

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ
ДНІПРОПЕТРОВСЬКА ДЕРЖАВНА
ФІНАНСОВА АКАДЕМІЯ

Г.В. Григоращ, Т.Ф. Григоращ
В.Я. Олійник, І.Т. Субачов

СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

Навчальний посібник
для студентів вищих навчальних закладів

*Рекомендовано
Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів
вищих навчальних закладів*

Київ
"Центр учбової літератури"
2008

УДК 368
ББК 65.271

Гриф надано
Міністерством освіти і науки України
(Лист № 14/18-Г-1294 від 25.07.2007 р.)

Рецензенти: К.С.Ковальчук – д.е.н., професор, зав. кафедри фінансів Національної металургійної академії

Л.Ю.Мельник – д.е.н., професор, зав. кафедри економічної теорії та економіки Дніпропетровського державного аграрного університету

А.І.Щетинін – д.е.н., професор, декан економічного факультету Академії митної справи України

Григораш Г.В., Григораш Т.Ф., Олійник, Су-бачов
С40 І.Т. **Системи соціального страхування зарубіжних країн:** Навчальний посібник. – Дніпропетровськ: ДДФА, 2007. – 146 с.

ISBN 978-966-364-579-7

У навчальному посібнику «Системи соціального страхування зарубіжних країн» подано аналіз систем соціального страхування країн СНД, США, Японії, Європейського Союзу, чий досвід у силу історичних та політичних обставин має найбільше значення для України. Навчальний посібник містить теоретичний матеріал, питання та тести для перевірки якості засвоєних знань.

Посібник призначено для студентів економічних вузів, магістрів, фахівців системи соціального захисту України.

ISBN 978-966-364-579-7

© Григораш Г.В., Григораш Т.Ф.,
Олійник В.Я., Субачов І.Т., 2007
© ДДФА, 2007

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	5
ТЕМА 1. ЗАГАЛЬНІ ОСНОВИ ПОБУДОВИ СИСТЕМ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН.....	7
1.1. Історія становлення і розвитку системи соціального страхування.....	7
1.2. Модель Бісмарка і план Беверіджа.....	12
1.3. Сутність та форми соціального страхування.....	18
1.4. Типологія зарубіжних систем соціального страху- вання.....	22
1.5. Джерела формування та напрями використання фондів соціального страхування.....	25
Питання для самоконтролю.....	27
Тести для самоконтролю знань.....	28
ТЕМА 2. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ НІМЕЧЧИНИ.....	31
2.1. Історична довідка.....	31
2.2. Види соціального страхування Німеччини.....	32
2.2.1. Медичне страхування.....	32
2.2.2. Пенсійне страхування.....	39
2.2.3. Страхування від безробіття.....	42
2.2.4. Страхування від нещасного випадку.....	45
2.2.5. Соціальна допомога з материнства.....	46
Питання для самоконтролю.....	47
Тести для самоконтролю знань.....	48
ТЕМА 3. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ США.....	51
3.1. Загальна характеристика системи соціального страхування США.....	51
3.2. Пошук оптимального варіанта системи соціально- го забезпечення США.....	54
3.3. Пенсійне забезпечення.....	57
3.4. Медичне страхування у США.....	60
3.5. Соціальне страхування від безробіття.....	61
3.6. Страхування від виробничого травматизму і про- фесійних захворювань.....	63
Питання для самоконтролю.....	63
Тести для самоконтролю знань.....	64

ТЕМА 4. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЯПОНІЇ	67
4.1. Загальна характеристика системи соціального страхування Японії.....	67
4.2. Система пенсійного забезпечення.....	68
4.3. Страхування здоров'я.....	70
4.4. Інші види допомоги.....	72
Питання для самоконтролю.....	73
Тести для самоконтролю знань.....	73
ТЕМА 5. ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ПОСТСОЦІАЛІСТИЧНИХ КРАЇН	75
5.1. Історичні засади побудови систем соціального захисту пострадянських країн.....	75
5.2. Труднощі соціального страхування у пострадянських країнах.....	80
5.3. Досвід Росії і Казахстану у сфері соціального забезпечення.....	84
5.4. Організація систем пенсійного страхування у постсоціалістичних країнах.....	88
5.5. Напрями реформування систем соціального страхування пострадянських країн.....	96
Питання для самоконтролю.....	98
Тести для самоконтролю знань.....	98
ТЕМА 6. СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ІНШИХ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН	100
6.1. Система соціального страхування Нідерландів.....	100
6.2. Соціальне страхування у Швеції.....	104
6.3. Соціальне страхування у Великобританії.....	111
6.4. Соціальне страхування у Франції.....	118
6.5. Соціальне страхування в Ізраїлі.....	121
6.6. Соціальне страхування в Чилі.....	125
6.6. Медичне страхування в Канаді.....	131
6.7. Соціальне забезпечення в Іспанії.....	133
Питання для самоконтролю.....	135
Тести для самоконтролю знань.....	136
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	140
ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК	143

ПЕРЕДМОВА

Соціальне страхування є найважливішим елементом системи соціального захисту, її організаційно-фінансовою основою в більшості розвинутих країн світу. Вичерпне визначення цього поняття, з огляду на різницю у його трактуванні в національних законодавствах, навряд чи можливо надати.

Вважається, що це організаційно-фінансова система, діяльність якої спрямована на захист від соціальних ризиків втрати доходу або необхідності оплати за рахунок спеціальних фондів певних послуг чи інших видатків, пов'язаних із втратою здоров'я, працездатності або настанням безробіття. Такі фонди формуються шляхом сплати внесків працівниками, роботодавцями та державою.

З розвитком системи соціального захисту населення України постає проблема ефективної підготовки фахівців з управління соціальним страхуванням, які мали б сучасний теоретичний базис та практичні навички з урахуванням зарубіжного досвіду й національної специфіки побудови системи соціального страхування населення.

У навчальному посібнику «Системи соціального страхування зарубіжних країн» подано аналіз систем соціального страхування країн, чий досвід у силу історичних та політичних обставин має найбільше значення для України – країн СНД, США, Японії, Європейського Союзу (ЄС).

У країнах ЄС системи соціального страхування склалися історично шляхом розвитку товариств взаємного страхування; зараз вони отримали законодавчий статус загальнонаціональних систем. Загальнонаціональна система соціального страхування в США виникла значно пізніше за ініціативою державної влади і, на відміну від більшості країн Європейського Союзу, організовується й керується федеральним урядом та урядами штатів.

Досвід Казахстану та Росії має особливе значення у розробці та реалізації сучасної системи соціального страхування в Україні. Спільна основа систем соціального страхування цих пострадянських країн дозволяє краще адаптувати їхній успі-

шний у процесі становлення системи соціального страхування України.

Системи соціального страхування Німеччини, США, Японії, країн СНД та інших країн у посібнику представлено за такими основними видами соціального страхування: пенсійне, медичне, на випадок безробіття та від нещасних випадків на виробництві або професійних захворювань. Крім цих видів, в окремих країнах існують інші види страхування: сімейне (Франція), на випадок піклування та догляду (ФРН, Австрія). Страхові системи (фонди) управляються соціальними партнерами (працівниками та роботодавцями) через спеціальних представників, зазвичай, на паритетних засадах. Певна тенденція до паритетності спостерігається і при сплаті внесків соціального страхування.

Представлений у посібнику матеріал буде корисним як для студентів вищих навчальних закладів освіти, так і для фахівців системи соціального захисту України.

ТЕМА 1. ЗАГАЛЬНІ ОСНОВИ ПОБУДОВИ СИСТЕМ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

- 1.1. Історія становлення і розвитку системи соціального страхування.
- 1.2. Модель Бісмарка і план Беверіджа.
- 1.3. Сутність та форми соціального страхування.
- 1.4. Типологія зарубіжних систем соціального страхування.
- 1.5. Джерела формування та напрями використання фондів соціального страхування.

1.1. Історія становлення і розвитку системи соціального страхування

Соціальне страхування – це встановлена державою система права щодо надання соціальних послуг та матеріального забезпечення громадянам у разі настання хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від громадянина причин, старості та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових коштів, що формуються шляхом сплати страхових внесків працедавцями та найманими працівниками, а також бюджетних асигнувань у випадках, визначених законодавством.

Соціальне страхування можна собі уявити як соціальну систему, що має на меті створення загальнонаціональної організації взаємодопомоги обов'язкового характеру, яка зможе діяти з найвищою ефективністю лише у тому разі, якщо вона буде всеосяжною з точки зору охоплення нею населення, так і з погляду покриття ризиків. Кінцева мета полягає в реалізації плану, який захищав би всю сукупність факторів нестабільності. Тобто всеосяжність та універсальність є одним із способів символічного стирання класових відмінностей у сфері соціального простору. Отже засновником соціального страхування завжди є національна солідарність, а основним її принципом є страхування. На державному рівні соціальне страхування виступає як важлива складова соціальної політики. Проте таке розуміння суспільством концепції соціального страхування прийшло не одразу, а поступово, через що важливо розглянути розвиток соціального страхування саме в історичному аспекті.

Соціальна політика завжди пов'язана з економічними та політичними процесами, що відбуваються в суспільстві, тому в історичному аспекті її слід розглядати у світі соціальних, економічних та політичних тенденцій.

Отже, система соціального захисту населення в умовах ринкової економіки є продуктом багатовікового розвитку. Кожному її етапу відповідала певна форма соціального захисту громадян.

На ранніх етапах становлення ринкової економіки в системі соціального захисту переважала функція соціальної допомоги. Остання виникла в період пізнього середньовіччя в Англії, коли в 1601 році Єлизавета I прийняла закон про бідність. Після цього у багатьох країнах континентальної Європи, у тому числі в Росії, а пізніше і в інших країнах Заходу соціальне законодавство відтворювало чимало положень цього закону.

Найважливішим положенням закону про бідність була класифікація малозабезпечених громадян на основі перевірки їхніх потреб, а отже й проведення чіткої межі між тими, хто потребує соціальної підтримки, й тими, хто не має на неї права.

Децентралізація соціальної допомоги бідним на низовому рівні дозволяла церкві легко виявляти категорії тих, кому потрібна допомога, й забезпечувати адресне її надання. Велика роль релігійних інститутів була не випадковою. Церква забезпечувала сумісність нової форми соціального захисту населення з існуючою раніше релігійною благодійністю, заснованою на принципі християнської рівності й універсальної допомоги.

З розвитком ринкових відносин, урбанізації й посилення мобільності населення соціальна допомога на основі інститутів церкви почала переміщуватися до громадянських структур. При цьому перед громадянськими структурами постала серйозна проблема забезпечення адресності й перевірки потреби населення в соціальній допомозі.

Розширення діяльності й числа державних структур соціальної підтримки населення призводило до її бюрократизації, а механізм перевірки потреб малозабезпечених громадян набув штамп приниження людської гідності.

Вказані недоліки державної системи допомоги, на жаль, зберігаються й в умовах сучасної ринкової економіки.

Слід зауважити, що у другій половині ХІХ та на початку ХХ століття питання долі бідняків, які не в змозі були працювати, та низькооплачуваних працівників розглядалися з однакових позицій. Лише через деякий час поступово почали розрізняти **два різних поняття – “соціальне страхування” та “соціальна допомога”**.

У сфері соціальної допомоги Французька революція передала ХІХ століттю подвійну спадщину, в якій необхідно виокремити декілька понять. З одного боку, визначаючи соціальне коріння бід, які зачіпають конкретну людину, революція замінила благодійність, що мала церковне походження, на суспільну благодійність як спосіб вирішення проблеми злиденності.

Законність втручання держави обґрунтовувалася необхідністю захисту прав людини, що порушуються у випадку, коли бідним не надається допомога. До цього ніхто не оцінював права бідної людини в суспільстві та права суспільства у ставленні до бідної людини. За такої перспективи отримання допомоги вже не базувалося на милостині (як на необв'язковому акті), а на абсолютному і об'єктивному праві, що надано людині, тобто на здійсненому “праві вимагати”, якому відповідає обов'язок суспільства.

Таким чином, благодійна допомога стала “священним обов'язком” суспільства. Але якщо є право сказати суспільству “дай мені на прожиття”, то й суспільство має право відповісти “віддай мені свою працю”. Праця залишається, таким чином, не лише єдиним засобом залучення особи до суспільної діяльності, але й громадським обов'язком. **Лише нездатність до праці виправдовує соціальну допомогу калікам, дітям та людям похилого віку.**

Під час міжнародного конгресу з державної благодійності, який відбувся в Парижі у 1889 році, було визначено три фундаментальні принципи соціальної допомоги:

- 1) вона перебуває у віданні місцевих органів влади;
- 2) ця допомога надається за територіальною ознакою і держава бере у цьому процесі обмежену фінансову участь;
- 3) соціальна допомога, призначена для людей, які не мають засобів до існування і не можуть працювати, субсидується державою (на відміну від деяких інших видів допомоги).

ги). Таким чином, тут така допомога виконує роль “засобу останньої надії”.

Отже, у рішенні конгресу в підсумковому документі вперше було проголошено, що **соціальна допомога є суспільним обов’язком, і відповідальність за його виконання покладається на місцеву раду**. Після цього конгресу у багатьох країнах Європи між 1893 і 1906 роками було прийнято низку законів про соціальну допомогу, які часто називають “програмами останньої надії”. В їхню основу закладено допомогу людям, які не мають доходу з інших джерел або чий дохід недостатній, щоб забезпечити їм мінімальний стандарт прожиття в суспільстві. Походять вони від різних церковних програм допомоги бідним, добродійних організацій та місцевих урядів.

Корпоративне страхування набуло розвинутої форми з уведенням державних гарантій його існування. Вперше ця форма соціального страхування була законодавчо закріплена в Конституції Німеччини наприкінці XIX століття. Ініціатива її введення належала аристократії й державним чиновникам, які були зацікавлені у збереженні корпоративних привілеїв.

Найбільший вплив на розвиток системи соціального страхування внесли канцлер Німеччини Отто фон Бісмарк, який у 1883-1889 роках чи не вперше в світі в законодавчому порядку запровадив систему соціального страхування, та лорд Великобританії Вільям Беверідж, який у 1942 році підготував доповідь, в якій запропонував нові підходи до політики соціального забезпечення.

Звичайно, і до часів Бісмарка також можна знайти свідчення наявності колективної соціальної політики. Засновані Церквою оздоровчі та навчальні структури існували століттями. У козаків на початку XVIII ст. існувала форма компенсації за виробничі травми. У XIII ст. в місті Дубровнику було проголошено програму страхування здоров’я через внески. Навіть за часів Римської імперії чимось подібним до об’єктів соціальної політики були акведуки (водогони), лазні та громадські туалети.

Наприкінці XIX – на початку XX ст. страхові закони були прийняті у більшості країн Європи, які в тій чи меншій мірі

перегукувалися з моделлю обов'язкового соціального страхування в Німеччині.

У першій половині ХХ століття в умовах кризи моделі капіталізму вільної конкуренції сформувалася нова форма соціального захисту населення, що базується на обов'язковості забезпечення населення соціально значимими послугами. Основою нової системи соціального захисту населення є державні соціальні гарантії задоволення найбільш важливих для людини й усього суспільства потреб. У західній соціально-економічній літературі найвищий рівень нової системи соціального захисту, що забезпечує її універсальність і доступність для населення, одержав назву «соціальної безпеки».

Таким чином, на початку 30-х рр. ХХ ст. соціальне страхування набуло розвитку у більшості розвинутих країн Європи, США і Канаді.

Наслідки Першої світової війни спонукали промислово розвинуті країни до пошуку шляхів забезпечення нових форм соціального захисту населення. Це відбилосся на діяльності Міжнародної організації праці (МОП), створеної у 1919 р. у рамках Версальської угоди. Підвищення рівня захисту робітників від соціальних ризиків стало одним з головних напрямів роботи МОП.

Уже перші розроблені й прийняті МОП конвенції стосуються основних питань соціального захисту. Починаючи з 30-х рр., МОП приймає ряд конвенцій, які визначають основні напрями соціального страхування для окремих груп працівників.

Важливо підкреслити, що МОП поділяє точку зору, відповідно до якої створення національних систем соціального страхування і забезпечення залежить від багатьох факторів, і насамперед від рівня економічного розвитку країни, та потребує зваженого підходу. Тому рекомендації МОП мають загальний характер, як це, наприклад, визначено у Конвенції № 102 (від 28.06.1952 р.) «Про мінімальні норми соціального забезпечення». У ній визначені основні види соціального захисту, категорії населення, яким такий захист надається, а також деякі кількісні та якісні характеристики заходів захисту. До видів мінімального захисту Конвенція №102 відносить допомогу, що надається у вигляді виплат (або страхового відш-

кодування) на випадок зниження доходів, втрати здоров'я або смерті годувальника.

Конвенцією передбачена можливість встановлення максимальної межі заробітку, на базі чого обчислюється розмір допомоги. Ставки періодичних виплат по старості, за трудове каліцтво, по інвалідності й у зв'язку зі смертю годувальника переглядаються в разі зміни середньої заробітної плати в країні.

Отже, з огляду на вищезазначене можна виділити основні етапи розвитку обов'язкового соціального страхування за кордоном:

1) кінець XIX – початок XX ст. – прийняття перших страхових законів у країнах Європи, що було тісно пов'язано з виникненням профспілок;

2) закінчення Першої світової війни і створення у 1919 р. МОП;

3) Велика депресія 1929-1932 рр. викликала прийняття законів про страхування від безробіття в Європі і страхового законодавства у країнах Північної Америки;

4) після закінчення Другої світової війни МОП були розроблені універсальні системи соціального захисту і соціального страхування на основі рекомендацій У. Беверіджа.

1.2. Модель Бісмарка і план Беверіджа

Модель Бісмарка. Запровадження обов'язкового соціального страхування в Німеччині було одним з елементів політики Бісмарка. „Єдиним способом можна уникнути втрат серед робітничого класу, — писав Бісмарк у листі до міністра торгівлі, — це перехопити ініціативу у соціалістів та здійснити їх вимоги щодо запровадження соціального страхування, що мають цілком законний вигляд і можуть бути втілені у життя в інтересах зміцнення держави та суспільного порядку”.

Дотримуючись цієї концепції та не зважаючи на опозицію з боку Рейхстагу, канцлер Бісмарк менш ніж за десять років створив завершену систему соціального страхування: закон про страхування на випадок хвороби (1883 р.), закон про страхування від нещасних випадків на виробництві (1884 р.), закон про страхування на випадок старості та інвалідності (1889 р.).

Система Бісмарка відзначається чотирма фундаментальними принципами:

1) забезпечення засноване виключно на праці і тому обмежене лише тими особами, які зуміли завоювати це право своєю працею;

2) обов'язкове забезпечення існує лише для тих найманих працівників, заробітна плата яких є нижчою за визначену мінімальну суму, тобто для тих, хто не може користуватися індивідуальним страхуванням;

3) забезпечення побудовано на методології страхування, що встановлює паритетне співвідношення між внесками найманих працівників та працедавців, а також між виплатами та внесками;

4) забезпеченням управляють самі працедавці та наймані працівники.

Фундаментальною новацією Бісмарка стало положення про запровадження обов'язкового характеру системи соціального страхування.

Ідея соціального страхування була прийнята консервативним суспільством Німеччини часів Бісмарка тому, що вона пропонувала маловитратний механізм, здатний задовольнити деякі соціальні потреби і водночас передати соціальне управління в руки працедавців і працівників – платників внесків задля своїх же власних пенсій.

Застосування страхового принципу мало важливі наслідки для розвитку соціальної політики. Під час здійснення різноманітних заходів щодо збільшення пенсій часом підривалася справжня страхова основа, але принцип паритетності у сплаті внесків залишався важливим політичним символом, тому час від часу робилися спроби повернути систему соціального страхування ближче до її витоків. Адже завжди важко поєднати тверезі принципи актуарного аналізу страхування із зацікавленістю в ефективному і всебічному соціальному захисті, бо, як відзначав англійський лорд Вільям Беверідж, – коли політичною альтернативою соціальному страхуванню є лише перевірка матеріального стану сім'ї (тобто державна допомога як засіб останньої надії), принцип внесків набуває величезної привабливості. Ідеї Беверіджа відіграли важливу роль у сорокових роках ХХ століття в захисті страхового підходу до соціального страхування.

План Беверіджа. За завданням британського уряду 1942 року було створено міжміністерську комісію для підготовки заходів щодо покращання соціального забезпечення у Великобританії. Цю комісію очолив лорд Беверідж, відомий за численними публікаціями з соціальних питань та як розробник системи соціального страхування на випадок безробіття в Англії у 1908 та 1915 роках.

Доповідь, що була підписана самим лише Беверіджем як головою комісії, є не якимось теоретичним трактатом, а зібранням прагматичних життєвих рекомендацій, побудованих на констатації соціальних реалій, метою яких стало подолання повоєнної злиденності. На думку лорда Беверіджа, заклади системи соціального забезпечення в своїй роботі повинні керуватися трьома провідними принципами: робити свою справу без огляду на позицію зацікавлених угруповань, які побоювались, що перегляду підлягатимуть їхні переваги та привілеї; впровадження соціального страхування має здійснюватись у нерозривному зв'язку із загальним соціальним прогресом суспільства (злидні є однією з п'яти бід, які необхідно подолати під час реформування, – поряд із захворюваннями, темнотою (невіглаством), скнарістю та марнотратством); необхідно організувати діалог та співпрацю між індивідуумами і державою, інакше кажучи, – між соціальними партнерами.

Лорд Беверідж виправдовував більш активне втручання держави у соціальне життя, якщо таке втручання не буде посяганням на особисту ініціативу: "Створюючи систему соціального страхування, держава не повинна придушувати дух підприємництва та ініціативи у сенсі особистої відповідальності; запроваджуючи національний прожитковий мінімум, держава повинна стимулювати особисті прагнення кожного індивідуума добиватися для себе і своєї сім'ї більшого доходу, ніж цей мінімум".

Стосовно всього кола соціальних реформ Беверідж відзначав, що неможливо гарантувати забезпечення населенню, якщо сплачується допомога лише тим людям, які потерпають від нужди. Забезпечення повної зайнятості – ось що, за Беверіджем, є головним: справжнє забезпечення випливає з права на працю. Тут Беверідж був першим серед тих, хто це визнав.

