

ПРОБЛЕМЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В СТРАНАХ С ПЕРЕХОДНОЙ ЭКОНОМИКОЙ

Н.Б. Грищенко, профессор кафедры финансов и кредита
Алтайского государственного университета, доктор экономических, наук

Процессы реформирования систем социального — пенсионного и медицинского — страхования в странах с переходной экономикой, несмотря на различие в сроках, формах и направлениях реализации, приводят к сходным результатам и вызывают сходные последствия. При этом главными причинами являются не столько трудности переходного периода и финансовые ограничения, сколько необходимость соблюдать последовательность в реализации реформ и придерживаться определенных принципов при формировании и распределении страховых фондов.

Разные страны постсоветского пространства находятся в разных точках пути реформирования их социального страхования. И Россия, и Польша, и Казахстан уже прошли первые этапы реформирования медицинского и пенсионного страхования и получили определенные результаты, на основе которых уже могут быть сделаны определенные выводы.

Причины, порядок и проблемы реформирования пенсионного страхования. И Россия, и Польша, и Казахстан к началу реформ на исходе 1980-х гг. использовали в целом общие принципы социального страхования: государственное пенсионное обеспечение и модель здравоохранения Н.А. Семашко, основывающиеся на полном государственном финансировании. Несмотря на то, что уровень пенсионного обеспечения не был высоким, тем не менее, вместе с бесплатными жилищно-коммунальными, транспортными и медицинскими услугами, он существенно отличался от средней заработной платы в народном хозяйстве страны¹. Показатели здоровья населения и финансирования системы здравоохранения в этих и других странах постсоветского пространства были одними из лучших в мире².

¹ Малеева Т., Сиявская О. Пенсионная реформа в России: о политической экономии популизма (www.socpol.ru/publications/articlesofourcolleagues.shtml).

² Heller P.S., Keller C. Social Sector Reform in Transition Countries // Finance and Development. A quarterly magazine of the IMF. 2001. Vol. 38, N. 3, September (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2001/09/keller.htm>).

Однако трансформация политических и экономических отношений обусловила реформирование и социальной сферы, в том числе и социального — пенсионного и медицинского - страхования. Другими причинами реформирования пенсионного страхования были следующие.

1. Демографические

1.1. Государственная (PAYG) система, основанная на принципе солидарности поколений, была неспособна обеспечивать будущие поколения пенсионеров только отчислениями будущих работников в силу демографических причин. Так, и в России, и в Польше, и в Казахстане это были низкий возраст выхода на пенсию (55 лет для женщин и 60 лет для мужчин), увеличение доли лиц преклонного возраста в возрастной структуре населения, что, в свою очередь, требовало постоянного увеличения расходов из государственного пенсионного фонда.

1.2. И в России, и в Польше дополнительно присутствовали последствия экономического спада, вызвавшего снижение рождаемости в середине 1990-х гг. XX в. - начале XXI в. и сокращение впоследствии, к 2020 — 2025 гг., числа трудоспособных граждан.

2. Финансовые

2.1. Низкая дифференциация пенсий как следствие общей уравнительной политики³. Размер заработной платы в течение трудовой деятельности практически не влиял на размер получаемой пенсии, за исключением ограниченного числа «льготных» пенсионеров.

2.2. Значительное число привилегированных пенсионеров и работников, получающих повышенные пенсии (за выслугу лет, профессиональные) либо имеющих право на досрочную пенсию.

2.3. Обесценение государственных социальных гарантий и пенсий в результате высокой инфляции.

2.4. Отсутствие регулярных актуарных расчетов и инвестиционного планирования в управлении пенсионными фондами.

³ См.: Малеева Т., Сиявская О. Цит. соч.

2.5. Необходимость развития национальных финансовых рынков путем получения «длинных» пенсионных инвестиций и содействия, таким образом, росту экономики.

3. Институциональные

3.1. Необходимость разделения ответственности и финансирования социальных обязательств как территориально (путем децентрализации региональной политики и распределения ответственности регионов), так и институционально (между государством, работодателем и работником).

3.2. Отсутствие необходимой организационной, финансовой, контролирующей инфраструктуры. Так как социальное страхование ранее было замещено государственным социальным обеспечением, то формировать систему социального страхования нужно было практически с нуля: «...институциональные механизмы переходных стран, обеспечивавшие защиту всего населения (от колыбели до могилы)», были разработаны для совершенно иной хозяйственной системы. Существующие институты и практики социального сектора, несовместимые с мотивационными механизмами рыночной экономики и не подготовленные к высочайшей нагрузке при переходе к ней, оказались значительно ослаблены и изменены в процессе перехода»⁴.

