательного социального страхования лишь частично, либо вообще не предусмотрено;
- оплата оздоровления/отдыха застрахованных и членов их семей.
- дополнительные пособия при рождении и по уходу за ребенком;
- выплата повышенных компенсаций в связи с потерей трудоспособности.

Договоры корпоративного социального страхования могут включать также предоставление дополнительных, по сравнению с программой обязательного медицинского страхования, медицинских услуг и лекарственного обеспечения. В этом случае корпоративное страхование становится, по сути, медико-социальным страхованием.

Определение предмета корпоративного социального страхования должно происходить на основе договоренностей в рамках ежегодных переговоров работников и работодателя, а достигнутые соглашения должны затем становиться базой для переговоров со страховщиками.

В контингент застрахованных по корпоративному социальному страхованию должны коллективно включаться все работники, связанные отношениями постоянного и временного найма с данным работодателем. Коллективную внутрифирменную солидарность в осуществлении корпоративного социального страхования можно определить в качестве условия применения льготного налогообложения соответствующих стра-

ховых взносов. При этом, однако, целесообразно разрешать предусматривать в договоре коллективного страхования особые условия страхования отдельных групп работников, например, работающих по специальностям и профессиям «Списка № 1 производств, работ, профессий, должностей и показателей на подземных работах, работах с особо вредными и особо тяжелыми условиями труда, занятость в которых дает право на пенсию по возрасту (по старости) на льготных условиях» (Постановление Кабинета министров СССР от 26.01.1991 № 10)».

Особенно важно, чтобы средства системы корпоративного страхования можно было в значительном объеме направлять на проведение профилактических мероприятий во всех областях: на борьбу с общими заболеваниями, в том числе членов семей, на профилактику производственного травматизма, на обучение технике безопасности, улучшение условий и охрану труда и т. д.

Развитие форм корпоративного социального страхования как дополнительных форм социальной защиты согласно корпоративным договорам приведет в перспективе к значительному увеличению объема страховой деятельности. Страховые компании смогут увеличить объемы аккумулируемых в системе негосударственного, корпоративного страхования средств без ущерба для обязательных систем. Будучи непосредственно связанными со страхователями, они станут выполнять роль методических и расчетных центров, определяющих правила, условия страхования, конкретные уровни тарифов, решать вопросы урегулирования убытков (оценка, возмещение ущерба), разрабатывать и внедрять новые виды и технологии страхования.

Для институционализации системы корпоративного социального страхования потребуются следующие изменения в законодательстве:

- принятие Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности, в связи с материнством и на случай смерти»
- принятие Федерального закона «О добровольном социальном страховании»;
- внесение изменений и дополнений в Налоговый кодекс Российской Федерации.

Закон о добровольном социальном страховании должен установить основные принципы осуществления корпоративного социального страхования. Среди этих принципов особо следует отметить важность таких, как:

- равные нормативы установления размеров пособий и равные условия выплаты пособий всем членам коллектива организа-

ции, застрахованным по добровольному социальному страхованию.

- запрет на перераспределение средств за рамки коллектива застрахованных;
- установление предельных норм и размеров пособий в системе корпоративного социального страхования.
- использование части средств корпоративного социального страхования на финансирование профилактических мероприятий.

Для стимулирования развития корпоративного социального страхования целесообразно предусмотреть освобождение средств, направляемых на корпоративное социальное страхование, от налога на прибыль. Для этого следует конкретизировать состав социальных рисков жизни и здоровью членов трудового коллектива, расходы на страхование которых разрешено включать в затраты на производство в пределах не свыше 3% себестоимости производимой продукции.

Заключение

1. Перспективы развития форм добровольного медицинского и социального страхования и их сочетания с обязательным медицинским и социальным страхованием не могут анализироваться вне обсуждения вопросов реформирования сложившихся систем обязательного медицинского и социального страхования.

2. Программа обязательного медицинского страхования не обеспечена достаточным финансированием, и система медицинского обслуживания не может оказать всем пациентам бесплатную медицинскую помощь, объемы и качество которой соответствуют установленным государством гарантиям и стандартам.

3. Имеются существенные различия в составе услуг, оказываемых населению бесплатно (за счет средств обязательного медицинского страхования и бюджетных ассигнований) и предоставляемых на платной основе (посредством прямой оплаты медицинской помощи пациентами, а также в рамках программ добровольного медицинского страхования).

Результаты анализа деятельности 20 амбулаторно-поликлинических учреждений в трех городах: Москве, Санкт-Петербурге и Саратове, свидетельствуют, что бесплатная медицинская помощь по факту ограничивается оказанием минимального набора услуг. Почти в 70% случаев амбулаторно-поликлиническое лечение больных ограничивается приемом у врача-терапевта или реже – узкого специалиста. Лишь 20–30% всех больных получают дополнительно одно-два назначения из числа диагностических или лечебных процедур, предусмотренных протоколами (федеральными стандартами) лечения соответствующих заболеваний.

Структура услуг, оказываемых застрахованным по добровольному медицинскому страхованию, прикрепленным к определенному амбулаторно-поликлиническому учреждению, существенно отличается от услуг, предоставляемых населению бесплатно. Это касается прежде всего значительно более высокой доли диагностических и лечебных манипуляций. Число больных, медицинская помощь которым была оказана лишь в форме приема врача, составляет менее 10% обратившихся с данным диагнозом.