Доповідь Беверіджа у формі звіту Комітету з соціального страхування і споріднених послуг була опублікована у 1942 році. Рекомендувалося запровадити систему соціального забезпечення на основі внесків, щоб удосконалити існуючу систему шляхом надання захисту на випадок захворювання, безробіття і старості всім громадянам. Хоча з приводу цього й виникли суперечки, проте ця нова система мала включати допомогу сім'ям, вагітним жінкам, а також вдовам. Сплату внесків планувалося побудувати на принципах страхування, в якому беруть участь працівник, працедавець і держава (як було й раніше). Але нова система стала універсальною, а, отже, – ризик на себе брала вся нація. Для захисту утриманців і вдів до схеми назавжди було введено поняття чоловіка-годувальника і його відповідальність за сім'ю (що створило передумови для юридичних ускладнень у наш час, коли здійснюються спроби збалансувати інтереси чоловіків і жінок). Інакше кажучи, ми все ще маємо можливість оцінити британську систему соціального забезпечення, порівнюючи її з моделлю, запропонованою Беверіджем у 1942 році.

Беверідж доводив, що потрібні інші соціальні заходи, на які спиралася б його страхова схема. Допомога за принципом "останньої надії" могла б стати необхідною складовою універсальної схеми "сімейної допомоги". Система допомоги на основі перевірки матеріального стану стала б необхідною у вигляді "соціальної допомоги" особам, чиї потреби недостатньо покриваються чинною схемою соціального страхування. Підтримання ж повної зайнятості відіграло б істотну роль у забезпеченні спроможності системи соціального страхування працювати належним чином. Національна служба охорони здоров'я мала перебрати на себе функцію забезпечення медичної допомоги в старій страховій системі і стати ефективною опорою нової.

Система страхування Беверіджа була широко використана в законодавстві Великобританії та деяких інших країн. Допомогу сім'ям було запроваджено як один з останніх заходів британського коаліційного уряду. Решта заходів набрала чинності у період повоєнного правління лейбористів, хоча при цьому й допущено суттєвий відхід від принципу страхування, який полягав у тому, що встановлений період часу для отримання пенсії у повному розмірі був дуже коротким. Такий ві-

дхід від плану Беверіджа зробив пенсійну систему витратною з огляду на загальне оподаткування і, можливо, став перешкодою у запровадженні розмірів пенсій, достатніх для забезпечення прожиткових доходів людям, які не мали інших засобів існування, а також зашкодив наступним підвищенням пенсій для коригування їх з огляду на рівень вартості життя.

Принципи Беверіджа

План Беверіджа визначав три головних принципи, що лежать в основі організації системи соціального забезпечення: універсальність, єдність та інтеграція.

Принцип універсальності забезпечення означав розрив з традиційною логікою системи Бісмарка – забезпечення лише працюючих – і гарантував забезпечення на всі випадки соціального ризику для всього населення. У Великобританії було запропоновано повну систему забезпечення на будь-який випадок, як-то – здоров'я, індивідуальний, сімейний дохід для всіх людей, які опинилися у скрутному становищі. Отже, заснована на національній солідарності та гарантованому мінімальному доході для всіх, ця політика соціального забезпечення цілого суспільства поклала початок утвердженню права на працю, медичні послуги, мінімальний гарантований дохід.

Другий принцип єдності у забезпеченні включає декілька понять, а саме: адекватний характер внесків і виплат, однаковий характер організації системи.

Беверідж добре знав систему Бісмарка, яка прив'язувала внески і виплати до заробітної плати, але відмовився від неї. Адже дієвість системи соціального страхування повинна визначатися на підставі її спроможності боротися з убогістю та бідністю, а не лише за здатністю підтримувати рівень життя працюючих. Йшлося про те, щоб допомога знаходилась у прямій залежності не від заробітної плати або рівня втрати працездатності, а від нормальних потреб людини в конкретній ситуації. Це означало також, що допомога повинна бути достатньою як за обсягом, так і за якістю. Лише подальший розвиток страхування зможе дозволити встановити пропорційну залежність між допомогою, яка замінила заробіток, та

заробітною платою, яку особа одержувала до настання страхового випадку.

Принцип єдності означав також єдиний характер організації системи, заснованої на єдиному внеску до уніфікованої системи національного страхування (за винятком соціального страхування від нещасних випадків на виробництві, а також сімейної допомоги, що фінансувалась із суспільних фондів (державного бюджету)). Управління цією системою необхідно було доручити державним органам під керівництвом одного з міністерств, компетентних у сфері соціального забезпечення.

Третій принцип інтеграції означав, що Беверідж висловився за інтеграцію різних форм забезпечення: страхування, соціальної допомоги і ощадних кас. Лише такий підхід, на його думку, давав можливість подолати соціальне свавілля, яке часто супроводжувало соціальну допомогу. Система Беверіджа, таким чином, зблизила соціальне страхування з соціальною допомогою, обґрунтовуючи це справжнім дієвим правом, скористатись яким людина могла б у будь-який час. Принцип інтеграції передбачав координацію трьох головних політичних напрямів: соціальної політики, заснованої на гарантованому доході, політики охорони здоров'я та політики повної зайнятості, які впроваджувалися національною службою охорони здоров'я та державною службою зайнятості. Ці три стовпи справжньої політики забезпечення, об'єднані разом, повинні були подолати головні фактори соціальної незабезпеченості.

Проте, забігаючи дещо наперед, відзначимо, що з багатьох точок зору структура соціального захисту Великобританії, розроблена Беверіджем, була підірвана через нездатність адекватно підвищити ставки страхових внесків та виплат у зв'язку із зростанням безробіття і необхідністю забезпечення виплатами на основі перевірки матеріального стану зростаючої кількості неповних сімей. Зміни 80-х років у соціальній політиці Великобританії були пов'язані з продовженням цього процесу і продемонстрували все більше значення виплат на основі перевірки матеріального стану як ключового заходу для подолання бідності. Зокрема, закон 1986 року розширив і раціоналізував перевірку матеріального стану, але не спрямував соціальне забезпечення у радикально новому напрямі, який

пропонували прихильники "від'ємного прибуткового податку" або "соціального дивіденду".

Серед перших країн світу, що запровадили солідарну пенсійну систему на межі XIX–XX століть, були Німеччина, Англія, Франція та Швеція, а згодом Чехословаччина і Румунія. За межами Європи першими такі ж пенсійні системи ввели у 20-х роках XX ст. три латиноамериканські країни – Чилі, Аргентина й Уругвай. Від початків пенсійного забезпечення провадилося страхування не старості, а інвалідності, оскільки через важкі умови праці та побуту більшість найманих працівників, які доживали до 65 років (сто років тому), фактично ставали непрацездатними.

1.3. Сутність та форми соціального страхування

Соціальне страхування є формою соціального захисту економічно активного населення від різних ризиків, пов'язаних із втратою роботи, працездатності і доходів, на основі колективної солідарності щодо відшкодування втрати. Особливістю соціального страхування є його фінансування зі спеціальних позабюджетних фондів, що формуються з цільових унесків роботодавців і робітників за підтримки держави. Соціальний захист, побудований за принципом нежорсткої еквівалентності: існує певна залежність страхових виплат від величини трудового вкладу і страхового стажу. Але на противагу від приватного страхування, у соціальному страхуванні принцип еквівалентності поєднується з принципом поєднання ризиків і колективної солідарності.

Організація соціального страхування в ринковій економіці базується на таких основних принципах:

- сполучення обов'язковості і добровільності соціального страхування;

- соціальне партнерство держави, роботодавців і найманих робітників; компенсація втрати особистих доходів і працездатності;

- формування і використання цільових позабюджетних фондів; сполучення державного регулювання і ринкового саморегулювання страхової діяльності;

- взаємодія основних суб'єктів соціального страхування –

страхувачів, страхувальників і застрахованих громадян; баланс економічної ефективності і соціальної справедливості;

- загальна солідарність та індивідуальна відповідальність щодо страхування громадян; профілактика й реабілітація соціальних ризиків.

Соціальне страхування існує у двох формах: обов'язкове і добровільне страхування. Для різних країн і етапів розвитку страхування при співставленні цих форм виявляються певні відмінності.

Обов'язкове соціальне страхування - це різновид державних соціальних гарантій, які забезпечуються через цільові позабюджетні (державні або суспільні) фонди. На цей раз реалізується принцип неповного самофінансування. На випадок дефіциту даних фондів держава надає їм допомогу з державного бюджету. Таким чином, вона виступає гарантом фінансової стійкості цих фондів і реалізації програм обов'язкового соціального страхування.

Існує два види обов'язкового соціального страхування: обов'язкове загальне страхування й обов'язкове професійне страхування. Загальне обов'язкове страхування поширюється на всіх осіб, які працюють за трудовим договором або за контрактом. Обов'язкове професійне страхування розповсюджується на осіб, які працюють на місцях, пов'язаних із підвищеним травматизмом, особливо небезпечними та несприятливими умовами праці. Рівень страхових внесків за умови обов'язкового професійного страхування вищий, ніж при обов'язковому загальному страхування, але, відповідно і вищий рівень матеріального забезпечення.

Добровільне соціальне страхування ґрунтується на принципах колективної солідарності і взаємодопомоги за відсутності страхової підтримки держави (державного бюджету). Його характерними рисами є демократизм в управлінні страховими фондами, найбільш повна реалізація принципу самоврядування, соціальне партнерство роботодавців і найманих працівників, тісна залежність страхових виплат і програм від рівня доходів страхувальників.

Основні відмінності між обов'язковим і добровільним страхуванням подано в табл. 1.1.

Основні відмінності між добровільним і обов'язковим соціальним страхуванням

№ з/п	Добровільне соціальне страхування	Обов'язкове соціальне страхування
1	Частина добровільної страхової діяльності, яка відноситься до суспільного сектору особового страхування	Частина системи державного страхування
2	Регламентується законами про страхування та некомерційні організації	Регламентується законами з питань обов'язкового страхування та про державні позабюджетні фонди
3	Правила страхування визначаються страховими організаціями або їх об'єднаннями	Правила страхування визначаються державою
4	Колективне	Загальне, іноді виключаючи високодохідні групи населення
5	Здійснюється страховими некомерційними організаціями (товариствами взаємного страхування)	Здійснюється державними позабюджетними фондами (трастами)
6	Страховальники – юридичні і фізичні особи	Страховальники – роботодавці, працівники, держава
7	Здійснюється за рахунок приватних доходів громадян, прибутку підприємців	Здійснюється за рахунок внесків роботодавців, працівників і субсидій з державного бюджету

У світовій практиці склалися різні моделі організації соціального страхування, а саме:

Перша модель характеризується тим, що розмір соціальних виплат поставлено залежно від другорядних, так названих зовнішніх чинників, зокрема, від зайнятості особи в тій чи іншій сфері, її службового становища тощо. Така організаційна форма соціального страхування має ряд недоліків: може забезпечу-

вати лише невисокі рівні соціального захисту; буде існувати за умови бездефіцитного державного бюджету; її засновники (особливо держава) можуть відмовитися від узятих зобов'язань; породжує в суспільстві психологію соціального утриманства.

Друга модель сформована таким чином, що особи, які страхуються, і конкретні страхувальники, роблять певні внески, проте при цьому не враховується ступінь імовірності настання страхової події, тобто соціальний ризик. Страхування здійснюється на користь третіх осіб (наприклад, погашення поточних витрат з пенсійного страхування в Україні, за цієї умови накопичення коштів не пов'язане зі зростанням зобов'язань.

Третя модель найбільш поширена в багатьох розвинутих країнах, бо дозволяє з достатнім ступенем точності визначити, які виплати можуть бути здійснені. Вона базується на страхуванні конкретних ризиків. Розмір коштів має відповідати взятим страхувальниками зобов'язанням, а виплати не можуть перевищувати встановленого співвідношення між виплатами, що надаються і надходженнями страхових коштів.

Найбільш важливою є проблема розподілу фінансової відповідальності між суб'єктами соціального страхування. Страхові платежі розподіляються між роботодавцями, працівниками, державою (державним бюджетом) та місцевими органами влади (місцевими бюджетами). Внески на соціальне страхування в тій чи іншій пропорції поділяються між роботодавцями та застрахованими. Частка останніх становить від 40 до 66% внесків. Наприклад, частка виплат застрахованих осіб відносно загальної суми страхового внеску в деяких країнах складає: у Чехії – 12,5%; Югославії – 28,1%; Угорщині – 11,5%; Німеччині – 20,2%; Австрії 17,2%; Королівстві Люксембург – 15,0%. Частка роботодавців у загальній сумі внеску коливалася від 34% до 60%. За умови зміни економічних умов ці співвідношення змінюються. Незмінним залишається лише принцип паритетної участі в соціальному страхуванні. Щодо окремих видів страхування, то зберігається участь підприємств і самих працівників. Так, питома вага відрахувань для роботодавців і працівників на страхування від безробіття в деяких країнах встановлена: у Німеччині – відповідно 3,25% та 3,25%; Канаді – 4,13% та 2,9%; Франції – 5,13% та 3,04%; США – 6,2% та 0%; Швеції – 5,42% (застраховані особи роблять внески у сумі від 35 до 100 крон на місяць, що дорівнює відповідно 4,65 – 13,3 дол. США); Італії – 4,41% та 0%; Японії – 0,75% та 0,40%. Держава також бере участь у формуванні фонду страхування від безробіття. Так, в Японії частка держави у формуванні цього фонду складає 25 – 30%; Франції – 34,9%; Німеччині – 21%; Швеції – 40,4%; США – 18%.

1.4. Типологія зарубіжних систем соціального страхування

Кожна країна має свої особливості системи соціального страхування. Спектр цих особливостей досить широкий, проте загалом можна провести таку типологію.

1. Аналізуючи механізми фінансування **соціальних видатків**, можна виділити:

1) *Північно-європейський варіант* (Ірландія, Великобританія та скандинавські країни), де за рахунок соціального страхування покривається до половини соціальних видатків. Загальна сума відрахувань до фондів знаходиться в межах 15% ВВП. Слід указати, що для цих країн може значно коливатись як співвідношення між страховими та бюджетними виплатами, так і загальна частка соціальних виплат у ВВП. Так, у Данії та Швеції загальна частка соціальних видатків, яка становить майже 40% ВВП, водночас соціальне страхування покриває лише чверть цих витрат у Данії та близько половини – у Швеції. В Ірландії ж ці показники становлять 20% та 33% відповідно.

2) *Континентальний варіант* – найбільш типовими представниками якого є Франція, ФРН, Бельгія та Нідерланди, де частка соціальних видатків у ВВП становить приблизно 30%, дві третини з них покриваються за рахунок систем соціального страхування.

Систему соціального страхування США навряд чи можна класифікувати за типологією ЄС, хоча варто зазначити, що пропорції видатків між бюджетним і страховим фінансуванням у них належать до другого типу, водночас частка соціальних видатків у ВВП тут значно нижча.

Взагалі можна зауважити, що практично в усіх розглянутих країнах існує тенденція (хоча не дуже яскраво виявлена) до зростання частки систем соціального страхування у фінансуванні соціальних видатків.

2. За *соціальним спрямуванням* можна помітити принципову різницю між США, де метою соціального страхування є підтримання мінімального життєвого рівня та країнами ЄС, де воно спрямоване на забезпечення основних життєвих потреб і недопущення суттєвого зниження доходів унаслідок дії факторів соціального ризику.

Найбільш ранній розвиток соціальне страхування отримало у Німеччині та Франції і набуло таких основних видів, як пенсійне, медичне, по безробіттю, від нещасних випадків на

виробництві та професійних захворювань. В окремих країнах існують інші види (сімейне – у Франції, на випадок піклування та догляду – у Німеччині, Австрії).

Системами соціального страхування управляють працівники та роботодавці через спеціальних представників на паритетних засадах. Певна тенденція до паритетності спостерігається і під час сплати внесків соціального страхування. У більшості країн основний тягар виплат внесків припадає на роботодавців (наприклад, в Італії та Іспанії – приблизно 4/5, у Нідерландах працівники сплачують 2/3 загальної суми внесків). Розмір внесків відносно заробітної плати коливається від мінімального в Ірландії до максимального у Франції, Греції та Нідерландах. У таблиці 1.2 наведено дані з організації соціального страхування в деяких країнах світу.

Таблиця 1.2

Організація соціального страхування в деяких країнах світу

Країна	Вид фонду	Види виплат	Страхові внески
1	2	3	4
Австрія	Пенсійний. Страхування на випадок хвороби та материнства	Пенсія за старістю Пенсія за інвалідністю Пенсія на випадок втрати годувальника Допомога на випадок хвороби Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами	Працівники – 9,25% від страхової заробітної плати Роботодавці – 10,25% від страхової заробітної плати Робітники – 5,5% від заробітної плати Держава 50% коштів утримує на свій рахунок за даним ризиком
	Страхування безробіття	Допомога з безробіття	Працівники – 2,2% від страхової зарплати Роботодавці 2,2% від зарплати
	Родинний фонд	Родинна допомога	Робітники не виплачують Роботодавці – 4,5% від зарплати Держава – решта коштів

Продовж. табл. 1.2

1	2	3	4
Італія	Пенсійний	Пенсія за старістю Пенсія за інвалідністю і на випадок втрати годувальника	Працівники – 7,15% від страхової зарплати Роботодавці – 16,36% від фонду оплати праці
	Страховання на випадок хвороби та материнства	Допомога на випадок хвороби Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами	Працівники – 0,3% від зарплати Роботодавець – від 9,13% до 12,46% зарплати Решта – дотації держави
	Страховання безробіття	Допомога по безробіттю	Роботодавці – 1,3% від зарплати Держава оплачує адміністративні витрати
	Родинний фонд	Родинна допомога	Роботодавці – 3-6,5% від зарплати Дотації держави
Франція	Пенсійний	Пенсія за старістю Пенсія за інвалідністю і на випадок втрати годувальника	Працівники – 4,7% від зарплати Роботодавці – 8,2%
	Страховання на випадок хвороби та материнства	Допомога на випадок хвороби Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами	Працівники 1% від зарплати, 4,470 франків у місяць плюс 4,5% від усієї зарплати Роботодавці – 8,95% від зарплати до 4,470 франків Дотації держави
	Страховання безробіття	Допомога по безробіттю	Працівники – 0,84% від зарплати Роботодавці – 2,75% від зарплати
	Родинний фонд	Родинна допомога	Роботодавці – 9% від зарплати

1.5. Джерела формування та напрями використання фондів соціального страхування

Фонди соціального страхування утворюються за рахунок трьох джерел: страхових внесків працівників, внесків роботодавців та субсидій держави.

Внески працівників – це відрахування з їх доходу. За суттю, це цільовий прибутковий податок. Ставка внеску встановлюється у відсотках до валового заробітку і є на більшість випадків пропорційною незалежно від величини доходу. За цієї умови передбачається річна максимальна сума внесків або максимальний дохід, до якого застосовується ставка. Ставки внеску встановлені: у США – 7,15%; у Великобританії – 5,7 і 9% (залежно від доходу); у Франції – 5,7%; в Японії – 5,3%. У країнах діє лише один внесок з фізичних осіб за всіма видами страхування (США), або кілька (Німеччина, Франція), сплата яких дає право на відповідні види допомоги і соціальних послуг.

Внески з підприємців стягуються у відсотках не до загального фонду заробітної плати зайнятих, а до раніше встановленої максимальної сумарної заробітної плати, тобто суми, що перевищують даний максимум, не враховуються. У США та Німеччині ставка внеску працівників і роботодавців однакова, в інших країнах внески роботодавця вищі.

Державні субсидії включають внески до фондів обов'язкового соціального страхування за непрацюючих громадян, військовослужбовців та державних службовців, дотації на покриття дефіциту цих фондів і податкові пільги.

Кошти обов'язкового соціального страхування використовують у вигляді грошових виплат, фінансування соціальних послуг і надання пільгових благ. Головне місце як за соціально-економічним призначенням, так і за обсягом ресурсів належить грошовим виплатам. Вони представлені пенсіями і допомогам, яким властива цільова спрямованість як за характером використання, так і за контингентом одержувачів.

За лінією соціального страхування фінансуються послуги закладів охорони здоров'я і соціального забезпечення, санаторно-курортних організацій з відновлення працездатності та проведення оздоровчо-профілактичних заходів, професійних учбових закладів тощо.

Особливість *пільгових благ* як форми використання коштів

соціального страхування полягає в тому, що їх призначення пов'язане з одержанням конкретного матеріального блага чи послуги. Саме тому ці пільгові блага займають проміжне місце між натуральним і грошовим розподілом. Це визначає таку характеристику пільг, як додатковість, тобто можливість збільшення споживчих перспектив окремих груп населення (пільги на придбання ліків, путівки тощо).

Пенсії призначаються за віком, у зв'язку з інвалідністю, на випадок втрати годувальника, за вислугу років. Існують також соціальні пенсії.

Пенсія – це гарантована щомісячна грошова виплата для забезпечення громадян у старості, на випадок повної або часткової непрацездатності, втрати годувальника, а також у зв'язку з досягненням установленого стажу роботи у певних сферах трудової діяльності. З пенсійних фондів, що створюються за рахунок внесків роботодавців і працівників, працівники та їх сім'ї одержують матеріальне забезпечення при настанні вказаних страхових випадків.

Допомоги бувають у зв'язку з тимчасовою непрацездатністю, вагітністю та пологами, на дітей, допомоги по безробіттю, а також на перепідготовку й підвищення кваліфікації.

Допомога – це гарантована грошова виплата при тимчасовій перерві в роботі, а також для компенсації підвищених витрат, що виникають на певні випадки.

До першої групи входять допомоги у зв'язку з безробіттям, тимчасовою непрацездатністю, по догляду за дитиною після її народження, допомога у зв'язку з вагітністю та пологами. Другу групу складають допомоги у разі народження дитини, на неповнолітніх дітей і допомога на поховання померлого працівника або члена його родини.

За лінією соціального страхування безоплатно або на пільгових умовах надаються послуги з протезування, трудового навчання і працевлаштування інвалідів, надання їм юридичної допомоги, послуги будинкам-інтернатам для літніх та інвалідів, санаторно-курортних закладів.

Класифікація виплат і послуг за функціональним призначенням передбачає їх розподіл за трьома групами:

- перша об'єднує виплати і надання послуг, що мають на меті підтримання життєдіяльності людини: пенсії за віком, по інвалідності, у зв'язку із втратою годувальника, допомоги з

тимчасової непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами, утримання в будинках для літніх та ін.;

- друга група включає виплати і послуги, зумовлені додатковими витратами у зв'язку з народженням і вихованням дітей. Сюди належать: допомога у зв'язку з народженням дитини, оплата відпусток по догляду за нею до досягнення дитиною певного віку, допомоги на дітей;

- до третьої групи належать виплати і послуги, що мають на меті відновлення працездатності, пов'язані з медичною реабілітацією, навчанням та перенавчанням інвалідів, безробітних, жінок, які повертаються до трудової діяльності після декретної відпустки.