4. *Изменение системы мотиваций и стимулов населения в условиях рынка, поощрение развития предпринимательства, повышение личной ответственности и т.д.*

Новые пенсионные системы в рассматриваемых странах базируются в целом на общих принципах и имеют сходные формы с небольшими особенностями. Краткое сравнение пенсионного страхования в России, Польше и Казахстане приведено в таблице.

Общими чертами пенсионных систем этих стран являются: продолжающиеся процессы реформирования пенсионной системы и, следовательно, продолжение совершенствования их правовой, организационной и финансовой основ; формирование трехуровневой пенсионной системы с государственным, страховым и накопительными элементами (уровнями); создание фондов пенсионного страхования (государственных, частных и смешанных), обязательных и добровольных по своей форме; формирование нового законодательства в области пенсионного страхования; формирование единой системы персонифицированных пенсионных счетов.

Реформы пенсионного страхования в этих странах были при этом направлены на решение ряда сходных проблем.

1. Реализация пенсионной реформы в целом - высокозатратное мероприятие, и в условиях кризиса экономики это дорого обходится и государственному бюджету страны, и ее гражданам. Так, если в 1999 г. (первый год реформирования пенсионной системы) дотации ZUS (Государственный пенсионный фонд Польши) составили 10 млрд. злотых при доходной части бюджета 138 млрд. злотых, то в 2002 г. они уже превысили 28 млрд. при бюджете 194 млрд. злотых⁵;

⁴ Heller P.S., Keller C. Цит. соч.

⁵ Несторенко Т.П. Пенсионная реформа в Украине и Польше: сравнительный анализ и оценка перспектив // Выступление на Международной научно-практической конференции «Реформирование общественного сектора: поиск путей повышения эффективности». 2005. Сентябрь (<http://www.aspe.spb.ru/reports/nestorenko.doc>); Mularczyk P., Turowicz J. On Measuring the Efficiency of the Social Security System Reforms. The Case of Poland (http://ucs.kuleuven.be/seminars_events/other/files/3afmd/Mularczyk.PDF).

2. Создание систем персонифицированного учета застрахованных, организации и контроля за деятельностью новых структур (негосударственных пенсионных фондов, управляющих компаний, специальных депозитариев и др.) требовали колоссальных усилий, прежде всего, от органов государственной власти, не всегда завершаясь успешными и своевременными результатами. Однако наиболее существенным было недостаточное информационное обеспечение пенсионной реформы. И в России, и в Польше, и в Казахстане низкая активность граждан была обусловлена, прежде всего, неосведомленностью населения о задачах, направлениях и результатах реформы, о новых накопительных пенсионных механизмах и структурах.

Информационное сопровождение реформ не было подготовлено, застрахованным лицам не были разъяснены их действия, права и обязанности при переходе на накопительную систему, положительные и возможные негативные последствия таких изменений. Основной причиной информационных «пробелов» стало спешное введение новой пенсионной системы при крайне сокращенных сроках. Например, в России переносились сроки рассылки информационных писем о необходимости выбора способа управления накопительными пенсионными средствами (с 1.08.2003 г. на 1.11.2003 г.) и осуществления такого выбора (с 15.10.2003 г. на 31.12.2003 г.).

3. Влияние макроэкономических факторов — инфляции, безработицы, бартерных расчетов и взаимозачетов — вызывало дефицит пенсионных фондов, восполняемый за счет средств государственных бюджетов. Это в свою очередь делало невыполнимой задачу финансовой независимости государственного пенсионного фонда.

4. Отмена, а затем возврат ряда льготных пенсий в Польше и Казахстане, наличие старой системы льгот в новой пенсионной системе России (для врачей, учителей, для работающих во вредных условиях). Поэтому новые пенсионные системы не стали социально справедливей, более того они являются и финансово неэквивалентными, так как нарушаются и страховой, и накопительный принципы пенсионного страхования. При отсутствии дополнительных дотаций из государственного бюджета бремя по содержанию льготных пенсионеров несут все работники, в то время как повышенные пенсии из общих страховых фондов получает ограниченный круг пенсионеров.