4. Недостаточность медицинской помощи, получаемой в общественном секторе здравоохранения, прежде всего диагностических услуг, заставляет пациентов искать пути получения недостающих медицинских услуг за счет личных доходов или средств работодателей.

5. Формы сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования складываются в российской практике стихийным образом и не являются предметом целенаправленного регулирования.

6. Все это обуславливает актуальность создания многоуровневой системы медицинского страхования, дифференцированной по степени участия государства в оплате медицинской помощи для различных категорий населения. Необходимо стимулирование привлечения средств граждан в легальных формах для финансирования получения медицинских услуг более высокого качества по сравнению с предоставляемыми в рамках ОМС.

7. В качестве первого шага к созданию такой системы следует рассматривать развитие ДМС как системы, частично замещающей ОМС, при сохранении неизменными государственных гарантий медицинского обслуживания населения. Актуальными задачами выступают легализация практики включения в программы ДМС тех видов медицинской помощи, которые предусматриваются базовой программой ОМС, и включение в счет оплаты взносов по ДМС части средств, заплаченных за соответствующих застрахованных в систему ОМС. Реализация этих мер позволит подготовить условия для перехода через несколько лет к многоуровневой системе медицинского страхования.

8. Предлагаемая многоуровневая система медицинского страхования предполагает модификацию существующих государственных гарантий медицинского обслуживания населения.

Программа ОМС формируется как двухуровневая программа. Первый уровень программы ОМС включает медицинские услуги, которые предоставляются населению бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС.

Второй уровень программы ОМС включает медицинские услуги, которые одним группам населения предоставляются бесплатно и полностью финансируются за счет средств ОМС, а другим группам – при условии соплатежей, и, соответственно, финансируются из средств ОМС лишь частично. Соплатежи, в свою очередь, могут быть предметом добровольного либо обязательного страхования.

Программы ДМС выступают в качестве программ третьего и более высоких уровней. Их предметом могут являться услуги, включенные в программу ОМС второго уровня, соплатежи за такие услуги, а также услуги сверх программы ОМС.

Многоуровневая система медицинского страхования создает институциональные условия для реальной сбалансированности государственных

гарантий оказания медицинской помощи населению с источниками их финансирования, легализации частного софинансирования общественной системы здравоохранения при сохранении доступности медицинской помощи для лиц с низким доходами и хроническими заболеваниями.

9. Существующая система социального страхования содержит функционально неоднородные направления расходов, а обуславливающие их социальные гарантии характеризуются разной мерой определенности. Это, с одной стороны, четко определенные обязательства по выплате пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, по уходу за ребенком и т.п. С другой стороны, это компенсации расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление работающих и членов их семей. Существует значительное неравенство возможностей получения соответствующих компенсаций для разных категорий работающих. Сохранение такого положения не соответствует принципам организации социального страхования в рыночной экономике.

10. Разрешением проблемы дифференциации реальных возможностей застрахованных в существующей системе социального страхования является институциональное оформление и разграничение двух ее компонент.

Общее социальное страхование должно предусматривать единый для всех застрахованных тариф взносов, единый перечень пособий и льгот и однозначные условия их получения.

Коллективное (корпоративное) социальное страхование должно предусматривать для работающих возможность самостоятельно устанавливать более высокий уровень своих социальных гарантий посредством уплаты дополнительных страховых взносов.

11. Институционализацию корпоративного социального страхования целесообразно осуществить как добровольное страхование, предметом которого могут выступать компенсации расходов на санаторно-курортное лечение и оздоровление, выплата дополнительных пособий, не предусмотренных системой обязательного социального страхования, а также компенсации ряда других видов расходов, которые целесообразно исключить из действующей системы, в частности, расходов на оплату первых дней заболевания.

Приложение 1.

Зарубежный опыт сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования

В системах обязательного медицинского страхования источниками финансирования медицинской помощи населению являются страховые взносы, которые в обязательном порядке уплачивают определенные категории страхователей. Страхователями работающего населения выступают сами работающие и/или их работодатели. Государство обязывает их производить взносы на обязательное медицинское страхование, устанавливаемые обычно в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда. В большинстве стран, имеющих систему обязательного медицинского страхования, взносы выплачиваются работодателями вместе с работниками, обычно примерно в равной пропорции. В России и в некоторых других странах взносы на ОМС работающих делают только работодатели.

Перечень видов и объемы медицинской помощи, получение которых гарантируется застрахованным в системе ОМС, устанавливаются государством в национальной программе ОМС. Эти обязательства увязываются с размерами страховых взносов, которые обычно устанавливаются законодательным путем. В некоторых странах, например в Германии, государство определяет минимальный размер взносов, соответствующий национальной программе ОМС. Страховщики имеют право предлагать своим клиентам более широкую программу ОМС и соответственно устанавливать более высокие размеры взносов.

Традиционные системы обязательного социального (медицинского, пенсионного и др.) страхования дополняются развитием добровольных систем страхования, основанных на принципах корпоративного страхования. Новые модели возникли преимущественно в пенсионном страховании, но применяются также и для страхования профессиональных рисков, временной нетрудоспособности, необходимости получения медицинской помощи, получения профессионального образования. В том или ином виде

корпоративные модели страхования получили наибольшее распространение в США, Канаде, Нидерландах, Бельгии, Финляндии и Португалии.