Важливий практичний аспект має класифікація виплат і послуг за ознакою їх адресності, тобто залежно від того, до якої групи населення належать одержувачі виплат і послуг: робітники та службовці державного сектору, кооперативного, приватного, військовослужбовці та їх сім'ї тощо. Дана класифікація лежить в основі розробки законодавчих актів, що регулюють соціальне страхування різних груп населення.

Питання для самоконтролю

1. Що є головною метою соціального страхування?
2. Де і за яких обставин розпочався розвиток систем соціального страхування?
3. Назвіть основні етапи становлення систем соціального страхування.
4. У чому полягає сутність основних конвенцій МОП з питань соціального захисту населення?
5. За якими принципами побудовано систему соціального страхування Бісмарка?
6. У чому полягала новація Бісмарка у сфері соціального страхування?
7. На яких засадах ґрунтувалася система соціального забезпечення Беверіджа?
8. Що стало причиною фіаско системи соціального забезпечення Беверіджа?
9. Назвіть загальні принципи організації соціального страхування.
10. Назвіть основні відмінності моделей організації системи соціального страхування.
11. У чому полягає сутність та відмінності між добровіль-

ним і обов'язковим соціальним страхуванням?

12. За якими ознаками класифікують системи соціального страхування зарубіжних країн?

13. За рахунок яких основних джерел формуються фонди соціального страхування?

14. Яким чином використовуються кошти обов'язкового соціального страхування?

15. У чому полягає сутність пенсії та допомоги? Назвіть основні види допомоги.

16. Як класифікують виплати й послуги за функціональним призначенням?

Тести для самоконтролю знань

1. Соціальне страхування як соціальна система, має на меті:

а) надання допомоги певним категоріям малозабезпечених громадян;

б) створення загальнонаціональної всеохоплюючої організації взаємодопомоги обов'язкового характеру;

в) надання допомоги всім категоріям малозабезпечених громадян з метою стирання класових відмінностей у сфері соціального простору;

2. Головним аспектом Закону про бідність (Англія, 1601) було:

а) проведення перепису населення країни;

б) класифікація малозабезпечених громадян на основі їх потреби в допомозі;

в) надання мінімальної допомоги всім громадянам, які зверталися за нею до церкви.

3. Розвиток обов'язкового соціального страхування в Німеччині (кінець ХІХ ст.) пов'язаний з іменем:

а) Г. Коля;

б) О. Бісмарка;

в) А. Сміта.

4. Перші розроблені й прийняті конвенції МОП було присвячено:

а) організації побудови очищувальних споруд на заводах;

б) розробці тарифікації заробітної плати з урахуванням умов виробництва;

в) соціальному захисту населення.

5. До принципів побудови системи Бісмарка не належить такий:

- а) забезпечення, засноване виключно на праці;*
- б) обов'язкове забезпечення існує лише для тих найманих працівників, яке не можуть користуватися індивідуальним страхуванням;*
- в) паритетне співвідношення між внесками найманих працівників та працедавців, а також між виплатами та внесками;*
- г) забезпеченням управляють державні органи.*

6. План Беверіджа ґрунтується на засадах, до числа яких належать:

- а) універсальність забезпечення, прозорість, євроінтеграція;*
- б) єдність, інтеграція, забезпечення рівних умов щодо нарахування соціальної допомоги;*
- в) універсальність забезпечення, єдність, інтеграція.*

7. Біля половини соціальних видатків покривається за рахунок соціального страхування згідно з:

- а) північно-європейським варіантом соціального страхування;*
- б) континентальним варіантом;*
- в) австралійським варіантом.*

8. Соціальне страхування фінансується за рахунок:

- а) позабюджетних фондів;*
- б) виключно державного бюджету країни;*
- в) матеріальної допомоги міжнародних фондів.*

9. Формами соціального страхування є:

- а) особове, майнове та пенсійне;*
- б) обов'язкове і добровільне страхування;*
- в) обов'язкове, добровільне та змішане.*

10. Видами обов'язкового соціального страхування є:

- а) обов'язкове загальне й обов'язкове професійне страхування;*
- б) обов'язкове пенсійне й обов'язкове майнове страхування;*
- в) обов'язкове особове й обов'язкове професійне страхування.*

11. При добровільному соціальному страхуванні у ролі страхувальника не виступає:

- а) фізична особа;*

- б) юридична особа;*
- в) держава.*

12. Метою соціального страхування країн ЄС є:

- а) забезпечення основних життєвих потреб;*
- б) підтримання мінімального життєвого рівня;*
- в) забезпечення гідних умов життя працівників.*

13. Фонди соціального страхування утворюються за рахунок:

- а) внесків роботодавців і субсидій держави;*
- б) страхових внесків працівників і роботодавців;*
- в) страхових внесків працівників, внесків роботодавців і субсидій держави.*

14. Під пенсією розуміють:

- а) гарантовану грошову виплату на випадок тимчасової перерви в роботі, а також для компенсації підвищених витрат за певних обставин;*
- б) гарантовану грошову виплату для забезпечення громадян у старості, на випадок втрати працездатності, годувальника та ін.;*
- в) гарантовану грошову виплату людям похилого віку.*

15. Під допомогою розуміють:

- а) надання безкоштовних послуг побутового характеру малозабезпеченим верствам населення;*
- б) гарантовану грошову виплату на випадок тимчасової перерви в роботі, а також для компенсації підвищених витрат за певних обставин;*
- в) надання послуг побутового характеру малозабезпеченим верствам населення за цінами нижчими від ринкових.*

ТЕМА 2. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ НІМЕЧЧИНИ

- 2.1. Історична довідка.
- 2.2. Види соціального страхування в Німеччині.
 - 2.2.1. Медичне страхування.
 - 2.2.2. Пенсійне страхування.
 - 2.2.3. Страхування від безробіття.
 - 2.2.4. Страхування від нещасного випадку.
 - 2.2.5. Соціальна допомога з материнства.

2.1. Історична довідка

Основи соціального страхування були створені у Німеччині наприкінці XIX ст. Отто фон Бісмарк підготував основи прогресивного соціального законодавства, яке стало зразком для інших індустріальних країн.

Законами від 1883, 1884 і 1889 рр. було створено три види страхування, які й донині характерні для німецького соціального страхування: страхування на випадок хвороби, від нещасних випадків, у разі інвалідності та старості. У 1911 р. усі ці види страхування були поєднані в імперські правила страхування, в які, крім того, було включено забезпечення у формі пенсій вдовам і сиротам у зв'язку із втратою годувальника сім'ї.

Ці правила ввійшли до зведеного Закону про соціальне страхування, який включав усі види страхування: у разі хвороби, нещасного випадку, інвалідності, старості, втрати годувальника. Закон поетапно вводився з 1912 по 1914 р. У 1927 р. було введено страхування від безробіття.

Після Другої світової війни у Німеччині відроджується традиційна система соціального страхування. У 1952 р. було введено самоврядування і паритетне представництво працівників і роботодавців у закладах соціального страхування. У системі соціального страхування в середині 50-х рр. відроджуються структури, які існували до 1933 р. У перші повоєнні роки пріоритетно розвивається пенсійне страхування і страхування у разі хвороби інвалідів війни, сиріт, осіб, які переслідувалися фашизмом, біженців. З кінця 50-х до середини 60-х рр. високі темпи зростання національного доходу забезпечують у Німеччині зростання коштів і розширення функцій

соціального страхування. Наступні 10 років зростання витрат на соціальне страхування випереджало зростання валового національного продукту.

Після крупної реформи пенсійного забезпечення у 1957 р. пенсії, пов'язані з загальним розвитком доходів, підвищуються зі зростанням середнього заробітку. Пенсійне забезпечення потім було реформоване у 1972 та 1992 рр. Широкою мережею закладів соціального забезпечення з 1990 р. користуються пенсіонери, інваліди війни, сім'ї загиблих на війні.

2.2. Види соціального страхування в Німеччині

Система соціального страхування Німеччини характеризується сукупністю заходів, що мають забезпечувати економічний та соціальний захист існування різних груп населення від таких загальних загроз для життя, як нещасний випадок, хвороба, інвалідність, старість, безробіття і смерть годувальника.

Понад століття система соціального страхування Німеччини мала три напрями: медичне страхування, пенсійне страхування та страхування по безробіттю. У 1995 році до них був доданий четвертий напрям – страхування на випадок необхідності догляду під час хвороби або у зв'язку зі старістю.

Соціальне страхування є обов'язковим і регулюється законом. Воно фінансується за рахунок страхових внесків, що здійснюються працівниками, які працюють за наймом.

Загалом ставка внесків залежить від загальної кількості платників. Чим більше страхувальників перераховують внески до каси соціального страхування, тим нижчі відрахування кожного з них. У 1999 р. соціальні витрати Німеччини у розрахунку на душу населення склали 6600 євро. За їх питомою вагою у валовому внутрішньому продукті Німеччина посідала третє місце серед країн ЄС (цей показник був майже вдвічі більшим, ніж в Ірландії або Іспанії).

2.2.1. Медичне страхування

Першим напрямом системи соціального страхування є введене у 1883 р. медичне страхування. Система обов'язкового медичного страхування є солідарною спільністю. Це означає, що внески, за рахунок яких здійснюється фінансування,

пов'язані з розміром доходу застрахованих осіб, а його послуги неоднакові для всіх страхувальників.

Німеччина – це одна з перших країн, де було запроваджено медичне страхування.

Основним принципом німецької системи медичного страхування є те, що уряд не бере на себе відповідальність за фінансування охорони здоров'я (за винятком деяких його сегментів), а лише створює умови для того, щоб необхідні фонди були створені працівниками та роботодавцями, а також здійснює нагляд за функціонуванням усієї системи медичного страхування.

Німеччина має найтривалішу історію медичного страхування. Для неї характерна подвійна система страхування здоров'я за участю і приватних, і державних організацій.

Майже все населення Німеччини застраховане на випадок хвороби в системі обов'язкового або добровільного страхування і є членами приватних страхових агентств.

Обов'язкове медичне страхування є провідною ланкою системи охорони здоров'я. Ним охоплено близько 88% населення країни. Із них 74% (у тому числі члени їх родин) беруть участь в обов'язковому страхуванні, 14 обирають державне медичне страхування на добровільних засадах. 9% населення обслуговується приватними медичними страховиками, 2% - не беруть участі в медичному страхуванні (це військовослужбовці, поліція, яким охорона здоров'я гарантується урядом) і лише 1% населення не має медичної страховки.

Законом встановлено обов'язковість страхування від хвороби для всіх робітників, службовців й інших професійних груп з певним доходом. Від хвороб застраховані також пенсіонери, безробітні, учні та студенти. Залежно від професії робітники застраховані через місцеві, виробничі або цільові лікарняні каси, морські лікарняні каси, федеральні каси горноробітників, сільськогосподарські лікарняні каси. Усі застраховані мають вільний вибір серед певних лікарів лікарняних кас.

Ця система забезпечує необхідну медичну допомогу на випадок захворювання для всіх застрахованих.

Фінансування здійснюється з трьох джерел: страхові внески підприємців – відрахування з доходів (податків; заробітки трудящих – відрахування з заробітної плати; кошти державного бюджету.

Система обов'язкового страхування здійснює свою діяль-

ність через некомерційні страхові організації – лікарняні каси. Їх у Німеччині діє біля 1200. Це автономні організації, яким надано право встановлення ставки страхового внеску вище його базового рівня, розширення сфери медичних послуг вище базової програми, вибору форми взаєморозрахунків з лікувально – профілактичними закладами. Їх права й обов'язки регламентовано законодавчо Соціальним кодексом (Social Code Book).

Членство в лікарняних касах для найманих працівників обов'язкове, якщо їхній сукупний дохід не перевищує законодавчо встановленої суми – близько 40000 євро/рік для західної частини країни (у 2000 році – 77400 нім. марок) і близько 32000 євро/рік для тієї частини Німеччини, що була НДР (63900 нім. марок). В іншому разі членство у системі обов'язкового медичного страхування є добровільним. Розмір внеску встановлюється у відсотках залежно від доходу застрахованого. При цьому вік, стать і страховий ризик не враховуються (принцип солідарності). Тобто внески до страхових фондів залежать лише від доходу громадянина. Розмір внеску розподілений між роботодавцями й найманими працівниками рівномірно – кожний сплачує 50%.

Розмір внесків лікарняні каси встановлюють самостійно з таким розрахунком, щоб вони разом з іншими надходженнями покривали передбачені витрати на страхування. Оскільки число застрахованих у різних касах неоднакове, то відрізняються суми надходжень страхових внесків. У результаті при середньому в країні страховому тарифу – 12% – його реальні розміри коливаються в межах від 8 до 16%.

Згідно з Соціальним кодексом (Social Code Book V) лікарняні каси мають установлений перелік гарантованих послуг. Структура виплат включає:

1. Виплати для підтримання здоров'я. До них належать санітарна освіта застрахованих про можливі загрози їхньому здоров'ю та профілактику захворювань.

2. Виплати для профілактики стоматологічних захворювань (у тому числі в дитячих садках і школах), профілактичні заходи у лікарів-спеціалістів, уключаючи забезпечення лікарськими засобами, а також система профілактичних заходів для жінок.

3. Виплати для ранньої діагностики захворювань. Вони включають медичне обстеження кожні два роки для застра-

хованих, які досягли 35-річного віку; щорічні обстеження на рак у жінок, починаючи з 20-річного віку, а у чоловіків – починаючи з 45 років.

4. Виплати на лікування захворювань. Вони розповсюджуються на:

а) безкоштовне лікарняне і стоматологічне лікування;

б) безкоштовне забезпечення стандартним набором лікарняних та перев'язочних засобів. Додаткові витрати, пов'язані з отриманням більш дорогих лікарняних і перев'язочних засобів, застрахований оплачує сам;

в) надання допоміжних коштів з доплатою 10% для дорослих страхувальників;

г) надання протезів і слухових апаратів, ортопедичних та інших пристосувань. Ці послуги здійснюються безкоштовно, якщо на відповідні пристосування встановлено фіксовані платежі;

д) домашній догляд за хворими із участю кваліфікованого персоналу, коли лікування в лікарні показано, але його не можна здійснити, а також сімейна допомога, коли застраховані не мають можливості займатися господарством та в сім'ї є дитина якій менш, ніж 8 років, або інвалід, що залежить від допомоги зі сторони;

е) безкоштовне лікування у лікарні;

ж) медичні та інші додаткові виплати по реабілітації.

5. Допомога з непрацездатності в розмірі 80% від загальної суми заробітної плати за відрахуванням всіх податків, починаючи з сьомого тижня непрацездатності внаслідок хвороби. Допомога виплачується протягом трьох років, якщо непрацездатність зумовлена однією і тією ж хворобою. В перші шість тижнів роботодавець зобов'язаний забезпечити її виплату в повному обсязі. Допомога виплачується і в тому випадку, якщо дитина, яка захворіла, у віці до 8 років потребує догляду, а інший член сім'ї не може доглядати за нею (права розповсюджуються максимально на 5 днів на кожну дитину протягом календарного року).

6. Виплати по догляду за тяжкохворим виражаються у фінансуванні 25 візитів на місяць (кожен тривалістю 1 годину). В альтернативному плані за заявою застрахованого каса виплачує певну суму, якщо тяжкохворий може самостійно забезпечити свій догляд, запросивши з цією метою санітарку. Якщо догляд за хворим тривав 12 місяців на рік, обслуговую-

чому персоналу оплачується чотиритижнева відпустка.

7. Допомога у зв'язку з вагітністю та пологами, уключаючи лікарський контроль і забезпечення лікарськими засобами, а також надання фінансової допомоги під час та після вагітності. По закінченні строку охорони материнства в післяпологовий період виплачується допомога по догляду за дитиною.

8. Сімейна допомога для дружини і дітей застрахованих. Вона передбачає заходи з раннього виявлення хвороб, медичне обслуговування, догляд за хворими, лікування з перебуванням у лікарні та допомогу з охорони материнства і сім'ї.

Із фінансової точки зору система охорони здоров'я Німеччини є дорогою порівняно з іншими європейськими країнами.

У Німеччині не існує єдиного бюджету охорони здоров'я, натомість нараховується 17 бюджетів, що ґрунтуються на податках (1 федеральний бюджет і 16 бюджетів земель) і 1200 бюджетів лікарняних кас (страхових фондів).

Особливою рисою німецької моделі обов'язкового медичного страхування є безпосередня участь застрахованого в оплаті медичних послуг – 80% вартості лікування сплачує лікарняна каса, 20% – сам пацієнт. Це плата і за лікування, і за ліки. Вартість ліків єдина по всій Німеччині.

Обов'язкове медичне страхування (ОМС) повністю або частково забезпечує медичний страховий захист і є безстроковим, тобто цей захист здійснюється впродовж усього життя застрахованої особи. Із застрахованими не укладається договір ОМС, вони автоматично стають членами обраної ними лікарняної каси при настанні страхової відповідальності згідно з законом. Лікарняні каси в системі ОМС надають своїм членам необхідні медичні послуги, унаслідок чого укладають договори з лікарями і стаціонарами. Страхові внески лікарняні каси стягують із застрахованих осіб відповідні відсотки від заробітної плати.

Держава надає медичному страхуванню обов'язковий характер та визначає його головні умови – базові ставки страхових внесків, схему фінансування та організації медичної допомоги, бере участь у формуванні цін на медичні послуги, надає недержавним органам – страховим компаніям та асоціаціям лікарів значні повноваження з управління системою.

У Німеччині поряд з домінуючою системою ОМС набуло розвитку добровільне медичне страхування (ДМС).

Система соціального страхування охоплює біля 90% насе-

лення. На добровільне медичне страхування припадає 10%.

Підприємці, що працюють у сфері ДМС, об'єднані в Союз добровільного медичного страхування в Кельні, в який входять 46 компаній. Найбільшим із них є Німецьке акціонерне товариство медичного страхування. ДМС передбачає більші обсяги медичної допомоги. Застрахована особа може самостійно обрати такі види медичних послуг: амбулаторна, стаціонарна і стоматологічна допомога, страхування на випадок хвороби з виплатою щоденної грошової компенсації, страхування на випадок лікування в стаціонарі, витрати на курортне лікування, медичне страхування за кордоном та інші види.

Застраховані укладають договір ДМС з медичною страховою компанією. Він є безстроковим і забезпечує страховий захист протягом усього життя. Для укладання договору клієнт може вільно обирати страхову компанію. Тому часто з цією метою вони звертаються за допомогою до незалежних страхових брокерів.

На розмір страхових внесків, в основному, впливають: застраховані послуги, вік застрахованого, стан здоров'я стать і страхові тарифи.

Тариф відрахувань складає 75% від тарифу на пенсійне забезпечення (тобто приблизно 15% від заробітної плати) і також в рівній пропорції розподіляється між роботодавцем і робітником. На регіональному (земельному) рівні даний розмір відрахувань може коливатися від 10 до 15,5%.

На противагу ОМС, при ДМС члени сім'ї застрахованого не є спільно застрахованими. Незалежно від рівня доходів, вони повинні укласти власні договори. Отже, ДМС в Німеччині доповнює гарантії, надані в рамках ОМС, і пропонує ширший спектр медичних послуг.

Отже, у Німеччині діє механізм багатоканального фінансування охорони здоров'я, найвагомим джерелом якого є фонди обов'язкового медичного страхування. Наявність інших джерел фінансування має позитивне значення – зменшує фінансове навантаження на всіх учасників системи (на федеральний і місцевий бюджети, роботодавців, самих застрахованих), чим зумовлюється ефективність і достатність надходжень коштів у цю галузь, сталість системи фінансування охорони здоров'я.

Таким чином, можна визначити основні характеристики німецької моделі соціального медичного страхування:

- соціальна справедливість – обсяг і якість допомоги не залежать від розміру сплачених внесків;
- чітке розмежування обов'язкового і приватного страхування. Приватне страхування дає переваги тільки сервісного характеру, воно проводиться окремими юридичними особами, які не займаються обов'язковим страхуванням;
- захист інтересів пацієнтів, застрахованих на умовах обов'язкового страхування;
- участь пацієнтів у витратах на охорону здоров'я: сплата 50% внеску зі свого заробітку; доплата за лікування у стаціонарі, доплата за ліки;
- страхування тих, хто працює, не лише на себе, а й на непрацюючих членів родини;
- участь приватного лікарсько-амбулаторного сектору в суспільній охороні здоров'я через договори з лікарняними касами;
- переважання державних і суспільних лікарень у лікарняному секторі;
- передача державою своїх функцій самоврядним незалежним організаціям – лікарняним касама і асоціаціям лікарів з обов'язковим членством.

Водночас система охорони здоров'я Німеччини має низку проблем і недоліків. Це велика кількість лікарняних ліжок – 919,6 на 100 тис. населення (1999 р.) при середній нормі 595,53 у країнах ЄС (1999 р.), довготривалість перебування хворого у лікарні (16,6 дня у 1999 р.). А ще стрімке зростання вартості лікування, відсутність соціально гарантованого мінімуму, жорсткого планування ресурсів. Крім того, у Німеччині фінансування охорони здоров'я ускладнилося у зв'язку із приєднанням східних земель.

З метою вирішення проблем, пов'язаних із реформуванням системи охорони здоров'я, урядом Німеччини було прийнято й уведено в дію такі нормативні акти: “Акт реформування системи охорони здоров'я 1989 р.” (перший етап) (1988 р.), “Акт реформування структури системи охорони здоров'я 1993” (другий етап) (1992 р.), “Акт обґрунтування ставки внесків у фонди медичного страхування” (1996 р.), “Перший та другий акти реструктуризації державного медичного страхування” (третій етап) (1997 р.), “Акт щодо посилення солідарності у державному медичному страхуванні” (1998 р.), “Акт реформування державного медичного страхування” (1999 р.).

Отже, на сьогодні система охорони здоров'я Німеччини

перебуває в стані реформування й трансформації. Основний акцент робиться на якість надання медичної допомоги і на матеріально-технічне забезпечення лікувальних закладів. При цьому вартість лікування відходить на другий план. Однак населення підтримує таку політику.

2.2.2. Пенсійне страхування

Правовою основою пенсійного страхування є соціальне законодавство Німеччини. Пенсійне страхування має на меті:

- надання пенсій у зв'язку з професійною або загальною непрацездатністю, а також виплату пенсій по старості;
- надання пенсій на випадок втрати застрахованого годувальника сім'ї;
- заходи щодо покращання санітарних умов життя застрахованого населення.

Пенсійне страхування включає:

1. Заходи щодо страхування, покращення та відновлення працездатності. До них належать лікування, заходи щодо підвищення кваліфікації, опанування нової спеціальності й пошуку роботи.

2. Виплату пенсій з професійної та загальної непрацездатності, а також при досягненні пенсійного віку – не менш 60 років жінками і 65 років чоловіками.