С другой стороны, за рамками новой пенсионной системы и в России, и в Польше остаются некоторые профессиональные группы: предприниматели, фермеры, военные, судьи и др.

5. Дальнейшие законодательные изменения не всегда соответствуют целям пенсионной реформы. Зачастую присутствуют либо популистские решения правительств, направленные на повышение размеров пенсий, либо изменения принципиальных основ пенсионной реформы (как в случае с исключением из накопительной системы граждан старше 1966 г.р. в России). Так, в Польше Сенат выступает за назначение льготных пенсий для горняков из ZUS (Государственного пенсионного фонда) и отнесение момента досрочного выхода на пенсию на 2008 г. В этом случае более 800 тыс. чело-

Краткая характеристика систем пенсионного страхования России, Польши и Казахстана

	Казахстан	Польша	Россия
Начало реформ	с 1.01.1998	с 1.01.1999	с 01.01.2002
Пенсионное законодательство	Законодательство о пенсионном обеспечении (1997 г.)	План реформирования пенсионного обеспечения (1997 г.)	Программа пенсионной реформы в РФ (1998 г.) Концепция реформы пенсионного обеспечения в РФ (1995 г.)
Структура пенсионной страховой системы	Присутствует распределительная (для нынешних пенсионеров) и накопительная (для будущих пенсионеров) подсистемы		
	<p>1) государственный бюджет (в форме государственного накопительного пенсионного фонда – ГНПФ). Пенсионные выплаты из солидарной системы (основания – пенсионный возраст, социальные), размер зависит от стажа работы и размера среднемесячного дохода;</p> <p>2) государственный бюджет (ГНПФ). Фиксированные пенсионные выплаты при достижении пенсионного возраста (выплаты по выслуге лет), размер устанавливается ежегодно Законом о республиканском бюджете;</p> <p>3) негосударственные пенсионные фонды (НПФ). Пенсионные выплаты при достижении пенсионного возраста, а также инвалидам, выезжающим на постоянное место жительства, др. Размер пенсии зависит от суммы накопленной на индивидуальном счете.</p>	<p>1) учреждение социального страхования – государственный пенсионный фонд. Пенсия рассчитывается путем деления учтенной на счете суммы взносов на среднестатистическую продолжительность жизни; обязательное участие;</p> <p>2) частные открытые пенсионные фонды, взносы в которые перечисляются через государственный пенсионный фонд. Персональные пенсии зависят от сумм взносов и продолжительности их уплаты, накопленного инвестиционного дохода;</p> <p>3) НПФ, страховые компании, институты совместного инвестирования.</p>	<p>1) государственный пенсионный фонд – ГПФ. Пенсия (базовая часть) – при достижении пенсионного возраста, социальным основаниям; их размер фиксированный и устанавливается законом;</p> <p>2) ГПФ. Пенсия (страховая часть – отчисляется в условно-накопительные счета), основание – пенсионный возраст, социальные основания. Размер фиксированный, гарантируется минимальный уровень;</p> <p>3) НПФ и управляющие инвестиционные компании. Пенсия (накопительная часть), основания – пенсионный возраст; размер – зависит от суммы отчислений и инвестиционного дохода.</p>
Возраст участия в пенсионной страховой системе	при наличии не менее шести месяцев трудового стажа на момент реформы граждане могли оставаться в прежней (распределительной) системе	<p>– родившиеся в 1969 г. или позже были обязаны присоединиться к накопительной подсистеме (избрав ПФ) до начала реформирования – до 30-тилетнего возраста;</p> <p>– родившиеся между 1949 и 1969 гг. имели право выбора (от 30 до 49 лет);</p> <p>– родившиеся раньше 1949 г. – оставались в старой системе (50 лет и старше)</p>	<p>– из накопительной системы (2-я часть) исключены мужчины и женщины, родившиеся в 1953/1957 и 1966 гг. Им предлагается вариант «4+2»;</p> <p>– родившиеся в 1967 г. и позднее участвуют в накопительной системе;</p> <p>– родившиеся до 1953/1957 гг. участвуют в распределительной пенсионной системе</p>
Принципы и условия финансирования	<p>1) 16% от фонда оплаты труда (ФОТ) уплачивает работодатель в ГНПФ – для тех, кто на 1.01.1998 г. имел трудовой стаж не менее шести месяцев и остался в распределительной системе;</p> <p>2) 10% отчисляются от дохода работника в обязательном порядке в НПФ на индивидуальные счета;</p> <p>3) до 10% от ежемесячного дохода работника в НПФ (за счет работодателя или работника) в добровольном порядке</p>	<p>1) пенсии (обязательная часть) финансируется государством (Национальный фонд социального страхования) за счет 12,22% от доходов работающих граждан. Размер будущей пенсии зависит от суммы уплаченных взносов и среднестатистического показателя продолжительности жизни;</p> <p>2) пенсии (обязательная часть) финансируется в размере 7,3% от доходов работающих и перечисляется в один из выбранных ими самостоятельно НПФ; Общий размер обязательных отчислений – 19,52%, уплачивается поровну (по 9,76%) между работодателем и работником.</p> <p>3) пенсии (добровольная часть) вносятся гражданами в индивидуальном размере в НПФ</p>	<p>1) базовая часть трудовой пенсии и пенсии в рамках государственного пенсионного обеспечения – финансируются федеральным бюджетом за счет единого социального налога (ЕСН) и других налогов – 6%;</p> <p>2) страховая часть пенсии финансируется за счет обязательных отчислений работодателей (ЕСН) с ФОТ в ГПФ – 10% (1967 г. и моложе);</p> <p>3) накопительная часть пенсии финансируется за счет добровольных отчислений граждан и работодателей в НПФ, управляющие компании – 4% (1967 г.р. и моложе). Всего размер отчислений работодателя составляет 20% от ФОТ, в том числе: – для граждан 1967 г.р. и моложе (6% – базовая, 10% – страховая и 4% – накопительная часть); – для граждан 1966 г.р. и старше (6% – базовая и 14% – страховая части).</p>
Участники пенсионного страхования	Работники, работодатели, государственные и частные пенсионные фонды банки-кастодианы страховые компании, инвестиционные фонды управляющие компании, депозитарии		
Пенсионный возраст	повышен до 58 лет у женщин и 63 лет у мужчин	повышен до 60 лет у женщин и до 65 лет у мужчин	не изменен – 55 лет у женщин и 60 лет у мужчин
Льготные пенсии	отменены	отменены	частично отменены