Для корпоративной модели страхования характерно, что в ее рамках действуют частные страховые фонды и страховые компании, страхование ведется преимущественно как личное и коллективное страхование жизни и здоровья, непременно по накопительной схеме, договоры носят долгосрочный или пожизненный характер. Поскольку отсутствуют государственные гарантии, постольку страховщики озабочены накоплением резервов. Часть собранных страховых премий обязательно инвестируется на финансовых рынках. Полученные инвестиционные доходы присоединяются в виде бонусов к ранее уплаченным премиям и служат базой для расширенных страховых выплат. Не будучи государственными и общенациональными институтами, страховщики конкурируют друг с другом на международных рынках; они гораздо больше озабочены оптимизацией своей деятельности. На них действуют мотивы, побуждающие предоставлять качественно лучшие социальные услуги по меньшей цене за счет хорошего управления, подготовленного персонала, сервиса, технической обеспеченности, исследования и оперативного разрешения проблем и т.д.

В корпоративной модели страховые выплаты включают ранее сделанные по личной схеме накопления застрахованного и начисленные на них по схеме сложных процентов инвестиционные доходы. Последние связаны с процентами на капитал, рентой от владения собственностью в виде земли и других природных благ, частью доходов от эффективного управления размещением средств, иногда монополистической сверхприбылью, например, от инновационной деятельности.

Практика использования дней ожидания выплаты пособий по временной нетрудоспособности

В целях экономии страховых расходов огромное значение имеет непосредственная материальная заинтересованность застрахованных в сохранении собственного здоровья. «Болезнь должно быть невыгодно» – лозунг и практика европейских страховых систем. Из европейского опыта видно, что значительное влияние на рационализацию расходов на обязательное страхование временной нетрудоспособности по болезни в рамках единой системы медико-социального страхования может оказать такая мера, как введение каренц-дней (дней ожидания выплаты пособия). В рамках данной меры риски разделяются между страховщиком, страхователем и каждым конкретным застрахованным. Дни ожидания до назначения страхового по-

собия по временной нетрудоспособности из социально-страховых средств являются не исключительной, а широко распространенной практикой в мировых системах социального страхования.

В разных странах и системах каренц-дни определяются различным образом, отражая разницу в практике применения этой меры. Западные эксперты по социальному страхованию так трактуют механизмы действия института дней ожидания (*Werf D. Van der. 1999*): в случае отсутствия работника/работницы на работе по причине своей болезни в течение первых дней заболевания, риск может либо возлагаться на самого работника, либо на его работодателя (независимо от того, застрахован ли работник или нет), либо риск может быть поделен между ними. Сам риск утраты дохода во время каренц-дней, в отличие от рисков, входящих в социальное страхование, может быть отнесен к числу вопросов трудового права. Риск согласно этому разделу права также может быть возложен на работодателя, но лишь в случае, если причиной отсутствия на работе является болезнь самого работника. Риск следует полностью возлагать на работника в тех случаях, когда причиной является заболевание члена его/ее семьи. Смысл дней ожидания заключается в том, что, как показывает опыт, сотрудники могут отсутствовать на работе из-за головной боли или по каким-то другим не существенным причинам. Если недомогание не является серьезным, и если работник будет знать, что невыход на работу приведет к денежным потерям, он/она просто выйдут на работу. В случае же серьезного заболевания, дни ожидания станут тем риском, который возложен на работника. Тем не менее, в законе или в нормативных актах могут быть предусмотрены временность данного института и возможность отмены дней ожидания, если они окажутся излишне «строгой» мерой в условиях улучшения наполняемости страхового бюджета и соответствующего политического лоббирования (так было в Швеции в 1980 и 1990-е гг.).

Трудовым правом ряда стран-членов ЕС может быть предусмотрено сохранение заработной платы в полном или неполном объеме, которую работодатель должен продолжать выплачивать в течение дней ожидания. Однако в некоторых странах Европы практика дней ожидания или дней с сокращенным содержанием исключается стандартным содержанием индивидуальных трудовых договоров. Тогда в стране могут действовать коллективные договоры, регулирующие эти вопросы в пределах целой отрасли или профессии. Именно коллективные договоры могут содержать в себе положение о том, что вся ответственность будет возложена на работодателя. Тогда они также могут говорить о том, что размер страховых взносов

должен быть увеличен, а разницу между утраченным заработком и компенсациями от работодателя выплачивается органами социального страхования.