3. Виплата пенсій на випадок втрати годувальника – удівцям, вдовам, сиротам.

Пенсійна система Німеччини як держави з соціально орієнтованою ринковою економікою відрізняється від інших країн ЄС і ОЕСР домінуючою роллю державної системи, що забезпечує близько 85% усіх пенсій. Узагалі тут існує 6 видів пенсій по старості і 13 за іншими критеріями. Мінімальний стаж для отримання пенсії складає 4 роки.

Пенсійний вік однаковий і для чоловіків і для жінок – 65 років. Працівники, які мають стаж 35 років, отримують право виходу на пенсію в 63 роки. На сьогоднішній день число осіб, які пішли на пенсію раніше 65 років, складає 20% від загальної кількості пенсіонерів. Скорочення пенсійного віку приводить до зменшення розміру пенсії.

За умови середнього трудового доходу застрахованої особи страховий стаж вимірюється 45 роками. При цьому пенсія

складає приблизно 70% від останнього реального рівня доходів за відрахуванням податків.

Пенсійна система Німеччини складається з трьох рівнів: державне пенсійне страхування, виробниче пенсійне страхування та приватне пенсійне страхування. Обов'язкове пенсійне страхування розподіляється на пенсійне забезпечення державних службовців – федеральний рівень (ВЕА) і пенсійне забезпечення працівників – земельний рівень. Це розподілення є тільки рівневим і простежується тенденція до їх об'єднання. Утримання внесків і виплата пенсій здійснюється в єдиному інформаційному режимі, за єдиною системою персоніфікованого обліку.

Сьогоднішні працівники платять сьогоднішнім пенсіонерам. Якщо людина не працювала якийсь певний період життя або була вимушеним переселенцем, ці витрати покриваються із федерального бюджету. Так, Східна Німеччина повністю інтегрувала в пенсійну систему Німеччини з моменту об'єднання двох країн. Держава фінансує виплати колишнім співвітчизникам, які проживають зараз у 89 країнах світу. Відсутні поняття «максимальний» і «мінімальний рівень пенсії». При заробітній платі навіть в 1 євро здійснюються муніципальні доплати до прожиткового мінімуму.

Виробниче страхування або виробниче забезпечення старості, засноване на тому, що підприємство довіряє банку, страховій компанії або недержавному пенсійному фонду накопичувати внески, які перераховуються роботодавцями в розмірі, обговореної з робітником частини заробітної плати.

Приватне забезпечення старості допускає внесення приватною особою коштів на формування своєї майбутньої пенсії.

Пенсії підприємств. Важливим доповненням до обов'язкового пенсійного страхування є «пенсії підприємств», які багато фірм добровільно сплачують своїм працівникам як додаткову допомогу у старості. За законом про підприємства від 1974 р. робітники залишають за собою право отримання встановленої пенсії, навіть якщо їм довелося лишити підприємство не досягнувши пенсійного віку.

Реформу пенсійного забезпечення було проведено у 1992 р. Вона адаптує систему до майбутніх демографічних і економічних умов і забезпечує фінансування пенсій по старості після 2000 р. Принципи цієї реформи такі:

- раціональне співвідношення заробітної плати і страхових

внесків;

- забезпечення рівня життя;
- участь пенсіонерів в економічному розвитку.

У 1992 році середній розмір пенсії був приблизно 1850 марок, у жінок у середньому 1150 марок. З 1 липня 1990 року в нових землях ФРН пенсія також складала 70% середнього доходу працівника з середнім заробітком і страховим стажем 45 років, вона щорічно збільшувалася разом із заробітною платою. Таким чином, східно германські пенсії наближалися до західно германського рівня. З 1 січня 1992 року в Німеччині діє єдине пенсійне право.

Крім того, пенсії тут індексувались не за динамікою споживчих цін, як у більшості країн, а за зростанням реальної (чистої) заробітної плати, що давало німецьким пенсіонерам значні переваги. З 2001 року було зроблено перехід до індексації за номінальною (нарахованою) заробітною платою. Зрозуміло, це вимушена міра, як і збільшення пенсійного віку жінок з 60 до 65 років, що пов'язано з необхідністю компенсації додаткових витрат через старіння населення. Також було збільшено страховий внесок з 17,5% до 19,5%. З цих внесків половину сплачує роботодавець, іншу половину – найманий працівник. Рівень пенсій у Німеччині досить високий. Державна пенсія в середньому у чоловіків складає 973 євро і 506 у жінок. Пенсії регулярно збільшуються відповідно до зростання рівня заробітної плати.

Важливо й те, що реформа пенсійної системи у Німеччині передбачила перерозподіл доходів. Підтвердженням цього є підвищення розміру пенсій низькооплачуваним категоріям працівників. Очікується, що всі ці заходи дозволять знизити до 2010 р. витрати на 3%, а спільні внески підприємців і найманих працівників зростуть до 21,4%, а до 2020 р. – до 22,8% сукупного фонду заробітної плати.

З 1.01.2003 р. набрав чинності новий закон про базове забезпечення. Він є важливим кроком у реорганізації німецької системи соціальної допомоги. Він передбачає матеріальне забезпечення на рівні признаних у країні життєвих потреб усіх громадян віком 65 років, які мешкають постійно у Німеччині, а також для людей у віці від 18 до 65 років, які мають 100% непрацездатність.

Як і в більшості інших країн, у Німеччині стає більше громадян пенсійного віку і все менше платників внесків (табл. 2.1).

**Співвідношення осіб 60-річного віку і старших, не
зайнятих суспільною працею та зайнятого населення
(на 1000 осіб)**

Країна	Рік				
	1950	1980	1990	2000	2025
Німеччина	222	385	387	469	701
Данія	180	301	306	309	505
Франція	235	361	352	386	560
Велика Британія	242	348	350	344	460
Італія	196	416	453	515	685
Нідерланди	210	364	370	401	756

На думку експертів ООН, найгостріші демографічні проблеми існують саме в Німеччині та Італії, де до 2050 року на одного пенсіонера припадуть відповідно 2 і 1,5 особи працездатного віку.

2.2.3. Страхування від безробіття

Страхування від безробіття – це третій основний напрям німецької системи соціального страхування. Солідарно сплачені суспільством застрахованих страхові внески дозволяють компенсувати втрату, понесену певною особою або групою осіб.

Метою страхування від безробіття є забезпечення осіб, які залишилися без роботи коштами для життя, а також зведення до мінімуму економічних і соціальних наслідків безробіття.

Страхування від безробіття фінансується за рахунок страхових внесків, які здійснюють наймані працівники і роботодавці. Страхові внески збирають лікарняні каси. Тариф відрахувань складає 6,5% і сплачується порівну роботодавцем і працівником. Внески до каси соціального страхування сплачують усі наймані працівники, однак вони не стягуються з заробітків, які не досягають 325 євро, якщо тривалість робочого тижня менша 15 годин. Максимальна заробітна плата, за якою необхідно здійснювати відрахування до каси страхування від безробіття і пенсійного страхування, складає 54000 євро. Ті, хто

має більшу заробітну плату, не підлягають обов'язковому страхуванню і можуть робити це на добровільній основі.

Питаннями зайнятості у Німеччині займається Федеральне відомство праці. Його кошти формуються за рахунок страхових внесків, коштів, що надаються роботодавцями або професійними товариствами, дотацій федерального уряду.

Коли людина стає безробітною, вона може отримати кошти у разі безробіття за умови, що вона за попередні три роки щонайменше 12 місяців сплачувала страхові внески. Допомогу не одержують ті, хто страйкує або був звільнений у результаті локауту бо, по-перше, безробіття дає право на одержання допомоги, на випадок браку робочих місць, і, по-друге, страхування від безробіття не може втручатися в конфлікти, пов'язані з політикою у сфері заробітної плати.

Якщо безробітний у передбачені строки нерегулярно являється на біржу праці, не погоджується з наданим йому реальним працевлаштуванням, виплата допомоги припиняється.

Для отримання допомоги необхідно зареєструватися своєчасно в установі зайнятості як безробітний, звернутися з заявою про отримання коштів у разі безробіття і бути готовим одержати роботу.

Таблиця 2.2

Виплати допомоги у сфері зайнятості в Німеччині

Види допомоги	Розмір допомоги у % до заробітку	
	При наявності однієї дитини	Без дитини
Кошти на випадок безробіття	67	60
Допомога у разі безробіття	57	53
Компенсаційні кошти за скорочену роботу	67	60
Компенсаційні кошти внаслідок поганої погоди	67	60
Допомога на включення в роботу	57	53
Перехідні кошти	75	68
Кошти на утримання	67	60

Потреба в допомозі з безробіття перевіряється за певними критеріями: наявності власного доходу; частки доходу подружжя, яке проживає окремо і перевищує неоподатковуваний мінімум; права на одержання допомоги щодо третьої особи тощо. Коли на основі перевірки можна врахувати дохід чи майно, допомога на випадок безробіття зменшується або не виплачується.

Федеральне відомство праці може надавати допомогу за скорочену роботу, тобто за години, на які зменшився робочий час працівників за рішенням роботодавця внаслідок певних економічних причин. Коли працівник має одну дитину, він отримує 65% від втраченого чистого заробітку, а в інших випадках – 60%.

Кошти за відсутності конкурсу виплачують тоді, коли роботодавець є неплатоспроможним, а працівник не може отримати свою заробітну плату. Названі кошти відповідають величині невиплаченої чистої заробітної плати. Заява про виплату коштів за відсутності конкурсу має бути подана щонайменше за два останні місяці після відкриття конкурсу, відмови в конкурсі або після завершення діяльності підприємства.

Для того, щоб у будівельному господарстві була цілорічна зайнятість, будівельники отримують за відпрацьовані робочі години в період з 1 грудня до 31 березня компенсаційні «зимові» кошти (окрім періоду з 25 грудня по 1 січня).

У разі втрати роботи допомога по безробіттю виплачується протягом року в розмірі 67% від нарахованої заробітної плати. Для працівників старшого віку цей період часу збільшується до 32 місяців, відповідно до віку і тривалості сплати страхових внесків. Наступні 6 місяців допомога по безробіттю є значно нижчою, а після 18 місяців виплачується соціальна допомога (яку нині отримують близько 2 млн. чоловік). Безробітний, одержавши допомогу, здійснює платежі на пенсійне страхування; другу частину внеску за роботодавця сплачує Фонд зайнятості.

Оскільки з фондів соціального страхування і соціальних виплат по безробіттю кожному безробітному, який має на це право, виплачується допомога, йому, по-перше, уже не потрібно погоджуватися на першу ж запропоновану йому роботу для забезпечення засобів для життя. Таким чином, страху-

вання від безробіття пом'якшує напруженість на ринку праці. Окрім всього іншого, воно допомагає безробітному знайти нову роботу відповідно до його здібностей, на якій продуктивність праці буде більш високою. По-друге, у результаті забезпечення певного відсотка від свого доходу безробітний звільняється від необхідності погоджуватися з такими варіантами працевлаштування, при яких його заробітна плата була б меншою від допомоги від безробіття. Отже, соціальне страхування відіграє роль стабілізатора рівня заробітної плати.

2.2.4. Страхування від нещасного випадку

Обов'язкове страхування від нещасних випадків є самостійним напрямом соціального страхування. Воно має сприяти попередженню нещасних випадків і зниженню ризиків їх наслідків.

Страхування від нещасного випадку має забезпечити:

- попередження нещасних випадків;
- виплату компенсації постраждалому, або його рідним та близьким на випадок загибелі годувальника;
- відтворення працездатності постраждалого і сприяння його поверненню до трудової діяльності.

Заходи страхування здійснюються у такій послідовності: попередження нещасних випадків – максимально можлива реабілітація з метою відновлення вихідного стану – виплата компенсації.

Страхові виплати розповсюджуються на заходи з попередження нещасних випадків на виробництві й забезпечення швидкої допомоги; лікування і компенсаційні виплати особам, які частково втратили працездатність унаслідок нещасного випадку; професійну допомогу; допомогу особам, які частково втратили працездатність унаслідок нещасного випадку; допомогу на поховання і пенсію у разі втрати годувальника сім'ї.

При цьому лікування передбачає послуги лікарів, забезпечення ліками, медичне обслуговування й допомогу з непрацездатності. Професійна допомога включає в себе кошти на відновлення й підвищення працездатності.

Страховий захист розповсюджується на нещасні випадки не лише на виробництві, але й у межах заводської території, а

також на нещасні випадки, які відбуваються по дорозі додому й на роботу.

До нещасних випадків на виробництві прирівнюються також професійні захворювання.

При втраті працездатності так звана повна пенсія складає 2/3 річного заробітку. Фінансування здійснюється в основному шляхом внесків роботодавців, які розраховуються залежно від оплати праці застрахованих і від класифікації небезпеки нещасних випадків.

Страховання від нещасних випадків є обов'язковим. Роботодавець сплачує внески безпосередньо компанії-страховику від нещасних випадків.

2.2.5. Соціальна допомога з материнства

У Німеччині надається допомога жінкам з материнства. Кожна жінка як майбутня мати має особливий захист від небезпеки на робочому місці, а також від звільнення в період чотирьох місяців перед народженням дитини і чотирьох місяців після пологів. Терміни захисту матері на 6 тижнів перед пологами і 8 тижнів після них дають жінці змогу займатися дитиною. При ранніх пологах, а також при народженні близнюків термін захисту матерів продовжується до 12 тижнів після пологів. У цей період жінка одержує допомогу із материнства. Після цього вона може отримати відпустку й допомогу на виховання дитини.

Для отримання допомоги з материнства жінка повинна мати страховий і трудовий стаж. У період між 10-им та 4-им місяцями перед пологами вона повинна бути щонайменше 12 тижнів застрахованою на випадок хвороби (страховий стаж) або працювати (трудова стаж). Розмір допомоги з материнства залежить від «чистої» заробітної плати жінки в останні три календарні місяці або останні 13 тижнів перед початком терміну захисту (перед пологами). Цей розмір становить щонайбільше 25 DM на день. Якщо середня «чиста» заробітна плата жінки вища, вона отримує різницю від роботодавця. Він му- сить виплатити цю суму як дотацію до допомоги з материнства.

Якщо жінка не працює, але в установленому законом порядку застрахована і має право на кошти у разі хвороби, розмір допомоги з материнства відповідає розміру коштів на випадок хвороби.

Коли жінка безробітна і має право на кошти у разі безробіття, то розмір допомоги з материнства відповідає сумі тієї чи іншої виплати по безробіттю, яку вона отримувала перед початком терміну захисту.

Коли жінка не застрахована ні приватно, ні в установленому законом страхуванні на випадок хвороби, але до початку терміну захисту працювала або займалася домашньою роботою, то застосовується такий порядок: вона одержує допомогу з материнства з коштів федерації, але щонайбільше 400 DM на місяць, і їх виплачує Федеральне страхове відомство. Ці та інші правові основи містяться в Законі про допомогу з материнства.

Питання для самоконтролю

1. Розкажіть про становлення і розвиток системи соціального страхування Німеччини.

2. Які основні напрями соціального страхування Німеччини?

3. За яким принципом побудовано систему медичного страхування?

4. За рахунок яких джерел фінансується система медичного страхування Німеччини?

5. Що таке лікарняні каси? Які види лікарняних кас Ви знаєте?

6. Який відсоток відрахувань сплачують громадяни за медичним страхуванням?

7. Які види виплат отримують громадяни Німеччини за медичним страхуванням?

8. Яким чином сплачуються внески за пенсійним страхуванням?

9. На якому принципі засновано систему пенсійного страхування?

10. Які рівні включає система пенсійного страхування Німеччини?

11. Які заходи включає пенсійне страхування?

12. У чому полягає основна проблема у сфері пенсійного

забезпечення Німеччини?

13. Яка величина страхових внесків та страхових виплат при страхуванні від безробіття? Хто є їх платниками?

14. За яких умов надається допомога по безробіттю?

15. Що таке «зимові» кошти?

16. Які основні завдання соціального страхування від нещасного випадку?

17. Які умови та порядок надання допомоги з материнства в Німеччині?

Тести для самоконтролю знань

1. Напрямом, який було додано до німецької системи соціального страхування лише в 1995 р., є:

а) медичне страхування;

б) страхування по безробіттю;

в) страхування на випадок необхідності догляду під час хвороби або по старості.

2. Частка тарифу на медичне страхування в Німеччині складає приблизно від тарифу на пенсійне забезпечення:

а) 75%;

б) 15%;

в) 30%.

3. До структури виплат за медичним страхуванням не входить:

а) виплата на лікування захворювань;

б) оплата перебування працівників у санаторно-профілактичних закладах під час чергової відпустки;

в) сімейна допомога для дружини і дітей застрахованих.

4. До особливостей лікарняних кас не належить:

а) вони є некомерційними страховими організаціями;

б) вони не мають встановлювати внески вище базового рівня;

в) членство в цих касах є обов'язковим або добровільним залежно від суми доходу працівника.

5. Система пенсійного забезпечення Німеччини фінансується переважно за рахунок:

а) держави;

б) підприємств;

в) працівників.

6. До рівнів пенсійної системи Німеччини не належить:

- а) приватне;*
- б) виробниче;*
- в) державне;*
- г) обов'язкове.*

7. Система пенсійного страхування базується на такому принципі:

а) населення, яке зараз заробляє, сплачує страхові внески у розрахунку на те, що наступне покоління буде сплачувати страхові внески для нього;

б) кожен громадянин здійснює страхові внески виключно для себе;

в) працівники здійснюють відрахування до фондів соціального страхування на рахунки своїх батьків.

8. Тариф відрахувань на пенсійне страхування складає:

а) 20,3% і сплачується порівну працівниками і роботодавцями;

б) 10,15% і сплачується порівну працівниками і роботодавцями;

в) 40,6% і сплачується порівну працівниками і роботодавцями.

9. Пенсійне страхування не включає:

а) виплату пенсій з професійної та загальної непрацездатності;

б) виплату пенсій на випадок втрати годувальника;

в) виплату допомоги на випадок безробіття.

10. Розмір пенсії насамперед визначається:

а) розміром заробітної плати;

б) стажем роботи;

в) кількістю осіб на утриманні.

11. Пенсії підприємств є:

а) обов'язковими;

б) добровільними;

в) це залежить від регіону Німеччини.

12. Для отримання допомоги по безробіттю можна не дотримуватися такої умови:

а) страхові внески сплачувалися щонайменше протягом 12 місяців протягом останніх трьох років;

б) людина працювала підприємстві державної форми власності;

в) працівник своєчасно зареєструвався на біржі праці і не брав участі у страйках.

13. Страхування по безробіттю здійснюється за рахунок:

- а) страхових внесків працівників;*
- б) страхових внесків працівників роботодавців;*
- в) держави.*

14. Тариф відрахувань на соціальне страхування від безробіття складає:

- а) 6,5% і сплачується порівну роботодавцем і працівником;*
- б) 13% і сплачується порівну роботодавцем і працівником;*
- в) 6,5% сплачується працівником.*

15. Страхування від нещасних випадків є:

- а) обов'язковим;*
- б) добровільним;*
- в) залежить від сфери діяльності страхувальника.*

ТЕМА 3. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ США

3.1. Загальна характеристика системи соціального страхування США.

3.2. Пошук оптимального варіанта системи соціального забезпечення США

3.3. Пенсійне забезпечення.

3.4. Медичне страхування у США.

3.5. Соціальне страхування від безробіття.

3.6. Страхування від виробничого травматизму і професійних захворювань.

3.1. Загальна характеристика системи соціального страхування США

Американський досвід показує, що навіть у провідній країні з економічним потенціалом ВВП на душу населення більше 35 тис. дол. і високорозвинutoю системою соціального страхування зберігаються структурні осередки бідності (за американськими стандартами) – за етнічними, тендерними, віковими ознаками, в залежності від сімейного статусу.

Держава допомагає (з бюджетних коштів) тим категоріям населення, що найбільш потребують – пенсіонерам, які мають дохід, нижчий від встановленого рівня; ветеранам; інвалідам; сліпим; неповнолітнім дітям з бідних, за американськими стандартами, сімей.

Єдиної загальнонаціональної системи соціального страхування у країні не існує. Вона утворюється з різного роду соціальних програм, регламентованих федеральним законодавством, законодавством штату або обома разом. Окремі види страхування мають обмежений характер (медичне страхування).

Державна система соціальної безпеки містить дві основні форми – соціальне страхування і державну допомогу, які відрізняються одна від одної за джерелами фінансування. Виплати за соціальним страхуванням здійснюються зі страхових фондів, які утворюються за рахунок податку на соціальне страхування, що стягується з працівників і підприємців.

Законодавчою основою програми соціального страхування США став «Закон про соціальне забезпечення», прийнятий Конгресом у 1935 році.

Цей Закон і поправки до нього розповсюджуються на робітників і службовців приватного сектору, за виключенням залізничників, для яких встановлено окрему систему соціального страхування. Існують також програми соціального стра-

хування для федеральних громадянських службовців, ветеранів війни і військовослужбовців. Такі категорії працівників, як робітники сільського господарства, робітники малих підприємств, залишилися неохопленими державними програмами соціального страхування.

Згідно з вимогами вищезазначеного закону були сформовані базові програми соціального страхування: програми «Old Age» (Підтримка людей похилого віку), «Survivors» (Соціальний захист у зв'язку із втратою годувальника) та «Страхування на випадок інвалідності (непрацездатності)» (загальна назва трьох програм - OASDI), яку ще часто називають «програмою соціального забезпечення». У межах цієї програми здійснюється соціальне страхування за програмою Medicare, що є медичною системою страхування здоров'я для осіб пенсійного віку.

Організаційно-фінансовою основою програми соціального забезпечення OASDI є два трастові фонди - «Страхування людей похилого віку та у зв'язку із втратою годувальника» і «Страхування на випадок інвалідності (непрацездатності)».

Програмою керує Управління з соціального забезпечення, незалежна федеральна агенція, очолювана комісаром та його заступником. Контрольні та консультативні функції виконує незалежна наглядова рада, що складається з семи членів. Діяльність ради має забезпечувати політичну підтримку соціального забезпечення. Вона відображає посилення політичної ваги пенсіонерів - впливової частини електорату, яка успішно просуває свої інтереси через численні громадські організації, найвпливовішою з яких є Ліга пенсіонерів.

Фінансовою основою програм соціального страхування є внески як працівників, так і роботодавців. Страхові тарифи встановлюються диференційовано за прогресивною шкалою в рівних розмірах для працівника і роботодавця. Ставки встановлюються від 1% з перших \$ 3000 річної заробітної плати до 6% на основну зарплату \$ 68400, що була верхньою межею, з якої стягувались внески станом на 1998 рік. Крім цього, збір розміром 1,45% накладається на весь обсяг зарплати без верхнього обмеження. Ця частина коштів спрямовується для фінансування вже згадуваної програми Medicare. Тобто, зазначену програму також можна вважати окремим видом соціального страхування, хоча і без повного організаційно-фінансового оформлення.