век будут иметь право досрочно получать пенсию по возрасту при наличии необходимого страхового стажа. Однако принятие такой поправки к закону о пенсиях, выплачиваемых из общественных фондов, приведет к росту пенсионных выплат и отодвинет срок стабилизации пенсионной системы Польши до 2050 г., а недобор в ZUS в 2030 г. и его дефицит могут составить 50 млрд. злотых⁶.

6. Неразвитость национальных финансовых рынков и ограничения на структуру активов инвестиционных пенсионных портфелей. Исключением выступает Казахстан, в котором и инвестиционная политика негосударственных пенсионных фондов, и высокие показатели доходности пенсионных накоплений сделали накопительную систему привлекательной для застрахованных лиц.

Недоверие к финансовым институтам является главным негативным фактором для российских граждан. Следующим за ним идет отсутствие возможности вкладывать пенсионные активы в реальный сектор экономики России, а также незначительный их размер в частных пенсионных фондах.

7. Непоследовательное применение страховых принципов в формировании и использовании пенсионных фондов, как государственных, так и частных, отсутствие регулярных актуарных расчетов и мониторинга реализации пенсионной реформы.

8. Недостатки действующего пенсионного законодательства. Так, в Казахстане — это неопределенность механизма будущих пенсионных выплат, отсутствие контроля за своевременностью перечисления средств в пенсионные фонды, в России — неопределенность с профессиональной пенсионной системой и льготными пенсиями.

Эти и другие проблемы реформирования пенсионного страхования не являются, конечно, проявлением его нерезультативности в целом, но выступают предпосылками для более взвешенных решений и действий по его продолжению и совершенствованию, в том числе следующих: 1) изменение первоначальных положений пенсионной страховой системы в исключительных случаях, так как и финансовые следствия для бюджета и экономики, и, конечно, для населения от таких изменений колоссальны по своим отрицательным результатам; 2) совершенствование законодательной, информационной, методической и инструментальной поддержки пенсионной реформы. Условием инвестиционной привлекательности накопительной пенсионной системы для граждан выступает доступная и полноценная информация о задачах и принципах реформы, а условием ее инвестиционной эффективности — наличие надежных и доходных инвестиционных инструментов на национальных финансовых рынках; 3) стимулирование частных пенсионных накоплений путем их льготного налогообложения (налогом на доходы физических лиц и корпоративным налогом) и наличия государственных гарантий.