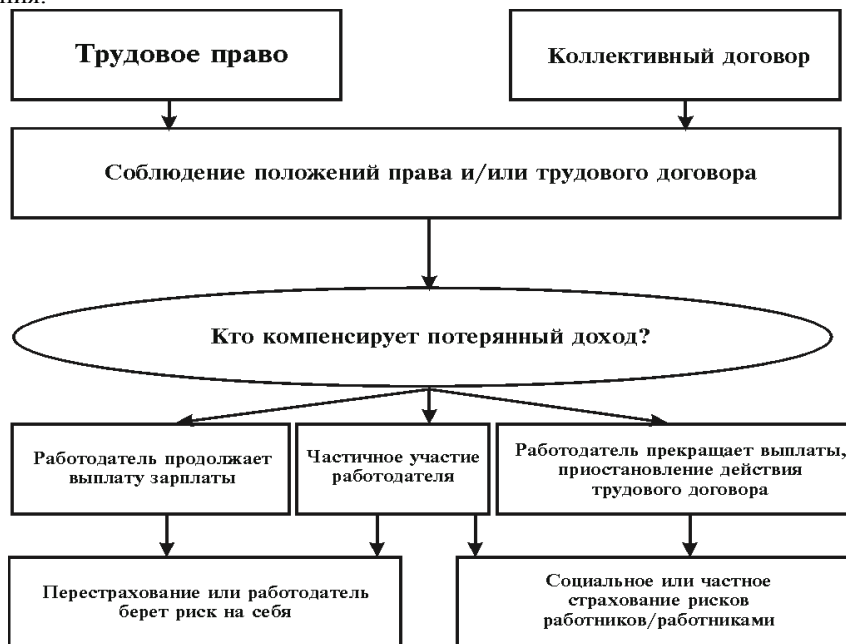


Рис. 5. Схема возможного ветвления правовой ответственности в связи с утратой заработка работником по болезни в первые дни заболевания.

На рис. 5 представлена структура ветвления ответственности и принятия решений в области предоставления компенсаций по временной нетрудоспособности работникам согласно положениям трудового законодательства или условиям подписанных трудовых соглашений, и/или нормам социального страхования, или согласно другим способам организации возмещения дохода, существующим в странах ЕС. Условия трудового права или коллективного соглашения могут являться определяющими, так как именно там определяются потребности и условия по возмещению дохода во время отсутствия занятого на работе. Также отметим, что, когда закон предоставляет некоторую свободу договаривающимся сторонам в выборе более или менее выгодных условий отпуска, это сказывается на условиях возмещения утраченного дохода. Разумеется, подобные решения, связан-

ные с расходной частью бюджета, должны быть учтены соответствующим образом в его доходной части: менее выгодные условия отпуска означают снижение взносов – и наоборот.

Рассмотрим используемые в западных страховых системах определения вышеуказанного термина:

А) Каренц-дни – это срок в 1–3 дня (реже – несколько больше), когда пособие по временной нетрудоспособности не выплачивается из средств обязательного социального страхования, однако выплаты компенсации за утраченный заработок может производить частная страховая компания за свой собственный счет при наличии соответствующего договора и платежей, обычно делающихся работодателем за весь коллектив (это современная практика Нидерландов).

Б) Это дни, когда пособие по временной нетрудоспособности выплачивается из средств работодателя частично или полностью. Так, в ФРГ никто не оплачивает 1-й день болезни, даже если причина лежит в области профессионального травматизма. Далее в течение двух недель оплату ведет работодатель из своих средств. Если болезнь длится дольше, начинает платить компания обязательного медицинского страхования. Однако производимые выплаты связаны по своей величине в большей степени с прожиточным минимумом в стране, чем с уровнем заработной платы заболевшего. Принцип тот, что эти выплаты не могут быть сравнимы и выше среднего заработка конкретного лица (застрахованного).

В) Это начальный период заболевания застрахованного, когда утрата заработка в течение этого периода времени остается его собственным риском, который он должен нести самостоятельно или страховать добровольным образом в частных страховых структурах.

Перечислим некоторые страны-члены ЕС, в которых при оплате временной нетрудоспособности по болезни установлены периоды ожидания начала страховых выплат или имеются иные особенности (*MISSOC, 1998, pp. 186–189*):

- Бельгия: Период ожидания 1 день. Исключения делаются для безработных, в случае нахождения в карантине и для беременных женщин, работающих в государственном секторе.
- Дания. Для работающих на началах постоянного найма периода ожидания нет. Для самозанятых он – три недели.
- Германия. Страховые выплаты из средств социального страхования начинаются через две недели. До истечения этого

срока время пособие по временной нетрудоспособности платит работодатель.

- Греция. 3 дня.
- Испания. 3 дня.
- Франция. 3 дня.
- Австрия. Обычно 3 дня.
- Ирландия. 3 дня.
- Италия. 3 дня, кроме больных туберкулезом, которым больничный лист оплачивается с 1 дня.
- Португалия. 3 дня, кроме случаев стационарного лечения и родов.
- Великобритания. 3 дня.
- Швеция. 1 день.
- Финляндия. 9 дней, кроме приходящихся на общевыходные дни.

Опыт организации медицинского страхования во Франции

Организация медицинского страхования во Франции заслуживает особого внимания при обсуждении проблематики сочетания обязательных и добровольных форм медицинского и социального страхования.

Страховщики и их функции. Обязательное медицинское страхование осуществляется в этой стране Национальной кассой по медицинскому страхованию и 131 базовыми кассами. Национальная касса является государственным предприятием и представлена своими подразделениями вплоть до городов и деревень. Базовые кассы на местах – это частные предприятия.

Национальная касса медицинского страхования осуществляет:

- медицинское страхование, включающее оплату медикаментов, медицинской помощи и больничных листов, предоставление пособий на декретный отпуск, в связи с инвалидностью, по несчастным и смертельным случаям на рабочем месте¹¹;
- координацию между различными режимами медицинского обеспечения: общим, дополнительным и специальным;
- обеспечение финансовой сбалансированности всей системы;

¹¹ Фактически обязательное медицинское страхование во Франции сочетает медицинское и социальное страхование в привычных нам терминах, или другими словами, является медико-социальным страхованием.