Програмами соціального страхування охоплюється 90% працюючого населення Сполучених Штатів, враховуючи і осіб, які отримують дохід за рахунок ведення приватного бізнесу. Нині допомогу соціального страхування отримує понад 15% населення, видатки на ці потреби становлять 23% всіх федераль-

них витрат, а внески за програмою соціального забезпечення становлять 27% федеральних доходів. Окрім програми соціального забезпечення, існують й інші пенсійні програми, зокрема для державних службовців - працівників федеральних установ, працівників залізничного транспорту та ветеранів.

Державна допомога виплачується з бюджетних коштів. Вона надається за такими основними напрямками:

- грошова, в тому числі сім'ям з дітьми, що тимчасово потребують допомоги, - як додатковий гарантований дохід, а також ветеранам, які потребують допомоги та особам, які знаходяться на їх утриманні та компенсація батькам ветеранів, індіанцям;

- медична, в тому числі ветеранам, матері й дитині, індіанцям;

- продовольча, у тому числі додатково матерям, які мають маленьких дітей, - у вигляді талонів, шкільних сніданків, на годування дітей у літній час; літнім, а також тимчасова продовольча допомога, програма продовольчої допомоги індіанським резерваціям;

- в оплаті житла;

- в одержанні освіти і перекваліфікації, у тому числі дошкільної підготовки, під час канікул, працюючим студентам коледжів, додаткової спеціалізації, студентам з малозабезпечених сімей, молоді у пошуку роботи на період літніх канікул. Діють також програми стимулювання пошуку роботи, навчання та перекваліфікації для осіб від 60 років і старше, допомоги щодо отримання роботи малозабезпеченим літнім тощо.

Сукупні державні інвестиції у людські ресурси вже понад чверть століття перевищують половину всіх державних витрат (у 2000 р. – 68%). Майже 2/3 федеральних видатків на соціальні (1 115 млрд. дол. у 2000 р.) припадають на виплати пенсіонерам у рамках Загальної федеральної програми, медичне обслуговування в рамках медичної програми Medicare, пенсійне забезпечення військовослужбовців, залізничників; компенсації з безробіття, а 1/3 – на фінансування програм допомоги бідним (продовольчої, грошової – повністю непрацездатним інвалідам, сім'ям, які потребують), а також на розширення доступності освітніх, медичних, соціальних послуг.

Проте ця система соціального страхування далеко не всеохопна. Відсутнє державне страхування у зв'язку з хворобою, вагітністю і пологами. Усе це разом із високою вартістю медичного обслуговування підвищує вартість життя населення. Приватна система страхування від соціальних ризиків охоплює за виключенням медичного страхування втричі менше людей, ніж державна.

3.2. Пошук оптимального варіанта системи соціального забезпечення США

За оцінками американських експертів, система соціального забезпечення у США нині перебуває в критичному стані. Так, на думку фахівців дослідного центру Heritage foundation, якби ця система була приватним підприємством, то її давно вже б оголосили банкрутом. За прогнозними даними, обсяг фінансових зобов'язань адміністрацій соціального забезпечення перед населенням держави перевищить обсяг доходів з 1997 по 2075 рр. на 160 трлн. дол..

Для виходу з кризи пропонується чотири підходи до реформування соціальної сфери, кожний з яких реалізується через відповідні принципи.

Перший принцип – “Не завдай шкоди” – згідно з яким не повинні піддаватися змінам як соціальні пільги, так і критерії відбору їх отримувачів.

Його прибічники заявляють про необхідність підтримки механізму відображення та врахування темпів інфляції, динаміка змін індексу цін на споживчі товари в показнику “Вартість життя”, що дозволили б зробити населення менш вразливим до коливань економіки. Це дозволить вдатися до незначного коригування з метою підвищення доходів. Досягти цього можливо шляхом збільшення тієї частки заробітку працюючих, з якої утримується податок із соціального забезпечення.

Важливим джерелом збільшення надходжень з наступним їх розподілом на пенсійні програми вважається економічне піднесення, прискорення темпів якого є одним із основних завдань держави. Вагомий аргумент на користь такого підходу полягає в тому, що зараз американці більше ніж будь-коли мають потребу в таких програмах через ненадійність приватних компаній, які сплачують їм пенсії. Крім того, багато літніх осіб у США встигли накопичити значно менше, ніж необхідно для забезпечення гідної старості.

Критики ж вважають, що ідея про високі темпи економічного піднесення, що дозволить забезпечити достатню кількість податкових надходжень для підтримання необхідного рівня надання пільг, є нереалістичною. Сьогодні американські пенсіонери отримують пільги, вартість яких у 2-5 разів перевищує суму, яку вони та їх роботодавці сплачували до загального пенсійного фонду. Подальше ж зростання вартості пільг пенсіонерам вимагає значного підвищення податкових ставок.

Другий принцип “Підвищення стійкості системи” полягає в перебудові системи соціального страхування. Для цього слід зменшити ступінь кореляції показника вартості життя та індексу споживчих цін, а також зменшити пільги для пенсіонерів з високими доходами. Також пропонується поступове збільшення вікового цензу, що передбачає отримання пенсійних пільг, а також підвищення ставки податків на соціальне забезпечення, що сплачуються як службовцями, так і їх роботодавцями.

Аргументи “за”: потрібна відповідність між наданням пільг і критерієм вибору категорії осіб, які отримують ці пільги. Державні пільги повинні одержувати особи, які їх дійсно потребують. Надання пільг заможним пенсіонерам є недозволеним марнуванням державних коштів. Система не може бути стабільною до того часу, поки не будуть зменшені пільги або збільшені податки.

Однак, у разі зменшення пільг, багато пенсіонерів опиниться у важкому фінансовому становищі. Зменшення пільг для одних та збільшення їх для інших пенсіонерів може підірвати основи системи соціального забезпечення, що має універсальний характер. Крім того, різниця між категоріями одержувачів пільг може спричинити негативний вплив на людей, які ведуть відносно скромний спосіб життя.

Третій принцип “Інвестиції у фондовий ринок”, суть якого - у вкладанні одержаних від податків із соціального забезпечення коштів у приватний сектор. Цей підхід пропонує інвестування накопичених системою соцзабезпечення коштів у фондовий ринок з метою подальшого їх примноження для задоволення потреб і надання пенсіонерам усіх необхідних пільг. У разі обвалу фондового ринку це стане державною гарантією пенсіонерам.

Суттєвим аргументом життєздатності такого підходу є те, що віддача від приватних інвестицій в основному набагато перевищує доходи, отримувані від продажу державних облігацій. Вважають, що його реалізація допоможе створити найбільший фонд соціального забезпечення. Крім того, зростання фондового ринку стимулюватиме розвиток приватного сектору, що, у свою чергу, спричинить значне економічне піднесення.

Негативним у цьому випадку є те, що ринок має тенденцію до непередбачуваних коливань. У разі його кризи для мільйонів американців отримання будь-якого доходу стане проблематичним.

Четвертий принцип “Особиста відповідальність” передбачає повну відмову держави від підтримки людини в пен-

сійному віці. Його прихильники вважають, що систему соціального забезпечення слід замінити створенням обов'язкових заощаджувальних рахунків для кожного працівника. Самі працюючі та їх роботодавці відраховуватимуть на цей рахунок кошти задля їх подальшого використання після виходу на пенсію. Також пропонується продовжити виплату допомоги найбільш бідним пенсіонерам та забезпечити їх необхідною медичною допомогою.

Аргументи “за” відображають американську традицію максимізації персональної відповідальності та обмеження ролі держави. Пенсіонери зможуть відчувати себе, дійсно, забезпеченими, тому що їх доходи не будуть піддаватися будь-якому впливу з боку уряду. Створення такого механізму викличе збільшення особистих заощаджень, що, у свою чергу, стимулюватиме розвиток економіки, а ці кошти будуть трансформуватися в інвестиції, тобто у створення нових робочих місць.

Вагомим аргументом “проти” є те, що забезпечення потреб громадян похилого віку є зобов'язанням суспільства та держави. Особи, які більше не можуть підтримувати своє існування, заслуговують право на піклування та турботу з боку суспільства.

Перехід від державної системи соціального забезпечення до приватної призведе до розколу між різними поколіннями громадян. Більше того, це створить складні умови для першого покоління, що підпаде під дію нової системи.

Крім того, в країні поки що відсутній конкретний механізм реалізації такого переходу та гарантії того, що приватних заощаджень буде достатньо для покриття потреб пенсіонерів. Внаслідок зазначеної реформи досить серйозно постраждають американці з низьким рівнем доходів. Для задоволення потреб цієї групи громадян похилого віку виникла необхідність у створенні нових благодійних програм.

Загалом суть нових підходів до вдосконалення системи пільг у США полягає у:

- встановленні податків на пільги із соціального забезпечення;
- зниженні пільг для пенсіонерів з високими доходами;
- посиленні (послабленні) залежності показника “вартість життя” від темпів інфляції та споживчих цін на товари;
- спрямуванні коштів, отриманих від податків із соціального забезпечення, до фондового ринку для подальшого накопичування коштів для пенсіонерів;
- створенні обов'язкових заощаджувальних особових рахунків для кожного працівника, куди він може переказувати гроші;
- продовженні виплати допомоги бідним пенсіонерам.

Тобто, відстежуються елементи перерозподілу накопичувальних коштів соціального забезпечення від багатих до бідних прошарків населення, а також непопулярні заходи. Як наприклад, послаблення кореляції показника “вартість життя” від зростання цін, інфляційних процесів та перекладання відповідальності за соціальний захист у кризових ситуаціях з держави безпосередньо на працівника.

Раціональним зерном у цих підходах є вкладання податкових коштів у фондовий ринок, що, безумовно, приведе до збільшення видатків на соціальні потреби та певною мірою сприятиме економічному піднесенню.

Однак застосування подібного досвіду в Україні потребує окремого вивчення та розробки такого механізму його впровадження, який би виключав негативні наслідки кризової ситуації на фондовому ринку.

3.3. Пенсійне забезпечення

Державні гарантії пенсійного і медичного обслуговування літніх, включаючи тривалий догляд, допомогу у пошуку і збереженні робочого місця при бажанні і здатності працювати після виходу на пенсію, різні податкові пільги, а також розвиток приватних пенсійних планів, розповсюдження приватних пенсійних рахунків сприяли зміцненню економічної незалежності пенсіонерів, перетворенню їх на найбільш соціально захищену вікову групу населення США, а отже і зниженню їх залежності від соціальної підтримки.

Таким чином, головною особливістю системи соціального страхування в США є її спрямованість на соціальну підтримку пенсіонерів.

У 2000 р. рівень бідності серед осіб віком 65 років і старше складав 10,2%, тобто був найнижчим за всю історію його розрахунку.

США має лише тільки перший (система державного соціального забезпечення) та третій (система добровільних приватних пенсійних фондів) рівні пенсійної системи, і не мають другого рівня обов'язкових пенсійних фондів.

Основним документом, який забезпечує соціальну захищеність пенсіонерів, є Загальна федеральна програма (ЗФП), яка охопила в кінці 90-х років 95% робочої сили. За 1950-2001 рр. чисельність тих, хто отримував допомогу, збільшилася з 3,5 млн. до 45,3 млн. чоловік. Для 2/3 американців, які досягли 65 років, виплати за лінією ЗФП складають щонайменше до 40% сукупних доходів пенсіонерів.

ЗФП належить до розподільчого типу пенсійних систем.

Виплата допомоги здійснюється по мірі надходження внесків. Пенсіонери одержують кошти нині працюючих. Податки, які стягуються з сьогоднішніх працівників, формують фонди поточних виплат пенсійної допомоги одержувачам. Цю систему називають «pay-as-you-go system» (плати по мірі отримання). Особи, які дають внески до фонду соціального страхування, віддають частину своєї заробітної плати на користь тих, хто на даний момент отримує пенсію за принципом «солідарності поколінь». Коли сьогоднішні платники внесків вийдуть на пенсію, то одержуватимуть її за рахунок внесків наступного покоління працівників.

Кошти, які спрямовуються в пенсійні фонди у вигляді податків на соціальне страхування, майже не затримуючись на пенсійних рахунках, надходять у розпорядження пенсіонерів у вигляді щомісячних пенсійних витрат. У зв'язку з несприятливими демографічними тенденціями фінансові можливості існуючої пенсійної системи вичерпуються, незважаючи на збільшення за останні 50 років ставки пенсійного податку у 6,2 рази до рівня 12,4%.

Станом на 2000 р. у фондах державного соціального страхування ЗФП надходження перевищують виплати. За прогнозами, перевищення збережеться до 2012 р.

Частка інвестиційного доходу у загальних надходженнях фондів ЗФП складала у другій половині 90-х років приблизно 9,5%. Однак у накопичувальних системах зростаюча частина фондозабезпечення в умовах сприятливої економічної ситуації формується за рахунок інвестиційного доходу.

Якщо в умовах тривалого економічного росту 90-х рр. у розподільчій системі ЗФП інвестиційний дохід складав у другій половині 90-х рр. 9,5% загальних надходжень, то в накопичувальних системах, орієнтованих на інвестиційні програми, зростання складало від 40% до 70%.

У другій половині 90-х рр. у США дебатовалися плани принципового реформування ЗФП – часткової приватизації і посилення інвестиційної складової. Можлива приватизація державної пенсійної системи стала предметом гострих міжпартійних дискусій у передвиборчій компанії 2000 р. Демократи є прихильниками збереження державної пенсійної системи і розвитку додаткових ощадних пенсійних планів. Республіканці, виступаючи за часткову приватизацію державної системи пенсійного страхування, пропонують частину обов'язкових податків з заробітної плати, що спрямовуються до фонду пенсійного страхування, переводити на особові ощадні пенсійні рахунки, власники яких зможуть інвестувати

суми, які накопичуються, в акції приватного ринку.

Кожен громадянин США може самостійно вирішувати, коли йому виходити на пенсію з урахуванням установлених трьох категорій пенсійного віку: 62 роки (ранній пенсійний вік), 65-67 років (нормальний пенсійний вік), 70 років (пізній пенсійний вік).

Вік виходу на пенсію – 62 роки як для чоловіків, так і для жінок, які мають трудовий стаж не менше ніж вісім років і платили внески в фонди державного соціального страхування. При виході на пенсію не в 62, а в 65 років пенсія збільшується на чверть (у США, як і в більшості країн Заходу, розмір пенсії коливається від 50 до 80% від передпенсійного доходу). Пенсіонери мають право працювати. Для осіб, старших за 65 років, немає обмеження на розмір пенсії, якщо заробіток не перевищує 860 доларів на місяць. За кожні 3 долари, зароблені вище від цієї суми, розмір пенсії зменшується на долар.

Непрацююча дружина пенсіонера та його неповнолітні діти мають право на одержання додаткової допомоги в розмірі до половини його пенсії кожному утриманцю. Розлучена жінка, яка прожила з чоловіком понад 10 років і не вийшла більше заміж, отримує пенсію (по старості чи як вдова) на правах дружини.

Американці можуть забезпечити собі три види пенсій: державну, недержавну за місцем роботи і недержавну за місцем роботи та недержавну індивідуальну через самостійне відкриття особових пенсійних рахунків.

Недержавні пенсійні фонди (НПФ) у США виконують дві основні функції: роль соціального стабілізатора і головного джерела “довгих грошей”, за рахунок яких фінансуються довгострокові інвестиції. У 2001 р. приблизно 27% усіх фінансових активів у США знаходилося під контролем пенсійних фондів. Американцями було вкладено в НПФ понад 10 трлн. дол. США, що складає 305 сукупних активів населення (у три рази більше, ніж вкладено у банківські депозити).

НПФ пропонують пенсійні програми як з установленими виплатами, так і з установленими внесками. За останні двадцять – тридцять років швидкими темпами зростали обсяги залучених коштів за програмою з установленими внесками, які зазвичай фінансуються підприємцями та найманими працівниками в рівних частках.

Інвестиційна політика НПФ суворо контролюється державними органами. НПФ у США інвестують свої ресурси, у першу чергу, в цінні папери корпорацій, державні цінні папери та акції (паї) взаємних фондів. Дохідність НПФ, як правило, істотно перевищує дохідність банківських депозитів.

3.4. Медичне страхування у США

У США існує система медичного страхування, що базується на сполученні центрального страхового фонду з мережею місцевих незалежних страхових організацій. Кошти акумулюються в центральному фонді, що не несе адміністративних функцій, а потім розподіляються страховим організаціям на основі законодавчо затвердженої форми розрахунків. Ця система діє в США в частині програм “Медикер” та “Медикейт”. Ці системи охоплюють більш ніж 20% населення. Групове страхування за місцем роботи складає 58% населення, добровільне медичне страхування не за місцем роботи - 2%. Біля 15% населення не мають доступу до медичного страхування, бо належать до малозабезпечених, безробітних та бездомних сімей. Наявність роботи не гарантує отримання медичної страховки. Найбільш широко медичним страхуванням охоплені працівники промисловості, державні службовці, члени профспілки, робітники, що працюють повний робочий день. Втрата робочого місця автоматично призводить до втрати медичної страховки.

Таким чином, у США медичне страхування тісно пов'язане із трудовою діяльністю. Економіка медичного обслуговування в цій країні – парадоксальне об'єднання недоліків та надмірностей. США витрачають на охорону здоров'я 11,5% валового прибутку – більш ніж будь-яка інша країна в світі і в той же час більш ніж 15% американців не мають ніякого фінансового захисту від великих витрат на медичну допомогу у зв'язку з відсутністю у них страхових медичних полісів.

Приватна система медичного страхування США характеризується децентралізованістю, високим розвитком інфраструктури страхових організацій і відсутністю державного регулювання.

Для більшості населення США страхування здоров'я є приватною справою кожного. Добровільною приватною формою медичного страхування охоплено понад 80% населення. У США приблизно 1500 приватних страхових компаній. З них дві найбільші, що займаються лише страхуванням здоров'я – “Синій Хрест” та “Синій щит”. Це приватні страхові компанії, які займаються лише добровільним страхуванням, одержуючи при цьому прибуток. Вони проводять добровільне медичне страхування, яке забезпечує відповідно оплату госпіталізації або лікарської амбулаторної допомоги та медичних послуг для їх членів, що мешкають у даному районі. На сьогодні діють численні асоціації товариств, що сплачують за всі види медичної допомоги.

3.5. Соціальне страхування від безробіття

Безробіття є гострою проблемою будь-якої держави з ринковою економікою. Крім соціального, психологічного, економічного аспектів, вона має фінансовий аспект, пов'язаний з формуванням спеціальних фондів, кошти яких використовуються на виплату допомоги безробітним.

Страхування на випадок безробіття є ще одним видом соціального страхування. Воно охоплює 90% всіх працюючих, осіб і здійснює виплату допомоги в період вимушеного безробіття.

Соціальне страхування від безробіття в США є окремою системою, яка не має загальнонаціонального характеру і функціонує на рівні штату. При чому, відрізняючись певними деталями від систем інших штатів. Отже, усі штати повинні мати розроблені й функціонуючі програми забезпечення роботою, а також консультаційні центри із працевлаштування. В період економічного спаду федеральні органи законодавчої та виконавчої влади продовжують строк дії отримання допомоги по безробіттю і виділяють додаткові кошти на ці потреби. На рівні штатів допомогу у страхуванні від втрати доходу (від безробіття) також забезпечують так звані компенсаційні програми для працівників, які, крім компенсації за втрату роботи, забезпечують і оплату медичного обслуговування.

Фактично усі працівники приватного сектору охоплені системою страхування від безробіття того чи іншого штату. Якщо вони стають безробітними, їхнє право на отримання страхової допомоги залежить від терміну попереднього перебування на ринку праці (стажу роботи) та причини безробіття.

У кожному штаті вимагають від безробітного довести його «постійну» приналежність до робочої сили, устанавлюючи критерії у вигляді мінімального заробітку або відпрацьованих тижнів протягом певного базового періоду. В усіх штатах працівники, яких звільнили і які відповідають критеріям приналежності до ринку праці, мають право на отримання страхової допомоги безробітним. Працівники, які залишили роботу з власної ініціативи, мають право на допомогу лише в окремих випадках. І, нарешті, працівники, що вперше або повторно вступили до лав робочої сили, а також такі, що були звільнені з певним обґрунтуванням, не мають права на отримання допомоги.

Ті, хто має право на допомогу, починають її отримувати після періоду очікування, який у більшості штатів дорівнює одному тижню. Розмір допомоги залежить від рівня попереднього заробітку безробітного. Усі безробітні, що відповідають

встановленим вимогам, отримують принаймні мінімальну допомогу.

Якщо попередній заробіток досягав установленого у штаті критичного для нарахування допомоги рівня 3 min або перевищує його, розмір допомоги пропорційно збільшується до заробітку. Коли ж заробіток досягав певної межі (3 max), допомога більше не зростає, а залишається на рівні D max. У 13 штатах виплачується допомога й на утриманців безробітного, але у деяких з цих штатів сукупна допомога на родину обмежується рівнем D max.

Про рівень компенсації безробітному попереднього заробітку за рахунок страхової допомоги говорить коефіцієнт заміщення, що являє собою відношення розміру допомоги до розміру цього заробітку. Значення цього коефіцієнта залежить від розміру попереднього заробітку. У діапазоні між 3 min і 3 max, де його значення постійне, у більшості штатів підлягає компенсації приблизно 50% від попереднього заробітку. Розмір допомоги безробітним, що мали високі заробітки, значно менший від цих 50%, а тим, хто мав порівняно низькі заробітки – більший від 50%.

Після встановлення страхової допомоги можливість отримувати її у подальшому залежить від активності самого безробітного у пошуку роботи, хоч ця активність оцінюється по-різному в різних штатах. Існує і максимальна тривалість отримання допомоги, що є фіксованою в деяких штатах, а ще в деяких штатах вона поставлена в залежність від терміну перебування на ринку праці (для працівників з більшим стажем вона більша). Окрім того, конгрес США періодично приймає тимчасові закони щодо продовження терміну отримання допомоги безробітними у штатах з високим рівнем безробіття. Декілька років тому максимальна тривалість отримання допомоги складала 52 тижні.

Страхова допомога безробітним фінансується за рахунок податку на заробітну плату. В усіх штатах, крім чотирьох, внески у фонд страхування від безробіття вносять роботодавці (хоч це і не означає, що весь тягар податку несуть вони). Ставка оподаткування роботодавця з цього приводу визначається такими чинниками: загальними економічними умовами у штаті, галуззю промисловості, до якої належить підприємство, а системою звільнення працівників, що склалася у даного роботодавця. Вплив останнього чинника по-різному визначається у різних штатах, але виходить з того, що вища ставка має установлюватися для тих роботодавців, які частіше звільняють працівників.