Особенности и проблемы медицинского страхования.

Реформирование медицинского страхования неразрывно связано с состоянием и финансированием здравоохранения стране.

Главной причиной реформирования изначально одной из лучших моделей здравоохранения и внедрения в нее механизмов страховой медицины было, прежде всего, недостаточное финансирование учреждений здравоохранения и, соответственно, недостаточный уровень оказания медицинской помощи населению страны, низкая заработная плата медицинских работников.

Другими причинами изменений выступили: 1) необходимость снижения себестоимости лечения пациентов при сохранении высокого качества медицинской услуги путем уменьшения количества койко-дней при стационарной помощи и интенсификации амбулаторной медицинской помощи, распространения практики семейных врачей; 2) необходимость предоставления финансовой самостоятельности учреждениям здравоохранения (лечебно-профилактическим учреждениям — ЛПУ), в частности распоряжения сэкономленными бюджетными средствами, в том числе и на выплату заработной платы; 3) низкая платежеспособность населения, что не позволяло активно развивать индивидуальное медицинское страхование.

Россия была первой страной на постсоветском пространстве, которая в 1992 г. перевела финансирование здравоохранения на обязательное медицинское страхование (ОМС). Однако повсеместного и эффективного внедрения ОМС не произошло в силу отсутствия, прежде всего, достаточного числа страховых медицинских организаций в каждом регионе и выполнения функций «фиктивного» страховщика фондами ОМС. Произошла замена предусматривавшихся законом страховых принципов формирования страховых фондов для оплаты медицинской помощи на принципы распределительного финансирования ЛПУ. Введение впоследствии страховых тарифов на ОМС в состав единого социального налога также формально придало налоговый статус страховым взносам на ОМС.

Формальное исполнение полноценных функций страховщиков в системе ОМС привело к упрощенному порядку финансирования ЛПУ через страховые медицинские организации без параллельного усиления контроля за качеством оказываемой пациентам медицинской помощи, без оптимизации стоимости медицинских услуг, участия в проведении превентивных мероприятий. Развитие же добровольного медицинского страхования тормозится, прежде всего, отсутствием налоговых стимулов, а также ясности относительно стоимости и «содержания» пакета медицинских услуг, предоставляемых в рамках бюджетного финансирования и ОМС. Ставка налога на ОМС (в структуре единого социального налога) составляет в настоящее время 3,1% с ФОТ предприятия (1,1 % в федеральный фонд ОМС и 2% - в территориальный) и оплачивается работодателем. В конце 2006 г. в федеральном фонде ОМС были выявлены грубые финансовые злоупотребления, и в настоящее время осуществляется проверка деятельности всех территориальных фондов ОМС.

В середине 1990-х гг. модель ОМС была введена и в Казахстане, а к концу 1998 г. через ОМС финансировалось почти 40% ЛПУ страны. Однако недостаточный финансовый контроль за деятельностью государственного фонда ОМС привел к появлению финансовых махи-

⁶См.: Несторенко Т.П. Цит. соч.

наций, дефициту этого фонда и, как следствие, прекращению его деятельности. В настоящее время финансирование медицинской помощи осуществляется через три основных канала: из бюджета — для минимального комплекса бесплатных медицинских услуг, дополнительно за счет добровольного медицинского страхования (как правило, корпоративного) и платно, за счет средств граждан (как правило, индивидуально). Рост страховых премий по ДМС свидетельствует о повышении спроса населения на такое медицинское страхование. Поэтому Казахстан остановится, скорее всего, на британской модели, которая предполагает определенный гарантированный объем бесплатной медико-санитарной помощи с дополнительным (сверх гарантированных объемов) индивидуальным дофинансированием. Перечень гарантированных бесплатных медицинских услуг утверждается ежегодно. В Казахстане принята Программа развития здравоохранения на 2005 -2010 гг., которая считается лучшей в СНГ и в которой предусмотрен и свободный выбор врача, и конкуренция между теми же поликлиниками. Финансирование здравоохранения (оказания населению бесплатной медицинской помощи) осуществляется за счет части социального налога (20% с фонда оплаты труда предприятия). Таким образом, в Казахстане основной упор сделан на развитие ДМС, распространение практики семейного врача, создание условий для конкуренции между поликлиниками.