- заключение договоров с различными представителями медицинских специальностей: терапевтами и др. по поводу гонораров и тарифов.
- врачебный контроль за больными; врачи-инспекторы проверяют, действительно ли заболевшие находятся дома, а не имитируют заболевание; если кто-то долго болеет, то врач-инспектор следит, не перевести ли его на инвалидность.

Базовая касса медицинского страхования выполняет следующие функции:

- регистрирует всех людей ее территории, выдает регистрационные карточки;
- выплачивает возмещение по медицинскому обслуживанию, по больничному листу и в связи с уходом за ребенком, инвалидности, по несчастному случаю; осуществляет профилактические и санитарные мероприятия на уровне департамента.
- управляет рисками, следит за тем, нет ли жульничества и мошенничества со стороны застрахованных.

Выплата пособий по временной нетрудоспособности. Оплата больничного листа производится с 4-го дня. То лицо, которое находится на больничном, может раз в 2 дня на 4 часа выйти из дома. Если же его нет дома в другое время, то применяются санкции. Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается фиксированной суммой, которая меньше зарплаты и от нее не зависит. Устанавливаются предельные размеры пособий. В 1999 г. они составляли 13,5–14 тыс. франков в месяц (средняя зарплата равнялась 11 тыс. франков в месяц), но обычно в виде пособия по временной нетрудоспособности выплачивается не более половины этой суммы.

Особенности расходов на оздоровление: санаторно-курортной системе возмещается из касс медицинского страхования не 100%, а 70% затрат.

Добавим по поводу французского опыта организации санаторно-курортного лечения, что во Франции по соглашению коллектива и работодателя предприятие из своих средств выкупает и продает работникам так называемые «чеки на проведение отпуска» (их эмитент – «L'Agence Nationale pour les Cheque – Vacances»). Как известно, в Европе в значительном числе случаев на курортах разделены две сферы: услуг и оздоровления. С одной стороны, на курортах предоставляются услуги по проживанию, питанию, организации отдыха и развлечения. Собственно санаторное лечение предоставляется отдельно в медицинских клиниках. Последние

могут оплачиваться тремя: по линии обязательного медицинского страхования (как указано выше, на 70%), дополнительного медицинского страхования (согласно условиям договора страхования), за собственный счет при наличии потребности после консультации со специалистами клиник. «Чеки на отпуск», приобретенные работником на своем предприятии, позволяют ему (вместе с членами семьи) со скидкой оплачивать отельные услуги и прочее во время отпуска, но только в случае, если заведение, где он платит, входит в сеть названного национального агентства. Сумма скидок образуется из скидок провайдера отельных (ресторанных) услуг, доплаты работодателя при приобретении чеков оптом для своих работников, определенных налоговых послаблений при оплате работниками остатков стоимости приобретаемых чеков. Экономия может превысить 10% стоимости. Почти аналогичная система существует в Швейцарии под названием кооперативной кассы путешествий. К началу 1990-х гг. оборот кассы исчислялся миллиардами, но не швейцарских франков, а в пересчете на доллары США. Данная система работает при скидках обычно не более 5%.

Особенности страхования от профессиональных рисков: страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний является частью медицинского страхования, но управляется отдельно.

Особенности дополнительного страхования. Существуют так называемые взаимные кассы (mutualite), которые дополняют возмещение медицинских расходов. 4,5 млн французов привязаны к той или иной взаимной кассе. ОМС возмещает 70% расходов на лекарства и 80% затрат на медицинскую помощь. Взаимная касса дополняет 30% и 20% соответственно.

Взаимные кассы являются некоммерческими организациями. Они не ставят своей целью получение прибыли в отличие от страховых компаний (общих страховых касс).

Взаимная касса финансируется за счет отчислений ее участников. Управление собранными средствами осуществляется солидарно.

Опыт Италии

ИНПС (национальный институт социального обеспечения Италии), помимо пенсионного обеспечения, занимается также семейными пособиями, профессиональными рисками и оплатой временной нетрудоспособности в связи с общим заболеванием. Этот вид пособия в течение года получают 8 млн чел. Максимальный период нетрудоспособности по итальянскому законодательству составляет 180 дней за год. Размер пособия зависит от продолжительности болезни. Первые 3 дня отпуска по болезни –

это каренц-дни. Затем 20 дней работнику компенсируют утраченный заработок в размере 50%. С 21-го дня по 180 день компенсируется 2/3 зарплаты. Примечательно, что по некоторым заболеваниям каренц-дни не устанавливаются и размер пособий повышенный (например, для больных туберкулезом). Это пособие платится также тем, кто не так давно (до 60 дней) лишился работы. Время нетрудоспособности по болезни не вычитается из трудового стажа, по которому определяется пенсия. Государством за это время платится так называемый «фигуративный страховой взнос». За весь период, за который начисляется трудовой стаж, работник имеет право пробить на бюллетене в совокупности один год.

Опыт стран с переходной экономикой

Ряд восточноевропейских стран в 1990-е гг. произвел реформирование своих систем обязательного социального страхования. От разделения социального и медицинского страхования на отдельные системы отказались, например, Польша, Венгрия и Словакия. (Однако последняя через несколько лет вернулась к разьединенной системе).