3.6. Страхування від виробничого травматизму і професійних захворювань

У зв'язку з високим рівнем виробничого травматизму і розповсюдженням професійних захворювань у США існує ряд програм страхування, в основному на рівні штатів. Єдина федеральна програма в цій сфері передбачає виплати шахтарям, які страждають від професійного захворювання „чорні легені”, і членам їх сімей. Програма була введена федеральним законом про безпеку праці на шахтах (1969) і діє з 1970 р., фінансується за рахунок коштів федерального бюджету.

У більшості штатів законодавство встановлює відповідальність підприємців за травму, яку робітник одержав на виробництві, і визначає рівень відшкодування, тривалість виплат з тимчасової непрацездатності, а також розміри компенсації сім'ї загиблого у результаті нещасного випадку на виробництві. Рівень відшкодування визначається у процентному співвідношенні до заробітної плати працівника і складає не більше 2/3 від неї. Основна частина грошової компенсації виплачується не підприємцями, а приватними страховими компаніями, оскільки більшість підприємців заздалегідь страхується від подібних випадків. У деяких штатах створені спеціальні страхові фонди за рахунок податку з підприємців, з яких влада штатів виплачує страховку потерпілим та членам їх сімей. За останні роки зросла кількість робітників, зайнятих на небезпечних виробництвах, які надають перевагу самострахуванню від нещасних випадків в приватних страхових фірмах. У більшості штатів закони про відповідальність підприємців за професійні захворювання або взагалі відсутні, або охоплюють дуже вузьке коло цих захворювань.

Питання для самоконтролю

1. Яким чином організовано систему соціального страхування США?
2. Що є законодавчою основою побудови системи соціального страхування?
3. За якими основними напрямками надається соціальна допомога населенню?
4. Назвіть основні проблеми системи соціального забезпечення США та обґрунтуйте оптимальний варіант їх вирішення.

5. Які рівні включає система пенсійного забезпечення США?
6. У чому полягає призначення Загальної федеральної програми (ЗФП)?
7. За яким принципом функціонує ЗФП?
8. Опишіть сучасний стан надходжень та виплат за пенсійним страхуванням у США.
9. За якими програмами здійснюється медичне страхування у США?
10. Яка частина населення є захищеною медичним страхуванням?
11. Назвіть найбільш відомі приватні компанії США, які займаються страхування здоров'я.
12. Які фонди є основою програми соціального забезпечення від безробіття?
13. Яким чином здійснюється фінансування національної програми соціального забезпечення на випадок безробіття?
14. Які програми страхування від нещасного випадку на виробництві використовуються у США?
15. Яким чином фінансуються виплати потерпілим від нещасного випадку на виробництві?

Тести для самоконтролю знань

1. Систему соціального страхування США побудовано таким чином:
 - а) існує єдина загальнонаціональна система соціального страхування;*
 - б) існує ряд різного роду соціальних програм;*
 - в) кожен штат має свою систему соціального страхування.*
2. Законодавчою основою соціального страхування США є:
 - а) Закон про соціальне забезпечення, прийнятий Конгресом у 1935 р.;*
 - б) OASDI;*
 - в) Загальна федеральна програма (ЗФП).*
3. Програма Medicare передбачає:
 - а) медичне страхування всіх громадян;*
 - б) медичне страхування для осіб пенсійного віку;*
 - в) пенсійне страхування всіх громадян.*

4. Система соціальної безпеки США включає дві основні форми:
- а) соціальну допомогу і державне страхування;*
 - б) соціальну допомогу і соціальне страхування;*
 - в) соціальне страхування і державну допомогу.*

5. Фінансовою основою програм соціального страхування є внески:

- а) працівників, роботодавців і держави;*
- б) працівників і роботодавців;*
- в) працівників і держави.*

6. Основна проблема системи соціального страхування в США полягає у такому:

- а) демографічна криза служить причиною нестачі внесків працюючих для здійснення виплат пенсій;*
- б) високий темп народжуваності служить причиною потреби у значних виплатах допомоги з материнства;*
- в) загальна нестача коштів для виплати соціального забезпечення.*

7. Система соціального страхування США не передбачає страхування:

- а) виробничого травматизму*
- б) по хворобі, у зв'язку з вагітністю та пологами;*
- в) від безробіття.*

8. Загальна федеральна програма – це:

- а) основний документ, що забезпечує соціальну захищеність громадян США;*
- б) основний документ, що забезпечує соціальну захищеність пенсіонерів;*
- в) програма перепису населення.*

9. У пенсійній системі США відсутній такий рівень:

- а) державне соціальне забезпечення;*
- б) обов'язкове пенсійне страхування;*
- в) добровільні внески до приватних страхових фондів*

10. Американці не можуть забезпечити собі таку пенсію:

- а) державну накопичувальну;*
- б) недержавну за місцем роботи;*
- в) недержавну індивідуальну через відкриття особистого пенсійного рахунку.*

11. Соціальне забезпечення за програмою OASDI здійснюється двома трастовими фондами:

а) *«Пенсійне страхування та медичне страхування» і «Страхування на випадок інвалідності (непрацездатності)»;*

б) *«Страхування людей похилого віку та у зв'язку зі втратою годувальника» і «Страхування на випадок інвалідності (непрацездатності)»;*

в) *«Страхування людей похилого віку та у зв'язку із втратою годувальника» та «Пенсійне страхування та медичне страхування».*

12. Програмою OASDI керує:

а) *Управління з пенсійного забезпечення;*

б) *Агенція з медичного забезпечення;*

в) *Управління з соціального забезпечення.*

13. Страхування від безробіття фінансується і здійснюється:

а) *на загальнонаціональному рівні;*

б) *на рівні окремих штатів;*

в) *на рівні окремих підприємств.*

14. Програма фінансування виплат постраждалим від захворювання «чорні легені» передбачає виплати:

а) *людям, легені яких постраждали від тривалого паління;*

б) *шахтарям;*

в) *людям, які постраждали від Чорнобильської катастрофи.*

15. Основна частина грошової компенсації по страхуванню від виробничого травматизму та професійних захворювань виплачується:

а) *підприємцями;*

б) *приватними страховими компаніями;*

в) *державою.*

ТЕМА 4. СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЯПОНІЇ

4.1. Загальна характеристика системи соціального страхування Японії.

4.2. Система пенсійного забезпечення.

4.3. Страхування здоров'я.

4.4. Інші види допомоги.

4.1. Загальна характеристика системи соціального страхування Японії

Японська система соціального захисту являє собою два напрями :соціальну підтримку у формі прямої допомоги тим, хто потребує (оплачується з суспільних фінансових ресурсів), а також виплату страховок на випадок непередбачених обставин оплачується з фондів, що утворюються за рахунок внесків приватних осіб і роботодавців плюс суспільні субсидії. Витрати на соціальний захист зростають і це перетворюється на проблему при складанні державного бюджету.

У 90 рр. ХХ ст. в Японії було створено нову систему соціального захисту, щоб протистояти демографічним тенденціям, що проявляється у скороченні народжуваності та зростанні старіння суспільства. Наприклад, у грудні 1994 р. урядом було сформульовано так званий «Янгольський план» (допомога по догляду за дітьми). Він закріпив практику догляду за дітьми віком до трьох років у дитячих садках і розповсюдив її на весь дошкільний період. Не забули й літніх. У квітні 2000 р. уряд почав розробку системи страхування на випадок забезпечення літніх доглядом на дому.

У державному бюджеті країни передбачено п'ять категорій соціальної підтримки: захист життя, соціальне забезпечення, соціальне страхування, підтримка здоров'я та гігієни. У 1997 р. на соціальний захист було виділено 69,4 трлн. єн, або 17,8% національного доходу.

Соціальне забезпечення передбачає фінансову та іншу підтримку літніх, фізично і розумово неповноцінних людей, самотніх матерів та їх утриманців, а також осіб, які мають захворювання, що офіційно вважаються важковиліковуваними. У 1999 р. на соціальне забезпечення було виділено 4,58 трлн. єн або 28,5% всього бюджету соціального захисту.

До системи соціального забезпечення Японії входять: сус-

пільна допомога, соціальне обслуговування і суспільна охорона здоров'я. До неї також належить створена у 1974 р. самостійна служба охорони здоров'я літніх.

Головною ланкою всієї системи є соціальне страхування, завданням якого є забезпечення громадян на випадок тимчасової або постійної непрацездатності. Воно здійснюється за рахунок створюваних в обов'язковому і добровільному порядку страхових фондів, що формуються зі страхових внесків населення і роботодавців, а також державних коштів. Поряд зі складністю організаційної структури соціальне забезпечення в Японії відрізняється ще й подрібненням ланок, які входять до нього. Так, у межах пенсійної системи діють до десяти відносно самостійних режимів забезпечення громадян за одними й тими ж видами постійної непрацездатності. Таке становище породжує відмінності у розмірі й умовах одержання тих чи інших видів забезпечення для окремих категорій населення.

Система соціального страхування в Японії набрала чинності у 1927 р. згідно з прийнятим Законом про страхування здоров'я. Систему було покращено у перші післявоєнні роки, а з 1961 р. усі громадяни Японії охоплені страхуванням здоров'я і пенсіями. Державний бюджет на 1999 р. передбачав 9,49 трлн. єн на соціальне страхування, що складало 59% всіх видатків на соціальний захист.

Завдяки державним заходам (найбільш значні реформи мали місце у 1973 а 1983 рр.) у 70-80-ті рр. у системі соціального забезпечення Японії відбулися зміни: підвищено розмір виплат, розширено охоплення населення окремими видами забезпечення, здійснено спроби подолати дробність системи. Значно змінилася її структура: як і в інших розвинутих країнах, в Японії пенсійна система перетворилася на провідну галузь соціального забезпечення, що має велике значення через прискорення процесу «старіння» населення країни.

4.2. Система пенсійного забезпечення

Середня тривалість життя японців значно зросла за післявоєнний час. У кінці ХХ ст. вона склала понад 84 роки для жінок та понад 77 років для чоловіків. Обидва показники є рекордними для сучасного світу. Відповідно зростає і пропорція літніх людей у загальній кількості населення. У жовтні 1998 р. в Японії нараховувалося 20,5 млн. чоловік віком 65 років і

старше (16,2% всього населення). Питома вага літніх людей зростає в Японії швидше, ніж у будь-якій іншій країні. Спеціалісти прогнозують, що пропорція людей старшого віку в 2015 р. досягне 25,2% загальної кількості населення.

Уже сьогодні у малонаселених районах Японії від 20% до 30% населення - літні люди. Є 5 млн. сімей, які складаються тільки з літніх людей або з літніх людей та молоді віком до 18 років (це 11,5% від загальної кількості сімей).

Щоб подолати прогнозоване зростання соціального забезпечення літніх, Міністерство охорони здоров'я і добробуту зробило у 1989 р. так званий «Золотий план», розрахований на 10 років. У ньому намічено ряд важливих заходів для забезпечення потреб цієї категорії населення. Цей план було переглянуто у грудні 1994 р. у бік розширення соціального забезпечення, і він одержав назву «Нового Золотого плану». Строк його дії визначено з 1995-го року по 1999 фінансовий рік.

«Новий золотий план» передбачав розширення кількості помічників, які обслуговують літніх на дому з 136,6 тис. чоловік у 1998 р. до 170 тис. чоловік. Одночасно було збільшено кількість місць у спеціальних будинках для літніх до 290 тис. (на березень 1998 р. в таких будинках нараховувалося 262,9 тис. місць).

Японія має дві основні системи суспільних пенсій: систему національних пенсій (або пенсій добробуту) і систему пенсійного страхування працевлаштованих.

Більшою з цих двох систем є система «пенсій добробуту», створена у 1941 р. Страховий фонд системи утворюється за рахунок внесків, відраховуваних від заробітку у розмірі приблизно 11,3-13,6%, одну половину їх вносять страхувальники, а другу – роботодавці. Держава доплачує 20-25% суми пенсій. Пенсії надаються за старістю, з інвалідності та на випадок втрати годувальника. При цьому передбачена можливість передачі частини коштів до спеціального фонду, що використовується з метою збільшення розміру пенсійних виплат. Він формується на основі внесків приватних компаній і держави, але кошти, які перераховуються компаніями, мають перевищувати державні як мінімум на 30%.

Другою частиною системи пенсійного забезпечення Японії є пенсійні системи товариств взаємної допомоги, що організують страхування роботи службовців центральних та місцевих органів влади, працівників приватних учбових закладів, членів сільськогосподарських кооперативів, а також моряків. Розмір страхового внеску становить близько 10,2-16,3% і за-

звичай складається з рівних внесків страхувальників і роботодавців. Держава доплачує 16-18% суми пенсії. Розмір пенсії в цих обсягах вищий, ніж у системі пенсій добробуту.

Переглянутий у 1986 р. «Закон про пенсії» передбачає виплату базової пенсії всім категоріям пенсіонерів. Усі пенсіонери, окрім тих, хто одержує національні пенсії, користуються додатковими виплатами, передбаченими цими пенсійними схемами. Крім того, є ще і Фонд національних пенсій, з якого здійснюються аналогічні доплати й для осіб, які отримують національні пенсії. У квітні 1999 р. середня величина пенсії, що виплачується за пенсійним страхуванням працевлаштованих, складала 238 150 єн на місяць.

Державна казна Японії оплачує третину базової пенсії. Останні дві третини цієї суми, а також доплати до пенсій оплачуються з коштів, одержуваних від відрахувань учасників пенсійного страхування. Національну пенсію виплачують з 65 років, а за пенсійним страхуванням працевлаштованих – як правило з 60 років.

Однак передбачається, що старіння японського суспільства порушить теперішній баланс між надходженнями і виплатами у пенсійній системі. Тому «Закон про пенсії» був переглянутий ще раз. Тепер він передбачає поступове підвищення віку виходу на пенсію для працевлаштованих з 65 років. Одночасно законом встановлено, що у віці від 60 до 65 років працевлаштовані можуть отримувати часткову суму пенсій у залежності від додаткових виплат спеціально на ці цілі в системі пенсійного страхування.

На сьогодні в Японії впроваджуються індивідуальні накопичувальні рахунки з фіксованими внесками.

4.3. Страхування здоров'я

Японія є першою країною в Азії, де було введено у загальнонаціональному масштабі страхування здоров'я населення (1961 р.). Цьому передувало прийняття ряду законів про страхування, які забезпечили населенню компенсацію витрат на медичну допомогу, у тому числі закони «Про обов'язкове страхування службовців» (1922 р.), «Про національне страхування здоров'я» (1938 р.), «Про страхування моряків» (1939 р.), «Про страхування поденних працівників (1953 р.) тощо. Зараз медичне обслуговування в Японії фінансується переважно за рахунок фондів страхування здоров'я. Лише невеликим групам населення вона надається безоплатно за лінією медичної допомоги бідним або суспільної медичної допомоги (розповсюджується на хворих на

туберкульоз, хворих з психічними розладами та на ряд інших соціально значимих захворювань, а також літніх громадян).

В Японії діють дві головні системи медичного страхування. Перша – це страхування здоров'я працевлаштованих (існує державне і недержавне страхування, здійснюване роботодавцем або групою роботодавців) тобто, це страхування за виробничим принципом; друга – національне страхування здоров'я (здійснюване місцевими органами влади або асоціаціями національного страхування здоров'я щодо тих громадян, які не працевлаштовані) тобто страхування за місцем проживання). Переважна більшість громадян Японії користується послугами однієї з цих двох систем страхування.

Система страхування осіб найманої праці охоплює найманих працівників та їх утриманців, вона є найбільшою. В її рамках функціонує ряд програм, до яких належить:

- програма державного страхування здоров'я (де страховим агентом є сама держава);
- ця система розповсюджується на працівників малих та середніх підприємств;
- програма суспільного страхування, де в якості страхового агента виступає страхове товариство, створене спільно адміністрацією і працівниками крупного підприємства або цілої групи підприємств однієї галузі.

До системи страхування осіб найманої праці відносяться також програми страхування здоров'я моряків, сільськогосподарських та поденних працівників, ряду інших категорій робітників і службовців, а також програми чотирьох товариств (асоціацій) взаємодопомоги – службовців державних установ, працівників органів місцевого самоврядування, працівників суспільних корпорацій, вчителів і службовців приватних навчальних закладів.

Фонди страхування утворюються за рахунок внесків самих застрахованих, а також з відрахувань держави і підприємств. Розмір страхового внеску для робітників і службовців залежить від величини їх заробітку, але він не повинен перевищувати певну межу.

На кінець березня 1998 р. ситуація з медичним страхуванням у Японії була такою: системою державного страхування здоров'я працевлаштованих було охоплено 37,9 млн. чоловік (40,84%), системою національного страхування здоров'я – 44,3 млн. чоловік (47,74%), іншими системами – 10,6 млн. чоловік (11,42%).

Сучасний стан суспільного здоров'я Японії характеризується дуже високими показниками: очікувана тривалість

життя – 80 років – найвища для розвинутих країн світу. Дитяча смертність – 4,4 випадки на 1000 немовлят – найнижча у світі. Ці успіхи обумовлені високим рівнем організації медичного страхування в Японії, що базується на національній системі обов'язкового медичного страхування. Висока тривалість життя в Японії змусила Міністерство охорони здоров'я і добробуту приділити особливу увагу проблемі організації допомоги і догляду вдома за людьми похилого віку.

4.4. Інші види допомоги

Захист життя. Захист життя являє собою таку систему, за якою держава гарантує мінімальний рівень забезпечення життя для тих, хто настільки бідний, що не може робити цього самостійно. Система захисту життя передбачає сім категорій допомоги: на життя, на житло, на освіту, на медичне обслуговування, на забезпечення материнства, на забезпечення зайнятості, на поховання.

У 1999 р. асигнування на захист життя склали 1,12 трлн. єн, або 7,2% всього бюджету соціального захисту. Базисна місячна допомога по захисту життя для стандартної сім'ї з трьох чоловік у Токіо та інших великих містах Японії кінці ХХ ст. складала 163,8 тис. єн, що означало його збільшення на 16,4% у порівнянні з 1990 фінансовим роком.

Допомога по безробіттю. Заходи боротьби з безробіттям включають в себе страхування від безробіття (воно передбачає виплати в розмірі 60-80% від попереднього заробітку), а також систему субсидій для підтримки зайнятості (виплата двох третин витрат через зупинку виробництва власникам малих підприємств, що змушені через економічні причини скорочувати виробництво; крупним підприємствам в аналогічній ситуації виплачується половина витрат).

Забезпечення дітей. Основою програми забезпечення дітей є переглянутий Закон про дитячу допомогу, який діє з 1992 р. Згідно з цим законом кожна сім'я, що підпадає під його статті, одержує щомісячно по 5 тис. єн на першу й другу дитину та по 10 тис. єн – на кожну наступну. Допомога виплачується до досягнення дитини трирічного віку.

Величина допомоги самотнім матерям залежить у Японії від кількості дітей у сім'ї. Якщо батьки розведені або живуть окремо з іншої причини, самотня мати одержує 42,37 тис. єн на дитину щомісяця. Крім того, вона одержує доплату 5 тис. єн на другу і 3 тис. єн на кожну наступну дитину. У березні 1997 р. допомогу на дітей одержували 649,8 тис. сімей.

Одинокі матері, що потребують, можуть також отримувати позики зі спеціального фонду під низькі проценти або взагалі без процентів.

Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні складові системи соціального забезпечення Японії.
2. Які категорії соціальної підтримки передбачено у державному бюджеті Японії?
3. Яка галузь є провідною у системі соціального страхування Японії?
4. Охарактеризуйте сучасну демографічну ситуацію Японії.
5. У чому полягає сутність «золотого плану»?
6. Охарактеризуйте діяльність основних систем суспільних пенсій.
7. Яким чином фінансується медичне страхування Японії?
8. Охарактеризуйте діяльність основних систем страхування здоров'я Японії.
9. У чому полягає сутність захисту життя?
10. Охарактеризуйте сучасний стан забезпечення дітей соціальною допомогою в Японії.

Тести для самоконтролю знань

1. «Янгольський план» передбачає:
 - а) виплату допомоги по догляду за інвалідами;
 - б) виплату допомоги по догляду за дітьми;
 - в) виплату допомоги по догляду за дітьми та за літніми.
2. Головне завдання системи соціального страхування Японії полягає у:
 - а) забезпеченні громадян на випадок тимчасової або постійної непрацездатності;
 - б) забезпеченні громадян з низьким рівнем доходу;
 - в) наданні матеріальної допомоги дітям до трьох років та літнім.
3. Провідною галуззю системи соціального забезпечення Японії є:
 - а) система медичного страхування;
 - б) пенсійна система;
 - в) система страхування на випадок безробіття.
4. Середня тривалість життя японців складає:

- а) 84 роки – чоловіків та 77 років – жінок;*
- б) 77 років – чоловіків та 84 роки – жінок;*
- в) 75 років – чоловіків та 78 років – жінок.*

5. «Золотий план» було розроблено з метою забезпечення потреб:

- а) працівників, які працюють в особливо небезпечних умовах;*
- б) дітей віком від 15 до 18 років;*
- в) літніх людей.*

6. Японія має такі дві системи пенсій:

- а) систему національних пенсій і систему «золотих» пенсій;*
- б) систему національних пенсій і систему пенсійного страхування працевлаштованих;*
- в) систему пенсійного страхування працевлаштованих і систему пенсій роботодавців.*

7. Державна казна Японії оплачує таку частину базової пенсії:

- а) половину;*
- б) третину;*
- в) всю базову пенсію.*

8. До систем медичного страхування Японії не належить:

- а) страхування здоров'я працевлаштованих;*
- б) недержавне пенсійне страхування хворих;*
- в) національне страхування здоров'я.*

9. Фонди страхування здоров'я утворюються за рахунок:

- а) внесків роботодавців та працівників;*
- б) державних відрахувань;*
- в) внесків роботодавців і працівників, а також державних відрахувань.*

10. Захист життя являє собою систему, яка гарантує:

- а) право на життя всіх громадян Японії;*
- б) мінімальний рівень життя для бідних;*
- в) надання медичної допомоги постраждалим від професійних захворювань.*

ТЕМА 5. ДОСВІД РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ПОСТСОЦІАЛІСТИЧНИХ КРАЇН

5.1. Історичні засади побудови систем соціального захисту пострадянських країн.

5.2. Труднощі соціального страхування у пострадянських країнах.

5.3. Досвід Росії і Казахстану у сфері соціального забезпечення.