В Польше ОМС было введено в 1999 г. «Концепция реформирования здравоохранения базировалась на разграничении функций производителя и покупателя медицинских услуг (ЛПУ и больничной кассы или кассы медицинского страхования). Любому медицинскому учреждению (даже государственному) предоставлялась возможность «зарабатывать деньги» и самостоятельно распоряжаться бюджетными средствами»⁷.

Главную роль в обеспечении финансирования ЛПУ в Польше выполняют больничные кассы, которые заменяют функции медицинских страховщиков. Больничные кассы «покупают» медицинские услуги и оценивают потребности пациентов в медицинском обслуживании. Согласно целям реформы здравоохранения, они должны были приобретать только пользующиеся спросом услуги высшего качества по доступной для покупателя цене. Отношения между производителем и покупателем медицинских услуг предполагалось строить на договорной основе. Однако задачи: деполитизации страховых тарифов, улучшения качества медицинской помощи, оптимизации расходов и улучшения финансирования ЛПУ путем медицинского страхования не были решены в полной мере⁸. Трудности с определением стоимости медицинской услуги, распределительный принцип финансирования клиник, законодательные пробелы сопровождали процессы формирования медицинского страхования в Польше.

Страхование социально незащищенных, малоимущих граждан, льготников осуществляется за счет госбюджета и бюджетов других уровней через органы социального

обеспечения и защиты. Единый государственный фонд по ОГМС (Народный фонд здравоохранения) и его 16 региональных отделений (по количеству воеводств в Польше) были созданы в 2003 г. Финансирование в системе ОМС осуществляется за счет отчисления 8,75% от дохода каждого работника.

Прием пациентов ведется по системе «врача первого контакта» (терапевта), который далее определяет необходимость посещения врача узкой специализации. Хотя пациент имеет право выбора или замены врача, предварительно уведомив об этом больничную кассу, на деле это редкое явление, так как в удаленных районах присутствует только один врач (или клиника), что затрудняет развитие реальной конкуренции в медицинской отрасли.

Если на основе такого краткого анализа реформирования медицинского страхования в рассматриваемых странах и некоторой экспертной информации мы попытаемся обобщить текущие проблемы, то они будут следующими.

1. основополагающие принципы страховой медицины оказались нарушены, так как государство не было в финансовом отношении готово к выполнению принятых на себя обязательств, страховой тариф по ОМС не был обоснован и ЛПУ не были заинтересованы в улучшении качества медпомощи при одновременном снижении затрат и экономии.

2. Отсутствие реальной конкуренции: между ЛПУ (за получение государственных средств и клиентов), страховыми медицинскими организациями (больничными кассами) в системе ОМС (за ЛПУ и клиентов).

3. Невозможность получения гражданами бесплатной медицинской помощи вне места постоянного проживания и свободного выбора врача (клиники).

4. Неопределенность медико-экономических стандартов тянет за собой невозможность определить пакет бесплатных медицинских услуг, их стоимость, качество и т.д. Отсюда замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами (нет четкого разграничения между гарантированным объемом и медицинскими услугами, оказываемыми гражданам на платной основе), а также двойственность каналов финансирования медицинских учреждений за одну и ту же медицинскую услугу.

5. Разделение финансовой ответственности вызвало «размывание» ответственности за показатели здоровья (на конкретном медицинском участке, в районе, ауле), профилактики, проведения диспансеризации, санитарно-эпидемиологической ситуации (контроля) и т.д.

Хотелось бы подчеркнуть, что эти основные проблемы реформирования медицинского страхования характерны и для России, и для Польши, и для Казахстана. Некоторые национальные нюансы не меняют общей картины. Для совершенствования методики и практики реформы медицинского страхования, на наш взгляд, логичными были бы: 1) введение либо реорганизация медицинского страхования, которые должны проводиться только комплексно и параллельно с реформированием национальной системы здравоохранения, ее финансирования, управления финансовыми средствами ЛПУ и с

⁷ Львова Л.В. Опыт Западного Соседа // Провизор. Журнал для работников фармации и медицины. 2002. №9 (http://www.provisor.com.ua/archive/2002/N9/art_25.htm).

⁸ См.: Львова Л.В. Цит. соч.