Типичны черты реформ, проведенных в несколько этапов в Венгрии в течение 1990-х гг. В начале 1990-х гг. вместе со сменой общественного строя произошло объединение социального и медицинского страхования в одну страховую систему. В 1997 г. эта система перестала быть самоуправляемой и перешла под контроль правительства. Одновременно был введен налоговый способ сбора взносов. Вплоть до 1999 г. данная система была финансово дефицитна вследствие высоких темпов роста медицинских расходов, обусловленного ростом стоимости медицинского обслуживания в результате появления новых импортных более дорогих медикаментов, видов медицинской техники, более сложных и затратных лечебных процедур, повышения зарплаты медиков и т.д. с 1999 г. стала последовательно проводиться политика сдерживания расходов на медицинскую помощь и на выплаты по больничным листам. Принцип, взятый на вооружение в Венгрии, можно сформулировать так: «выплаты по пособиям не должны превышать сумму прежде уплаченных взносов». С 1999 г. система в общих чертах выглядит так:

- каренц-дней без всякой оплаты нет,
- первые 15 дней болезни работодатель обязан дать застрахованному отпуск с работы при сохранении 80% зарплаты,
- при страховом стаже работы на одного работодателя до 2-х лет зарплата компенсируется пособием на 60%,

- при страховом стаже работы на одного работодателя более 2-х лет зарплата компенсируется пособием на 70%,
- для получения пособия страховой стаж не должен быть меньше года,
- право на большее число выходов на пособие и длительность его выплаты увязана с продолжительностью страхового стажа.

Опыт республик бывшего СССР

К 1996 г. во многих странах СНГ и Балтии введение дней ожидания было использовано как антикризисная мера в условиях дефицита социально-страховых бюджетов и как способ перераспределения средств в пользу медицинского обслуживания и пенсионного обеспечения. Примером европейских стран руководствовались в Латвии и Эстонии, вводя период ожидания – каренц-дни, за который утраченный в результате болезни заработок не подлежит компенсации. Аргументация состояла в том, что потеря дохода за пару дней критически не снижает жизненный уровень застрахованных, но обеспечивает противодействие «уклонению» от работы при легких заболеваниях.

В Эстонии, согласно статье 8 Закона «О медицинском страховании», период ожидания выплаты пособия равен одному дню. Один день не оплачивается также и в Латвии согласно ст.36 закона «О пособиях по материнству и болезни». Пособие со 2-го по 14 день нетрудоспособности оплачивает работодатель. Однако это правило не распространяется на случаи ухода за больным ребенком, здесь оплату пособия с первого осуществляет система социального страхования.

В Литве существуют два каренц-дня, которые должны оплачивать работодатели. Исключением являются случаи ухода за больным членом семьи. Это решение зафиксировано в п.1 Пост. Правительства Литовской Республики от 8 января 1996 г. № 47 «О частичном изменении постановления Правительства Литовской Республики от 1 марта 1995 г. № 289 «Об утверждении Положения о пособиях по государственному социальному страхованию». В Литве первоначально было установлено большее число каренц-дней, и они должны были оплачиваться в размерах не менее 50% утраченного заработка. Потом, после протестов общественности компенсационные выплаты были установлены в точно фиксированном объеме как 80% утраченного заработка в течение первых двух дней заболевания.

В Киргизии ввели полностью неоплачиваемые 3 каренц-дня. Здесь исключением являлись дни, связанные с отпуском по беременности и родам

(Постановление Правительства Кыргызской Республики от 11 апреля 1995 г. № 125 «О внесении изменений и дополнений в Положение о порядке обеспечения пособиями по социальному страхованию»). Однако, спустя три месяца было принято решение, что первые три дня оплачиваются работодателями.

При введении института хотя бы одного каренц-дня возникает возможность значительного сокращения затрат и, следовательно, ставки страхового тарифа посредством удлинения данного периода в моменты наступления кризисных явлений в экономике и, соответственно, социально-страховой системе. В странах Балтии задачей этого нововведения видели цели объединения двух социально-страховых систем (социальной и медицинской), снижения налоговой нагрузки на фонд заработной платы за счет понижения тарифа на страхование временной нетрудоспособности по болезни. В этих государствах средняя длительность нетрудоспособности 10–12 дней, а поэтому подавляющую часть случаев предприниматели оплачивают из своих средств.

Западные страховщики, в частности, В.Рикке¹², привлекают внимание к тому обстоятельству, что введение каренц-дней на первые 1–3 дня общего заболевания освобождает страховщиков и страхователей от необходимости оформлять массу документов, а это экономит и усилия, и административные расходы обеих сторон. Другой аргумент, приводимый в пользу каренц-дней, состоит в том, что нельзя оплачивать временную нетрудоспособность сразу – нужно провести проверку и подготовить документацию. Все это занимает время в 1–3 дня, а процедуры одинаково трудоемки в любом случае (поэтому административные расходы при легком недомогании практически равны тем, что и при серьезном заболевании). Отказ от оформления и оплаты касается только случаев несерьезных недомоганий, связанных с однократным посещением врача. Поскольку врач может быть семейным, постольку есть возможность абсентеизма, а это страховое мошенничество, с которым и нужно бороться с помощью дней ожидания.

Гораздо реже можно услышать объяснения, связанные с распространением алкоголизма и наркоманией, психологической неустойчивостью работников в результате личных стрессов. Для этого есть даже специальный термин: «последствия вчерашнего». Западная статистика указывает на обусловленность этим явлением повышенного числа автомобильных аварий в понедельник, несчастных случаев на производстве. (Хотя, как из-

¹² Материалы проекта Тасис EDRUS 9605 (неопубл.).