5.4. Організація систем пенсійного страхування у постсоціалістичних країнах

5.5. Напрями реформування систем соціального страхування пострадянських країн.

5.1. Історичні засади побудови систем соціального захисту пострадянських країн

Трансформація суспільно-економічної системи Радянського Союзу, формування нової парадигми соціальної політики у країнах Союзу Незалежних Держав (надалі СНД) – ці та ряд інших причин в найбільшій мірі вплинули на зміну інституціональної бази і моделі соціального захисту. Соціалістична модель соціального забезпечення, в якій держава відіграла роль єдиного організатора і найбільшого фінансового донора, за останні 10-15 років поступово трансформується в модель, де поряд з державою важливу роль відіграють роботодавці і самі працівники, регіональні і муніципальні структури.

Ця тенденція проявляється перш за все у формуванні інституціональної бази соціального захисту на принципах соціального страхування. Фінансове забезпечення багато в чому набуло рис обов'язкових страхових внесків, зросла роль роботодавців і працівників за матеріальний добробут застрахованих, бюджети державних соціальних фондів відокремлені від державного бюджету, - усе це сприяло пом'якшенню ринкової трансформації національних економік.

Механізми й форми соціального страхування, нехай і не досить досконалі, дозволили запобігти крайнім формам бідності населення, забезпечивши прийнятне в цих умовах соціальне забезпечення пенсіонерів, залучити значні фінансові ресурси для медичної допомоги.

У багатьох випадках страхове навантаження несуть не тільки роботодавці, але й працівники. Про це свідчать розміри і структура страхових внесків у країнах СНД (див. табл. 5.1), нові механізми обліку страхових прав застрахованих осіб та нова структура органів управління (див. табл. 5.2).

Таблиця 5.1

Тарифи страхових внесків у країнах СНД і Балтії у 2002 році

Країна	Тариф страхових внесків (загальний), %		Відрахування до фондів, у % від заробітної плати												
			Пенсійного		Соціального страхування	Зайнятості		Обов'язково-го медичного страхування		Страховання у зв'язку з хворобою та материнством		Страховання від безробіття		Страховання від нещасних випадків та професійних захворювань	Страховання від інвалідності
	Роботодавці	Працівники	Роботодавці	Працівники		Роботодавці	Працівники	Роботодавці	Працівники	Роботодавці	Працівники	Роботодавці	Працівники		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Азербайджан	29,0	1,5													
Вірменія	див. ¹	3,0													
Білорусія	36,0	1,0	35,0 ²	1,0 ²		1,0									
Грузія	31,0	2,0	27,0	1,0		1,0		3,0	1,0						
Казахстан	21,0 ³	10,0 ⁴		10,0 ⁴											
Киргизстан	25,0	8,0	21,5	7,5	1,0	0,5	0,5	2,0							
Латвія	26,0 ⁹	9,0 ⁵	27,1							2,24		1,90		0,09	3,76
Литва	31,0	3,0	22,5	2,5				3,0		3,0	0,5	1,5		1,0	
Молдова	29,0	1,0	24,0	1,0	3,0	1,1				0,5 ⁶				0,4	
Росія	35,6 ³		28,0 ⁷		4,0			3,6 ⁸						0,2-8,5	

Продовж. табл. 5.1

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Таджикистан	25,0	1,0													
Узбекистан	40,0	2,5	37,3	2,5	1,2	1,5									
Україна	37,2		32,0	1,0- 5,0 ¹ ₀						2,9 ¹¹	0,25- 0,5 ¹⁰	2,1	0,5	0,2 ¹² 0,84 - 13,8 ¹³	
Естонія	33,5 ³	1,0	20,0					13,0				0,5	1,0		

¹ Соціальні внески на кожного працівника: 5,0 тис. драм при зарплаті до 20,0 тис. драм; 5,0 тис. драм при зарплаті 20,0-100,0 тис. драм 15% з суми, яка перевищує 20,0 тис. драм; 17,0 тис. драм при зарплаті понад 100,0 тис. драм та 5% від суми, яка перевищує 100,0 тис. драм

² Відрахування до Фонду соціального захисту населення

³ Соціальний податок

⁴ Обов'язковий пенсійний внесок у накопичувальні пенсійні фонди

⁵ Тариф страхових внесків з працівників включений до всіх видів соціального страхування

⁶ Внески до Фонду захисту сімей з дітьми

⁷ Внески до Федерального бюджету: 14% на фінансування базової частини трудової пенсії, 14% - на фінансування страхової і накопичувальної частин трудової пенсії

⁸ У тому числі й до Федерального фонду обов'язкового медичного страхування – 0,2%, до територіальних фондів обов'язкового медичного страхування – 3,4%.

⁹ Залежно від класу професійного ризику страхувальника, до ставки соціального податку не включається

¹⁰ Залежно від заробітної плати (доходу) працівників

¹¹ Страхування на випадок тимчасової втрати працездатності, народження і поховання

¹² Для бюджетних установ і організацій

¹³ У відповідності до класу професійного ризику виробництва, до загального тарифу страхових внесків не включені

Таблиця 5.2

Органи, які призначають та виплачують державні пенсії у країнах СНД і Балтії

Країна	Призначення пенсій	Виплата пенсій	Індивідуальний (персоніфікований) облік застрахованих осіб
1	2	3	4
Азербайджан	Державний фонд соціального захисту	Державний фонд соціального захисту	Впроваджується
Вірменія	Державний фонд соціального страхування	Державний фонд соціального страхування	У стадії розробки
Білорусія	Органи соціального захисту (Міністерство праці і соціального захисту)	Органи соціального захисту (Міністерство праці і соціального захисту)	Впроваджується
Грузія	Єдиний державний фонд соціального забезпечення	Єдиний державний фонд соціального забезпечення	У стадії розробки
Казахстан	3 солідарної пенсійної системи		
Киргизстан	Територіальні департаменти Міністерства праці і соціального захисту населення	Державний центр з виплати пенсій	Впроваджений
Латвія	3 накопичувальної пенсійної системи		
Литва	Накопичувальні пенсійні фонди	Накопичувальні пенсійні фонди	

Продовж. табл. 5.2

1	2	3	4
Молдова	Соціальний фонд	Соціальний фонд	Впроваджений
Росія	Державна агенція соціального страхування	Державна агенція соціального страхування	Впроваджений
Таджикистан	Управління фонду державного соціального страхування	Управління фонду державного соціального страхування	Впроваджений
Узбекистан	Територіальні каси соціального страхування	Територіальні каси соціального страхування	Впроваджується
Україна	Територіальні органи Пенсійного фонду	Територіальні органи Пенсійного фонду	Впроваджений
Естонія	Відділи соціального захисту населення (Міністерство праці і соціального захисту населення)	Фонд соціального захисту населення, відділи соціального захист населення	Впроваджується
Азербайджан	Районні (міські) відділи соціального забезпечення	Районні (міські) відділи соціального забезпечення	Впроваджується
Вірменія	З 1 січня 2002 року - органи Пенсійного фонду	З 1 січня 2002 року - органи Пенсійного фонду	Впроваджений
Білорусія	Департамент соціального страхування Міністерства соціальних питань	Департамент соціального страхування Міністерства соціальних питань	Впроваджений

Зараз країни СНД, так само як і Німеччина у часи Бісмарка, здійснюють перехід до соціальної ринкової економіки, заснованої на самовідповідальності і солідарній взаємодопомозі, виховання яких у громадян входить до числа пріоритетних завдань соціальної правової держави.

Варто зазначити й інші сильні сторони інституту соціального страхування, який вигідно відрізняється від інших інститутів страхового захисту:

- більш надійно і стало функціонує через масштабність страхового поля і всебічну підтримку держави;
- більш дешеве, оскільки обов'язковий згідно з законодавством характер забезпечує регулярний і масовий обсяг страхових надходжень;
- забезпечує широке коло профілактичних і реабілітаційних послуг.

Про важливе значення інституту соціального страхування у системах соціального захисту свідчить такий факт. На частку існуючих видів соціального страхування у розвинутих країнах припадає, як правило, 60-70% усіх витрат на цілі соціального захисту і приблизно 15-25% ВВП. У країнах СНД на частку соціального страхування припадає 35-40% всіх витрат на цілі соціального захисту і 4,5-7,5% ВВП. Просте зіставлення цих макроекономічних показників свідчить про те, що потенціал соціального страхування в країнах СНД залучений лише в мінімальній мірі. Його розкриття протягом найближчого десятиріччя – стратегічне завдання спільних зусиль законодавчої і виконавчої влади, об'єднань роботодавців і профспілок.

5.2. Труднощі соціального страхування у пострадянських країнах

До числа найважливіших об'єктивних, системних перешкод і труднощів формування інститутів соціального страхування спеціалісти, вчені країн СНД і міжнародні експерти включають такі:

- відсутність ретельно перевірених доктрин побудови інститутів соціального страхування, які були б органічно пов'язані з системами заробітної плати, податковими систе-

мами, політикою і станом ринку праці, демографічним становищем на сучасному етапі та його прогнозом на майбутнє;

- недостатньо розвинуті механізми демократичного управління системами соціального страхування, коли фактично відсутня паритетна участь соціальних партнерів (роботодавців і працівників) в управлінні системами і фінансами соціального страхування;

- кошти позабюджетних фондів у ряді країн СНД включені до складу державного бюджету (наприклад, значна частина єдиного соціального податку в Росії), що призводить до фінансування виплат нестрахового характеру, використання їхніх страхових фінансових ресурсів не за прямим призначенням та порушення принципу адекватності (залежності) рівня сплачуваної допомоги від розміру страхових внесків;

- недостатній розвиток інструментарію та інфраструктури управління соціальним страхуванням, що виражається у відсутності офіційно затверджених моделей актуарних розрахунків і статусів актуарних центрів, а також ненадійної і неповної інформаційної бази, а також систем проведення реабілітації застрахованих.

Таким чином, наявна в країнах СНД система соціального захисту ще в недостатній мірі використовує потенціал інституту обов'язкового соціального страхування. Поки що можна вказати лише на окремі елементи і сегменти соціального страхування в національних системах соціального захисту, для яких в більшій мірі характерні інститути соціальної допомоги. При досить високому страховому навантаженні (особливо для роботодавців) рівень більшості соціальних виплат, і перш за все пенсій, є недостатнім (див. табл. 5.3) та не пов'язаним з обсягом внесених страхових коштів. Для дисциплінованих платників страхових внесків з заробітної плати середніх та високих розмірів розмір коефіцієнтів заміщення складає всього 15-25%, що є дуже заниженою величиною.

Правове поле даного інституту соціального захисту тільки формується. Відсутній реальний розподіл системи соціального страхування і системи соціальної допомоги.

Розміри пенсій і заробітної плати, трудовий (страховий) стаж і вік виходу на пенсію у країнах СНД та Балтії на 1 січня 2002 р.

Країна	Мінімальний розмір		Середній розмір		Трудовий (страховий) стаж для призначення пенсій по старості (за віком) на загальних засадах, років		Вік виходу на пенсію по старості (за віком) на загальних засадах, років	
	пенсії (без компенсаційної виплати)	заробітної плати	пенсії	заробітної плати	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Азербайджан	3,80	5,70	16,30	54,17	25	20	62	57
Вірменія	5,34	8,90	8,15	41,34	не менш 5	не менш 5	63,5	58,5
Білорусія	22,00	6,30	41,13	110,39	25	20	60	55
Грузія	6,80	9,71	7,77	41,75	25	20	65	60
Казахстан	28,79	27,76	31,68	112,66	25	20	63	58
Киргизстан	4,19	2,10	11,71	29,19	25	20	61 рік 4 міс.	56 років 4 міс.
Латвія	47,02	91,04	94,83	256,98	10	10	61,5	58,5

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Литва	34,50	107,50	77,43	271,78	30	28	62	58
Молдо- ва	4,97	7,64	10,38	39,66	29	28	62	57
Росія	15,43	10,29	39,03	112,55	не менш 5	не менш 5	60	55
Тад- жикис- тан	0,82	1,63	2,65	8,57	25	20	61	56
Узбе- кистан	9,85	4,85	15,28	36,83	25	20	60	55
Украї- на	8,10	26,40	23,09	дані відсу- тні	25	20	60	55
Естонія	45,22	104,58	85,25	дані відсу- тні	15	15	63	58,5

При цьому існуючий правовий статус позабюджетних спеціальних фондів звужує їх роль та функції, зводячи їх в основному до фінансових закладів («збирання внесків» і «розпорядників коштів»). Світовий досвід свідчить про те, що основні види соціального страхування, крім фінансових завдань з компенсації втрати заробітків (у зв'язку з тимчасовою або постійною втратою працездатності чи місця роботи), виконують цілий ряд інших функцій: оздоровлення працівників і членів їхніх сімей, організацію лікування, проведення великомасштабних національних програм реабілітації інвалідів.

Ще не набули законодавчої форми ряд видів страхування дострокових пенсій: професійних пенсій за роботу на особливо небезпечних виробництвах (шахтарі), за роботу в районах Крайньої Півночі, пенсій за вислугу років. У підсумку – єдине поле соціальних ризиків не охоплене рівномірною «мережею» страхування, в ньому є багато проблем, що призводить до «випадіння» зі сфери соціального захисту (зі страхової мережі) значних верств населення.

До числа недоліків, які перешкоджають інституціоналізації соціального страхування, відносять:

- наявність значної за масштабом сфери тіньового ринку

праці і доходів – нереєстровані форми зайнятості, неофіційні і невраховувані виплати заробітної плати, що у решті-решт негативно впливає на рівень соціальних гарантій для всіх зайнятих у цій сфері працівників і суттєво знижує (до 25-50%) економічні можливості фінансування державних позабюджетних соціальних фондів;

- збереження архаїчних положень соціального законодавства, що консервують нестрахові механізми набуття прав на пенсійне та інші види соціального страхування, а отже породжують нездорові стимули ухиляння працівниками і роботодавцями від законодавчо встановлених процедур оформлення трудових відносин і сплати в повному обсязі податків і страхових внесків;

- наявність дуже високої і невиправданої диференціації в системі заробітної плати і доходів населення в різних секторах економіки та регіонах країн СНД, яка при цьому не пов'язана з системою соціального захисту.

Усе це є гальмом розвитку систем соціального страхування.

5.3. Досвід Росії і Казахстану у сфері соціального забезпечення

Пенсійне страхування в Росії

У Російській Федерації (РФ) з 2002 р. набрав чинності Закон «Про трудові пенсії», який ввів у дію обов'язкову накопичувальну пенсійну систему. В РФ налічується 37 млн. пенсіонерів. Сплачують внески до обов'язкової пенсійної системи 61,7 млн. осіб за ставкою 28% від заробітку (частина єдиного соціального податку). Річний бюджет Пенсійного фонду РФ складає 783 млрд. руб. (25 млрд. 258 млн. євро), що становить 5,5% ВВП РФ.

Трудова пенсія в РФ тепер складається з трьох частин:

- базової частини трудової пенсії - мінімальна пенсійна виплата за рахунок коштів федерального бюджету, гарантована кожному громадянину;

- страхової частини трудової пенсії – пенсійна виплата із солідарної системи, що залежатиме від трудового внеску кожного працівника;

- накопичувальної частини трудової пенсії - пенсійна ви-

плата з обов'язкової накопичувальної системи через недержавні пенсійні фонди (тариф відрахувань - 2-6% від фонду оплати праці).

Усі складові трудової пенсії забезпечують її виплату на рівні 32% від заробітку працівника.

Крім трудових пенсій, громадяни РФ матимуть можливість отримувати пенсійні виплати від підприємств (роботодавців) у розмірі до 20% від заробітку (залежно від періоду, протягом якого роботодавець відраховуватиме кошти до пенсійного фонду на користь працівника) та формувати власні пенсійні накопичення, які орієнтовно становитимуть до 20% від заробітку працівника.

Пенсійне забезпечення буде доповнене обов'язковими професійними пенсійними системами шляхом додаткових обов'язкових відрахувань до недержавних пенсійних фондів на користь працівників, зайнятих у шкідливих або важких умовах праці. Пропонується встановити тарифи відрахувань: для списку № 1 - 7% від фонду оплати праці та для списку № 2 - 3% від фонду оплати праці. До 2005 р. 40-50% професійних пенсійних систем було створено на базі недержавних пенсійних фондів. Це дозволяє вирішити проблему пільгового пенсійного забезпечення.

РФ має розгалужену систему недержавних пенсійних фондів - їх 268. Акумуляовані в них пенсійні резерви становлять 39 млрд. руб. (1 млрд. 250 млн. євро). Учасники цих фондів становлять біля 5% від економічно активного населення країни. Середній розмір пенсії з недержавних пенсійних фондів перевищує 250 рублів (8 євро).

Фонди, в яких розміщена основна частина пенсійних резервів, належать монопольним утворенням та транснаціональним корпораціям - «Лукойлу», «ТНК», НПФ працівників електроенергетики, працівників залізничного транспорту тощо.

Пенсійна реформа у РФ в цілому спрямована на підтримання сьогоденішнього рівня пенсій у перспективі, тобто на компенсацію посилення демографічного навантаження на працездатне населення. Про це свідчить той факт, що при ставці внеску до обов'язкової пенсійної системи 28% від заробітку та співвідношенні кількості пенсіонерів до кількості платників внесків на рівні 0,6% планується середній коефіцієнт заміщення - 32%.

Медичне страхування в Росії

Росія здійснює обов'язкове медичне страхування (ОМС) з 1991 р. У системі охорони здоров'я з'явилися нові суб'єкти - страхові медичні організації. Підприємства й органи державного управління, що виступають страхувальниками, повинні укладати договори зі страховими організаціями, котрі обирають медичні заклади і оплачують лікувально-профілактичну допомогу.

У 1993 р. були прийняті положення про Федеральний і територіальні фонди ОМС, яким надавалося право самим здійснювати функції страховиків і безпосередньо взаємодіяти з медичними закладами. Метою їх створення було те, що кошти фондів повинні були використовуватися для фінансування медичної допомоги, наданої населенню в рамках ОМС. За органами управління охорони здоров'я залишилися функції фінансування розвитку матеріально-технічної бази, підготовки кадрів, діяльності спеціалізованих медичних закладів (тубдиспансерів, психлікарень), проведенням заходів щодо профілактики епідемій та інші функції.

Законом передбачено два джерела формування коштів ОМС - страхові внески працюючого населення і бюджетні кошти.

З січня 2001 р. страхові внески на ОМС включені в склад єдиного соціального податку, збір якого здійснює Міністерство з податків і зборів. До фондів ОМС тепер ці кошти надходять від територіальних органів федерального казначейства. Існує проблема з виділенням коштів з бюджету на ОМС непрацюючого населення, оскільки його чисельність складає 60%, а потреби його в медичній допомозі значно вищі, ніж у працюючих.

Наслідком недостатньої фінансової надійності системи ОМС є неповна компенсація витрат медичних закладів з надання медичних послуг застрахованим, що призводить до зменшення доступності медичної допомоги для найбільш незахищених верств населення.

ДМС (Добровільне медичне страхування) в Росії здійснюється на основі програм медичного страхування, якими гарантуються висококваліфіковане амбулаторно-поліклінічне обслуговування, санаторно-курортне, стаціонарне, стоматологі-

чне лікування, надання фізіотерапевтичних і оздоровчих процедур та інших видів послуг. Вони є дуже подібні до програм з ОМС і потребують чіткого розмежування медичних послуг.

Добровільна форма медичного страхування здійснюється за рахунок прибутку підприємств, установ, організацій або власних коштів громадян. При цьому розміри страхових внесків встановлюються за згодою сторін.

Досвід іноземних держав переконливо доводить необхідність медичного страхування, адже реальної і ефективної альтернативи системі фінансування медичної допомоги, окрім страхової, на цей час немає. Україна повинна використовувати позитивні моменти світового досвіду медичного страхування при реформуванні своєї системи охорони здоров'я.

Пенсійне страхування у Казахстані

Пенсійна система Казахстану після реформування за багатьма показниками подібна до пенсійної системи Чилі та інших латиноамериканських країн. Її основу становить накопичувальна система. З 8 млн. чол. працездатного населення реформованим пенсійним страхуванням охоплено 5 млн. осіб. Ставка внеску на обов'язкове пенсійне страхування - 10% від заробітку. Податкові пільги в недержавній системі пенсійних заощаджень надаються в межах - 10-20% від заробітку. Громадяни Казахстану отримуватимуть пенсійні виплати як із солідарної, так і з накопичувальної систем.

До системи пенсійного страхування залучено три типи організацій - накопичувальні пенсійні фонди, компанії з управління активами та банки-зберігачі. На пенсійний фонд покладається відповідальність за належне використання пенсійних коштів, тому він звертається до послуг компаній з управління активами та до банків-зберігачів. На компанію з управління активами покладається функція з вибору об'єктів інвестування пенсійних внесків працівників та оцінка вартості активів. Банки-зберігачі відповідають за безпеку пенсійних коштів. Всі пенсійні відрахування працівників переказуються до банків-зберігачів.

Діяльність накопичувального пенсійного фонду, компанії з управління пенсійними активами та банків-зберігачів кон-

тролює Національний банк Казахстану. Контроль діяльності солідарної пенсійної системи здійснює Міністерство праці.

На сьогодні в Казахстані функціонує 1 державний та 15 недержавних пенсійних фондів. Загальний обсяг пенсійних накопичень складає 235,9 млрд. тенге (\$1,522 млрд.). На частку державного пенсійного фонду припадає 166,6 млрд. тенге (\$447 млн.). Що стосується структури портфеля недержавних пенсійних фондів, то спостерігається тенденція до зниження частки державних цінних паперів та підвищення частки корпоративних. У Казахстані інвестиційна політика пріоритетна в процесі пенсійної реформи, основу якої складає накопичувальна система.

5.4. Організація систем пенсійного страхування у постсоціалістичних країнах

На початку 90-х рр. постсоціалістичним державам довелося вносити зміни до своїх пенсійних програм.

Необхідність реформування пенсійного страхування в країнах Східної Європи була обумовлена не тільки загальними проблемами, які притаманні цивілізованим державам взагалі, а й низкою специфічних труднощів, пов'язаних з відносно невеликою можливістю держав цієї групи зібрати відповідні страхові платежі через невисокий рівень доходів населення, а також збереженням у складі пенсійних систем численних пільгових категорій. Поєднання високих страхових соціальних внесків, ненадійного контролю за їх виплатою, низьких вимог, додержання яких було достатнім для отримання права на пенсію, а також слабкого зв'язку між зробленими внесками і отриманими пенсіями негативно впливали на систему пенсійного забезпечення.

Із групи колишніх соціалістичних країн найбільший інтерес представляють ті держави, в яких уже не тільки законодавчо розроблені реформи пенсійних систем, а й розпочався процес їх реалізації – це Чеська Республіка, Польща і Угорщина.