внедрением новых подходов к организации лечебно-профилактической работы; 2) соблюдение страховых принципов финансирования ЛПУ за счет средств ОМС согласно определенным медико-экономическим стандартам для медицинских услуг. Гарантированный минимум медицинской помощи в системе ОМС может быть минимальным по набору медицинских услуг, но он должен предоставляться без каких-либо ограничений и дополнительного индивидуального софинансирования и иметь строго определенную стоимость. Это позволит всем участникам медицинского страхования реально представлять и права, и ответственность каждого и позволит сбалансировать гарантии, предоставляемые в ОМС, с размерами финансовых средств фондов ОМС; 3) стимулирование развития ДМС (в частности, налоговыми льготами и вычетами при налогообложении физических лиц и корпораций); 4) стимулирование конкуренции и между страховыми медицинскими организациями (больничными кассами), и ЛПУ. Например, частные клиники могут получать бюджетное финансирование и тем самым стимулировать конкуренцию между государственными ЛПУ.

Общие факторы (предпосылки) успешного реформирования социального страхования в странах с переходной экономикой. Постараемся обобщить главные причины проблем реформирования медицинского и пенсионного страхования в России, Польше и Казахстане. Во-первых, очевидно, что главным фактором эффективности реформ выступает их последовательность и комплексность: стремление к первоначальному принципам реформ и их осуществление в комплексе с другими задачами пенсионного, медицинского и страхового секторов.

При непрекращающемся изменении подходов и принципов самих реформ их цели остаются неясными, а результаты — недостижимыми. Опыт успешной последовательной реализации пенсионного страхования демонстрирует пенсионная система Казахстана, успехи которой сравнивают с успехами в Чили.

Политическая воля руководства страны начать в переходный период крайне болезненные процессы реформ и преемственность политического курса выступают, в свою очередь, гарантом продолжения, последовательности и преемственности реформ.

Во-вторых, соблюдение страховых принципов в организации и управлении страховыми фондами. Необходимы именно страховые, но не налоговые принципы социального страхования. Как это влияет на эффективность социального страхования? Например, в Казахстане накопительная пенсионная система основана на страховых принципах и автономность функционирования НПФ не только финансовая, но и в целом организационная.

Важно стремиться к четкому определению круга плательщиков в страховые фонды и круга получателей — сейчас они не совпадают и фонды иногда выполняют

функции государственного социального обеспечения (вспомоществования), присутствуют льготные (профессиональные) пенсии и т.д. Средства, поступающие по распределительному (солидарному, страховому) принципу, не должны распределяться по принципу вспомоществования.

В этом же направлении необходимо устанавливать сбалансированные пропорции ответственности и финансирования между государством, работодателем и работником за социальные последствия их старости, медицинского обслуживания, травм и профессиональных заболеваний на производстве, безработицы и т.д. Государство должно гарантировать минимальные социальные стандарты и их регулярную индексацию. Социальная приватизация в условиях невысокого уровня социального обеспечения должна проводиться крайне осторожно, с тем чтобы не допустить резких и болезненных «провалов» в социальной защите населения страны.

В-третьих, присутствие оправданного государственного монополизма в сферах контроля и регулирования, соблюдения интересов застрахованных, гарантирования минимальных социальных стандартов при одновременном стимулировании развития конкуренции между исполнителями (посредниками) в сфере социального страхования.

Таким образом, факторы успешного реформирования социального страхования в странах с переходной экономикой не являются непосредственно социальными или экономическими и не связаны прямо с переходным периодом. Первый и третий факторы характеризуются, скорее, политическими обстоятельствами и уровнем устойчивости, а второй — непосредственно организационным и финансовым элементами. Конечно, предложенные факторы не единственные, но в совокупности с другими обстоятельствами они также определяют и состояние, и результаты социального страхования.

Заключение. Произшедшие к настоящему времени реформы социального страхования в рассматриваемых странах в принципе создали страховые механизмы в пенсионной системе и здравоохранении. Страховые выплаты в пенсионном страховании и оплата медицинских услуг в медицинском страховании выступили гарантиями социальной защищенности граждан в условиях трансформации социально-экономических отношений.

Однако непоследовательность реформ, высокая зависимость от текущей политической и экономической конъюнктуры, отсутствие реальных страховых организаций и управления характеризуют причины проблем в реформировании социального страхования в странах с переходной экономикой. Тем не менее внедрение социального страхования даже на такой несовершенной основе позволило получить практический опыт социального реформирования и обозначить новый круг задач на ближайшие годы.