вестно, система обязательного социального страхования не связывает, например, в ФРГ, страховые выплаты с состоянием работника «после вчерашнего».) Выплаты же по этим причинам очень велики. Поэтому дешевле принять справку от семейного врача работника о незначительном заболевании и допустить одно-двухдневное отсутствие его на работе, чем рисковать выплатами компенсаций при аварии на рабочем месте, в дороге на работу и с работы.

Разделение всего периода временной нетрудоспособности на неоплачиваемый и оплачиваемый периоды соответствует принципу разделения бремени взносов на цели медико-социального страхования между работником и предпринимателем. Например, во Франции на эти цели работник уплачивает обычно 0,75% от номинальной заработной платы, если она не выше потолка в 14000 франков/месяц. Его же работодатель обязан выплатить на цели страхования по болезни, от общей инвалидности, на случай смерти и в связи с материнством 13,8% – 1280 франков/месяц. Соответственно эти две социальные стороны производства совместно и паритетно участвуют в управлении социальным страхованием.

Приложение 2.
Перечень наиболее часто предоставляемых
в системе ОМС медицинских услуг

Наименование услуги	Количество услуг за 6 месяцев 2000 г.
Внутримышечная, подкожная инъекция	3 898 025
Прием уч.терапевта леч/диаг, повт, амб.	2 478 999
Взятие крови из пальца для гемат. Исслед	1 654 780
<i>Снятие зубных отлож.в области 1 зуба*</i>	<i>1 533 836</i>
При обсл.на дому ср.м.п.без а/машины	1 469 159
<i>Формирование одной кариозной полости</i>	<i>1 378 981</i>
Пр.больн.фельдш., акуш., амб.(здравпункт)	1 349 187
<i>Пломба из цемента (отечеств.)</i>	<i>1 202 167</i>
Прием уч.терапевта леч/диаг, перв, амб.	1 044 388
<i>Прием стоматолога повтор., амб.</i>	<i>1 013 711</i>
Опред. скорости оседания эритроцитов (СОЭ)	958 065
Опред. гемоглоб. Гемоглобинцианид.методо	939 602
Исс. физ. св. мочи(колич, цв, пр, отн. пл, РН)	938 035
Пр. больн. м/с(фельдш, акуш) довр. смотр. каб	897 926
Подс. лейкоф. лы с оп. морф. форм. эл. крови	794 247
Прием уч.терапевта леч/диаг, повт. на дому	762 822
Прием уч.терапевта леч/диаг, перв. на дому	760 617
Импрегнация или мед. обработка 1 канала	759 312
Подсчет лейкоцитов в счетной камере	758 740
<i>Полировка пломбы</i>	<i>739 218</i>
Микроскоп. исследов. осадка мочи в норме	716 795

Наименование услуги	Количество услуг за 6 месяцев 2000 г.
Обраб. вен. кр, вкл. регистр. (получ. пл. и сыв	702 949
Обнар. белка в моче с сульфосалиц. ки-той	641 244
Анест. челюст-лицев. обл. инфилтвр.	595 327
Обнаруж. глюкозы в моче экспресс-тестом	578 670
Пр. акушер-гинеколога леч/диаг, повт, амб.	577 354
Экстерпация, удаление распада из 1 канала	572 819
Флюорография легких профилактическая	565 128
<i>Пломбирование одного канала пастой</i>	<i>555 319</i>
Анестезия аппликационная	545 106
Оценка гемоглоб. в эритроц. (цветовой показ.	543 201
<i>Пломба из композита (импортного)</i>	<i>524 145</i>
Исс. мазка отд. мочепол. орг (с описан) 1 лока	496 747
<i>Пломба из композита (отечеств.).</i>	<i>484 378</i>
<i>Прием стоматолога первич., амб.</i>	<i>467 238</i>
Прием хирурга леч/диаг, повт, амб.	457 614
Обнар. кетон. тел в моче экспресс-тестом	453 966
<i>Аппликация в обл. 2-4 зубов лекарств</i>	<i>451 395</i>
Подсчет эритроцитов в счетной камере	450 512
Анестезия проводниковая	426 163
Взятие крови из вены, кровопускание	418 715
<i>Прием стоматолога-хирурга повторн., амб.</i>	<i>400 866</i>
<i>Rg-графия зубов</i>	<i>389 663</i>
Инстиллякия и аппликация лек. веществ	389 515
ЭКГ (в 12-ти отв) 6 кан. неавтом. эл/кардио	379 815
<i>Кюретаж в области 1 патолог. Кармана</i>	<i>374 794</i>

Наименование услуги	Количество услуг за 6 месяцев 2000 г.
Забор материала на флору	370 445
Биомикр.кон.и эпис.п\отр.гл.и глуб.пр\ср	365 292
Прием офтальмолога леч/диаг, перв, амб.	362 000
<i>Раскр-е полости зуба с мед. обработкой</i>	<i>360 783</i>
<i>Снятие пломбы, трепонация коронки</i>	<i>359 587</i>
Механ.и хим.расширение облитериров. кан.	351 998
Обнаруж. глюкозы в моче методом Гайнеса	347 108
Прием невропатолога леч/диаг, перв., амб.	344 838
Прием хирурга леч/диаг, перв., амб.	341 668
УВЧ-терапия (1 поле)	330 013
Прием невропатолога леч/диаг, повт, амб.	325 589
Опр.глюк.в кр.ортотол./глюкозооксид.мет.	325 450
Определение гигиенического индекса	319 786
Прием офтальмолога леч/диаг, повт, амб.	317 199
Внутривенное вливание (струйное)	308 968
Опр.глюк.в сыв.кр.на анализат.«Эксан-Г»	296 338
Прием цех.терапевта леч/диагн.,повт,амб.	295 317
<i>Наложение временной пломбы</i>	<i>284 918</i>
Чтение рентгенограмм	283 079
Прием отоларинголога леч/диаг,повт,амб.	276 885
Прием физиотерапевта леч., повт, амб.	273 861
<i>Ампутация пальпы</i>	<i>272 539</i>
Прием отоларинголога леч/диаг,перв,амб.	269 155
Подсч.тромбоцитов в окраш.мазках по Фони	264 520
Прием травм.-ортопеда леч/диаг,повт,амб.	263 869

Наименование услуги	Количество услуг за 6 месяцев 2000 г.
Забор материала на цитол.иссл. и КПИ	255 720
ЭКГ (в 12-ти отв) 2-3-кан.электрокардиог	243 082
Пр.акушер-гинеколога леч/диаг, перв,амб.	239 282
<i>Снятие временной пломбы</i>	<i>237 505</i>
<i>Медикамент.обработ. патол.десн.карманов</i>	<i>234 477</i>
<i>Наложение фикс/леч.повязки на 1/2челюсти</i>	<i>233 329</i>
Прием эндокринолога леч/диаг, повт, амб.	232 687
<i>Удаление постоянного зуба простое</i>	<i>229 781</i>
<i>Налож.леч.повяз.при глуб.кариесе</i>	<i>228 343</i>
Офтальмотонометрия	227 545
Прием уролога леч/диаг, повт, амб.	227 003
Прием уч.терапевта проф., амб.	224 988
Опред.протромбина(тромбопластин.времени)	224 389
<i>Ирригация полости рта в стоматологии</i>	<i>220 787</i>
Обнаружение белка в моче экспресс-тестом	217 795
Занятия на тренажерах	217 720
<i>Удаление постоянного зуба сложное</i>	<i>203 816</i>
Прием физиотерапевта леч, перв, амб.	201 220
Электрофорез лекарственный	197 540
Магнитотерапия (1 поле)	195 169
Фонофорез (1-2 поля)	193 807
Обн.уробилин.тел в моче экспресс-тестом	189 127
Консульт.(консилиум) спец. без уч. ст.	188 614
Пр.уч.ак/гин.при ослож.теч.берем.дисп,ам	184 961
Подс.лейк.с пом.полуав.сч,целлоск,гемоци	177 704
<i>Прием стоматолога-хирурга первичн.,амб.</i>	<i>177 186</i>

Наименование услуги	Количество услуг за 6 месяцев 2000 г.
Флюорография легких диагностическая	176 122
Перевязка малых гнойных ран	170 154
УЗИ почек, надпоч.и забрюш.пространства	163 060

*Курсивом выделены услуги стоматологического профиля

Литература

Бабич А.М., Егоров Е.Н., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования. М.: Теис, 1998.

Дмитриев М.Э., Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Соловьева О.Г., Салахутдинова С.К. Создание системы обязательного медико-социального страхования. // *Здравоохранение*, 1998, № 4, сс.5-18.

Зелькович Р.М. Общества взаимного страхования – форма реформирования государственных гарантий. // *Материалы семинара «Стратегии реализации государственных гарантий и обеспечения доступности медицинской помощи для населения»*. Кемерово, 28 июня 1999 г. (неопубликованные материалы).

Зиновьев А. Коммунизм как реальность. М.: Центрполиграф, 1994.

Йессе М. Достижения и трудности в реформировании плановой системы здравоохранения – Опыт Эстонии. // *Управление в системе медицинского страхования в России – Региональные аспекты*. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000.

Развитие социального страхования в России. Роль Фонда социального страхования в социальной защите граждан. М.: Российский фонд социальных реформ; Фонд социального страхования Российской Федерации, 2001.

Рынок труда и социальная политика в Центральной и Восточной Европе. Переходный период и дальнейшее развитие. Под ред. Н.Барра. Пер. с англ. М.: ИКЦ «ДИС», 1997.

Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. /Ред. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. М.: Гэотар Медицина, 2000.

Социальное страхование в России. Сборник официальных материалов. М., 2000.

Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Русь, Издатцентр, 1998.

Шишкин С.В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: ИЭПП, Теис, 2000 // www.iet.ru.

Якушев Л.П. Социальная защита. М.: 1998.

European Observatory on Health Care Systems. Health care systems in transition. Copenhagen, 1999-2001.

MISSOC, Social Protection in State Members of EU, 1998.

OECD, The reform of health care systems: A comparative analysis of seven OECD countries. Health Policy Studies No. 2, Paris: OECD, 1992.

OECD, The reform of health care systems: A comparative analysis of seventeen OECD countries. Health Policy Studies No. 5, Paris: OECD, 1994.

Werf D.Van der, The First Row of Studies/ TACIS project EDRUS 9605, Moscow, 1999 (unpubl.).

WHO. The world health report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organization, 2000.