Найбільш важливими загальними характерними рисами пенсійних систем Чеської Республіки, Угорщини, Польщі до початку реформи були:

- дія пенсійних систем у рамках загальних державних систем соціального забезпечення і фінансування їх на підставі розподільчого принципу разом з медичним страхуванням;
- відсутність фінансових інструментів і податкових пільг для розвитку індивідуального пенсійного накопичення;
- низька прозорість пенсійних систем і фінансування через них ряду послуг непенсійного характеру.

Економічні і соціально-демографічні умови перехідного періоду, а саме: різке зростання безробіття і зниження чисельності вкладників соціальних внесків при швидкому збільшенні чисельності пенсіонерів, висока інфляція та деякі інші економічні негаразди обумовили необхідність зростання рівня внесків. А високі рівні соціальних внесків (найбільш високі в Європі), у свою чергу, сприяли розвитку "сірого" й "чорного" ринків, що в результаті звужувало базу оподаткування і посилювало навантаження на централізовані бюджети.

Рішення фінансових проблем пенсійних систем, як показує світовий досвід, могло піти двома напрямками: 1) шляхом збереження, правда, у дещо реформованому вигляді, державної розподільчої пенсійної системи і водночас стимулювання розвитку додаткових добровільних приватних пенсійних програм; 2) уведення нової багатоступеневої розподільчо-накопичувальної пенсійної системи, що фінансується з різних джерел. Чеська Республіка пішла першим шляхом, Угорщина і Польща - другим.

Майже всі країни – і пострадянські, і постсоціалістичні – були вимушені змінювати правила розрахунку та розміри пенсій. Вносилися зміни у пенсійний вік. Так, Молдова поступово підвищила пенсійний вік до 65 років для чоловіків і 60 - для жінок, Литва відповідно - до 62 і 60 років, Латвія - до 60 і 60 років, Естонія - до 63 і 63 років, Вірменія - до 65 і 63 років, Казахстан - до 63 і 58 років, Угорщина - 62 і 62 роки, Словенія - 65 і 60 років, Чехія - 62 і 61 рік. У Грузії обставини вимагали дуже різкого підвищення пенсійного віку до 65 років для чоловіків і 60 років для жінок.

Найпоширеніші системи пенсійного страхування складаються з трьох рівнів: перший - обов'язковий солідарний; другий - обов'язковий нагромаджувальний; третій - добровільний нагромаджувальний. Перший і другий рівні, як уже вказувалось, є обов'язковими і фінансуються в рамках єдиної ставки

внесків на пенсійне страхування. Хоча другий рівень має ознаки приватної власності, він є частиною загальної системи державного пенсійного страхування. Третій рівень дозволяє нагромадити кошти для більш високого рівня пенсії. Він є повністю приватним, добровільним та ґрунтується на недержавних пенсійних фондах, з якими громадяни укладають угоди. Внески до таких пенсійних фондів можуть робитися як за рахунок працівників, так і за рахунок їхніх роботодавців, або ними одночасно. Велику увагу приватним пенсійним фондам надають в Угорщині, Чехії та Польщі. Однак і на другому, і на третьому рівні забезпечується державний контроль та нагляд за діяльністю пенсійних фондів.

Трирівневу пенсійну систему вже запроваджено в чотирьох країнах Центральної та Східної Європи. В Угорщині відповідне законодавство було введено в дію з січня 1998 р. Пенсійна система поєднує елементи солідарної системи «негайних виплат» (1-й рівень), обов'язкових ощадних пенсійних рахунків (2-й рівень) та добровільного пенсійного страхування (3-й рівень). Частина пенсійних коштів (6% від фонду заробітної плати) від 2,1 млн. працівників, котрі мають вік до 40 років і становлять половину чисельності робочої сили, спрямовують у недержавні пенсійні фонди (2-й рівень). Далі їх інвестують приватні компанії з управління пенсійними фондами.

У Польщі з січня 1999 р. впроваджено трирівневу систему, подібну до угорської. Страхові внески у розмірі 45% розподіляються між обов'язковими — першим солідарним (36%) і другим накопичувальним рівнями (9%). Поки що польський уряд не має намірів скорочувати загальний тариф внеску на пенсійне страхування, що існував до реформи. Для впровадження другого рівня уряд створює 10-12 приватнокерованих пенсійних фондів, які будуть капіталізовані шляхом передачі їм державного майна. У Латвії в 2000 р. запроваджено другий рівень з відносно меншим обсягом відрахувань - 2% від фонду заробітної плати. А в Хорватії другий рівень (5% від фонду заробітної плати) розпочав діяти з січня 2002 р.

Питання про можливість запровадження нагромаджувальної пенсійної системи вирішується в Болгарії, Македонії, Естонії, Литві, Словаччині, Румунії.

В Угорщині не були здійснені кардинальні зміни розподільчої схеми, яка використовувалась раніше. За своїм типом

пенсійні схеми цього рівня залишилися схемами з певними виплатами. У Польщі на першому рівні була введена умовно-накопичувальна система, що відноситься до типу пенсійних схем з установленими внесками.

На фінансування першого рівня пенсійної системи роботодавці Угорщини повинні спрямовувати 22%, у Польщі 9,76% від фонду заробітної плати працівників, а самі працівники відповідно - 2 і 2,46% (ті, хто залишився в державній розподільчій системі, - 8 і 9,76%). Страхові внески стягуються з суми доходів, що не перевищують у Польщі 2,5, в Угорщині 2 середніх бруто заробітних плат по країні (в Угорщині цей ліміт використовується тільки для внесків працівників). Внески в другий обов'язковий накопичувальний рівень роблять тільки працівники. У загальній структурі пенсійних виплат частка першого рівня складає в Угорщині 75%, у Польщі - 62% (планується її поступове зниження до 50%).

У Польщі загальний розмір пенсій визначають виходячи з накопичувальних внесків і залишкової тривалості життя. В Угорщині і Чехії ці фактори також впливають на розмір пенсій, акцент на страховому принципі був однією з найважливіших цілей реформ, але залежність тут непряма (враховується в більшій мірі стаж, дохід, термін виходу на пенсію тощо). Що ж стосується соціальних пенсій, то вони повністю виведені з системи загального пенсійного страхування, фінансуються з центрального та місцевого бюджетів і призначаються тільки після оцінки потреби.

Введення в Угорщині нової змішаної розподільчо-накопичувальної обов'язкової системи пенсійного страхування в якості попередньої умови передбачало встановлення критеріїв класифікації населення по групах (для кого нова схема страхування стає обов'язковою, для кого можливою, що визначається персональним вибором, хто виключається з даної схеми) і вирішення проблеми визначення пенсійних прав для тих, хто брав участь у пенсійному страхуванні: використано найбільш простий критерій - включеність у трудові відносини і наявність страхового стажу. Усі особи, що тільки виходять на ринок праці (у віці до 42 років), повинні були в обов'язковому порядку стати платниками одного з приватних пенсійних фондів (за особистим вибором, а за його відсутністю - відповідного місцевого фонду). Особи, що вже були у

трудових відносинах, до 31 серпня 1999 р. отримали можливість вибирати і залишатись у державній пенсійній системі. Будь-яких вікових обмежень встановлено не було. Усі добровільні учасники нової змінної системи до 31 грудня 2000 р. могли переглянути своє рішення і повернутися в державну систему.

У Польщі населення було поділено на 3 вікові групи. Для осіб до 30 років вступ у нову змішану систему було обов'язковим, для громадян віком від 30 до 50 років - добровільним, за вибором. Особи старші 50 років залишились у старій системі.

В Угорщині додатковим стимулом для вибору добровільними вкладниками нової системи є положення, за яким усі вони повинні отримувати з першого рівня системи не менше як 75%, а з другого - 25% (правда, тут діє особливе обмеження: наявність 15-річного стажу в обов'язковій накопичувальній системі) від розміру виплат, на які вони могли б розраховувати, якщо залишились у старій системі. Охоплення угорського населення новою системою пенсійного страхування перевершило очікуваний рівень: кількість учасників перевищила 1,5 млн. чол. і склала 74% від загальної кількості найманих працівників у країні. 75% членів нової пенсійної системи - особи віком від 20 до 40 років. Вікова категорія 40-50 років (понад 40% робочої сили) серед учасників нової системи страхування складає 20%, а особи віком від 55 років і старше - 0,1%.

Обов'язкові внески в приватні пенсійні фонди в Польщі і Угорщині сплачують тільки працівники, у Польщі у розмірі 7,3%, в Угорщині - 6% від своєї заробітної плати. У той же час існують суттєві розбіжності у способах збору даних виплат: в Угорщині роботодавець безпосередньо переказує відповідні суми у вибраний працівником приватний пенсійний фонд, крім того, роботодавець повинен надати інформацію про платника до Державної інспекції приватних пенсійних фондів. Тоді ж надходить інформація приватних пенсійних фондів про розмір отриманих внесків та про виплати пенсіонерам. У Польщі всі внески спрямовуються спочатку до Інституту соціального страхування, який потім повинен їх перерозподілити по фондах обов'язкового пенсійного страхування.

Суттєві розбіжності між країнами можна відмітити в організаційній структурі другого рівня. В Угорщині засновниками приватних пенсійних фондів як некомерційних організацій можуть бути роботодавці, союзи роботодавців чи працівників, місцеві органи управління, але власниками є самі учасники страхового фонду. Фонд на правах довірчого управління лише використовує грошові кошти, що утворюються. Головна структура фонду, яка займається управлінням - загальні збори учасників чи збори їх представників.

Керуюча компанія може виконувати функції збору внесків і розміщення пенсійних резервів у ті чи інші фінансові активи. В якості керуючої компанії можуть виступати банки, фінансові інвестиційні компанії та інші фірми.

Модель угорських приватних пенсійних фондів схожа на модель західноєвропейських професійних пенсійних схем, але вона має і свої особливості: засновниками фонду в Угорщині не обов'язково повинні виступати роботодавці, а фонди не обов'язково гарантують розмір майбутньої пенсії (хоча й можуть це зробити, законодавчо така можливість не виключена), тому пенсійні схеми, що використовуються на другому обов'язковому рівні, відносяться до категорії схем зі встановленими внесками (у Західній Європі в системах професійного пенсійного страхування в основному використовуються схеми зі встановленими виплатами).

Яких-небудь мінімальних лімітів відносно сукупного вкладу засновників для створення приватного пенсійного фонду в країні немає, але для початку діяльності фонд повинен отримати відповідну ліцензію. Угорські приватні пенсійні фонди, що працюють з обов'язковими пенсійними внесками, функціонують на тих же умовах, що і діючі в країні з 1993 р. добровільні приватні пенсійні фонди, але між ними є ряд відмінностей: приватні пенсійні фонди другого накопичувального рівня обов'язкового пенсійного страхування повинні мати не менше як 2 тис. членів, засновниками цих фондів можуть бути діючі приватні пенсійні фонди, підприємства, банки, страхові компанії, профспілки та інші організації, що представляють інтереси працівників, професійні палати і асоціації, організації роботодавців. Якщо такий фонд веде економічну діяльність, а не делегує свої функції керуючій компанії, то він повинен сформувати резерв у розмірі 50 тис. дол. США.

Польща - країна, що має наближений до російського приклад реформування системи соціальних пільг. З 1 травня 2004 р. тут набрав чинності закон, схожий на прийнятий парламентом Росії. Найбільше пільг у Польщі мають ветерани війни та колишні репресовані. По-перше, вони отримують постійну доплату до пенсії, приблизно 40 доларів. І це при тому, що середня пенсія у Польщі складає нині близько 200 доларів на місяць. Крім того, їм відшкодовується частка оплати за спожиту електроенергію - ще близько 25 доларів на місяць. А зовсім недавно до пільг належала часткова сплата за телефонними рахунками, за страхування автомобіля, за викуп квартири у приватну власність тощо. Зараз ці пільги замінили єдиною компенсаційною доплатою. І ветеран уже сам вирішує, на що саме витратити одержані гроші.

Незалежно від компенсаційної доплати, ветеранам і репресованим збережено колишні пільги: 37-відсоткова знижка з оплати проїзду залізничним та міжміським автобусним транспортом і 50-відсоткова - у міському транспорті. Ветерани також безкоштовно отримують деякі ліки. Всі ці пільги фінансуються з державного бюджету, з якого і відшкодовуються збитки підприємствам - надавачам послуг.

Крім того, муніципалітети Варшави і деяких великих польських міст надають усім громадянам, кому виповнилося 70 років (не тільки ветеранам) право на безкоштовний проїзд у міському транспорті. Право на користування деякими пільгами мають також вдови та вдівці ветеранів і колишніх репресованих. Але кількість пільговиків скорочується: сьогодні в Польщі нараховується близько 620 тис. осіб - із 40 млн. мешканців країни. Існують інші категорії населення, яким пільги та дотації передбачено в натуральному чи грошовому виразі. Наприклад, працівники деяких професій (шахтарі, залізничники) ще донедавна отримували частину зарплати вугіллям. Сьогодні ж грошовий еквівалент подібного пайка отримують лише пенсіонери цих професій.

Як уже зазначалося, з 2004 р. в Польщі діє новий закон щодо соціальних пільг і допомоги. Його основні завдання - надання допомоги тим, хто найбільше її потребує, та заміна всіх натуральних допомог грошовими виплатами.

Є й інші зміни. До недавнього часу право на спеціальну допомогу мали всі родини, в яких було троє і більше дітей.

Зараз запроваджується інший критерій: на допомогу можуть розраховувати багатодітні родини, в яких на кожного члена приходиться менше 125 доларів на місяць. Якщо ж у родині є дитина-інвалід і один з батьків не працює, а лише доглядає за нею, ця допомога збільшується удвічі.

Люди похилого віку (ті, кому понад 75 років), отримують спеціальну надбавку до пенсії (35 доларів на місяць), призначену для оплати догляду за ними. Вони також мають право на знижку при придбанні ліків.

Ця допомога та пільги також фінансуються з державного бюджету. Місцеві бюджети фінансують соціальну допомогу лише найменш забезпеченим. Родини, прибутки яких нижчі від визначеного прожиткового мінімуму, можуть отримувати (постійно, щомісячно або епізодично) цільову грошову допомогу на часткову оплату: квартири, опалювання, закупівлю одягу, взуття, обідів дітям у школі тощо.

Різними видами допомоги та пільг (одноразові, довготермінові) користуються майже 2 млн. поляків (близько 5,0% населення). Перелік пільг і допомоги, що фінансуються державними та місцевими бюджетами, а також кількість осіб, які отримують допомогу, постійно скорочується. Зараз ці зобов'язання частіше беруть на себе всіякі неурядові організації та громадські фонди.

Отже, для запровадження багаторівневих систем з обов'язковим фондованим компонентом необхідно вирішити комплексні завдання, які, між іншим, включають створення певних мінімально достатніх умов, а саме розвинутість фінансового ринку та наявність установ, здатних виконувати функції адміністративного управління та нагляду. Крім того, необхідно, щоб країна мала фіскальну здійсненну стратегію вирішення проблеми переходу від фінансування виключно солідарної системи до спрямування частини надходжень фондованого компоненту (що називають "витрати перехідного періоду"). Протягом перехідного періоду система соціального забезпечення, як правило, зазнає труднощів, до яких країни законодавчо не готові. До того ж існують практичні межі позитивного фінансування будь-якого такого переходу, поза якими майбутній економічний вигравш може і не компенсувати понесені втрати. Однак ці проблеми не повинні заважати країнам

удосконалювати аспекти як адекватності, так і згладжування споживання своїх солідарних пенсійних систем.

5.5. Напрями реформування систем соціального страхування пострадянських країн

Формування систем обов'язкового соціального страхування є завданням загальнонаціонального масштабу. Потрібно визначити правові форми з урахуванням стану економіки, національних традицій і культури, розробити організаційні й економічні механізми, які б забезпечували реалізацію важливих принципів соціального страхування:

- солідарну відповідальність страхувальників і застрахованих за забезпечення соціальних гарантій захисту застрахованих;

- особисту відповідальність працівників, включаючи їхню матеріальну участь, за формування їхніх прав як застрахованих (тривалий страховий стаж, відмова від приховування фактичного розміру заробітної плати, турбота про збереження свого здоров'я і працездатності);

- відповідальність держави за стан правового поля соціального страхування, за дотримання соціальних гарантій прав працюючих щодо захисту від соціальних (професійних) ризиків, відмова від спроб використання ресурсів обов'язкового соціального страхування для інших, хоча і важливих, цілей.

Законодавча реалізація цих принципів потребує вирішення ряду дуже серйозних завдань, найважливішими з яких є:

- формування власного правового поля соціального страхування з чіткими законодавчими рамками, що фіксували б і не давали йому змішуватися з правовими полями приватного страхування, з одного боку, і соціальною допомогою – з іншого;

- розмежування функцій і повноважень з організації і управління системою в цілому і окремими видами соціального страхування основних соціальних суб'єктів (роботодавців, працівників і держави), з її рольових позицій – страхувальників, застрахованих, організуючих і контролюючих органів;

- формування механізмів паритетної участі представників усіх суб'єктів обов'язкового соціального страхування в процесі управління, а також визначення форм, рівнів і механізмів реалізації соціальних гарантій, що забезпечуються різними видами соціального страхування;

- визначення фінансових механізмів соціального страхування з урахуванням формування оптимального навантаження суб'єктів страхування, узгодженого з політикою заробітної плати, доходів і податкової політики в країнах СНД, відокремлення фінансової системи обов'язкового соціального страхування від бюджетів усіх рівнів;

- визначення інструментарію та інфраструктури управління соціальним страхуванням – моделей актуарних розрахунків, інформаційної бази, статусу актуарних центрів, страхових організацій і контролюючих органів.

Величезний масштаб завдань побудови інституційної бази соціального страхування у країнах СНД потребує розробки адекватної для кожної з них моделі соціального страхування, вироблення для цього відповідної доктрини, прийняття і реалізації законів.

Соціальне страхування має ключове, визначальне значення для добробуту працюючих, їхніх сімей і суспільства в цілому. Воно входить до числа основних прав людини і є одним з найважливіших заходів досягнення соціальної злагоди у суспільстві, сприяючи тим самим соціальній злагоді й участі у житті суспільства всіх соціальних груп населення. Воно складає інтегральну частину соціальної політики уряду на індустріальних і постіндустріальних етапах розвитку і відіграє важливу роль у попередженні і зниженні бідності. На основі професійної і загальнонаціональної солідарності і справедливо організованого соціального захисту соціальне страхування сприяє зміцненню людської гідності, рівності і соціальної справедливості. Воно має також велике значення для політичної інтеграції, підвищення індивідуального статусу й розвитку демократії.

Ці та ряд інших якостей соціального страхування відносять завдання побудови інституту соціального захисту до числа пріоритетних завдань для пострадянських країн на найближче десятиріччя.

У зв'язку з цим обмін досвідом країн СНД у цій сфері є плідним напрямом співробітництва, організацію якого потрібно проводити на постійній основі.

Питання для самоконтролю

1. Які фактори мали найбільший вплив на розвиток систем соціального захисту пострадянських країн?

2. Дайте порівняльну оцінку співвідношення внесків до

фондів соціального страхування та виплат, які фінансуються з них по країнах СНД.

3. Дайте порівняльну характеристику фінансування соціальних витрат у країнах СНД та зарубіжних країнах.

4. У чому полягають позитивні аспекти створення систем соціального страхування?

5. Які проблеми перешкоджають створенню та розвитку систем соціального страхування у країнах СНД?

6. Який статус мають позабюджетні спеціальні фонди?

7. Які види страхування в Україні (чи у країнах СНД) ще не мають законодавчого оформлення?

8. Що перешкоджає інституціоналізації соціального страхування?

9. У чому полягають особливості побудови пенсійної системи Російської Федерації?

10. Яким чином побудовано систему медичного страхування Російської Федерації?

11. У чому полягають особливості побудови пенсійної системи Казахстану?

12. Які заходи реформування були першочерговими у сфері соціального страхування постсоціалістичних країн?

13. Які рівні включають системи пенсійного страхування постсоціалістичних країн?

14. У чому полягають основні відмінності систем пенсійного страхування Польщі та Угорщини?

15. На яких принципах мають базуватися системи соціального страхування країн СНД?

16. Які заходи загального характеру потрібно здійснити з метою реформування систем соціального захисту?

Тести для самоконтролю знань

1. На соціальне страхування у країнах СНД спрямовується:

а) 60-70% усіх витрат;

б) 15-25% ВВП;

в) 35-40% усіх витрат.

2. До проблем у сфері соціального страхування впострадянських країнах не належить:

а) відсутність перевірених доктрин побудови інституту соціального страхування;

б) розвиток паритетної участі соціальних партнерів (роботодавців і працівників);

в) недостатній розвиток інструментарію та інфраструктури управління соціальним страхуванням.

3. До функцій фондів соціального страхування країн СНД,

як правило, не входять, але мають включатися:

- а) збирання внесків;*
- б) оздоровлення працівників і членів їх сімей;*
- в) розпорядження коштами фонду.*

4. Ставка єдиного соціального податку в Російській федерації становить:

- а) 25%;*
- б) 30%;*
- в) 28%.*

5. Пенсійна реформа Російської Федерації спрямована на:

- а) збільшення рівня доходів малозабезпечених верств населення;*
- б) компенсацію посилення демографічного навантаження на працездатне населення;*
- в) збільшення загального рівня оподаткування у країні.*

6. Основу пенсійної системи Казахстану становить:

- а) накопичувальна система;*
- б) солідарна система;*
- в) поєднання накопичувальної і солідарної систем.*

7. Першочерговим заходом реформування пенсійних систем постсоціалістичних країн стало:

- а) уведення трирівневої пенсійної системи;*
- б) підвищення пенсійного віку;*
- в) надання додаткової матеріальної допомоги малозабезпеченим сім'ям.*

8. Загальний розмір пенсій у Польщі визначають на основі:

- а) стажу роботи та рівня накопичувальних внесків;*
- б) доходу і строку виходу на пенсію;*
- в) накопичувальних внесків і залишкової тривалості життя.*

9. Переважним критерієм пенсійного права в Угорщині стала:

- а) сума страхових внесків;*
- б) наявність страхового стажу;*
- в) обмеження за віком.*

10. Власниками приватних пенсійних фондів в Угорщині є:

- а) роботодавці;*
- б) місцеві органи управління;*
- в) учасники страхового фонду.*

ТЕМА 6. СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ІНШИХ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

- 6.1. Система соціального страхування Нідерландів.
- 6.2. Соціальне страхування у Швеції.
- 6.3. Соціальне страхування у Великобританії.
- 6.4. Соціальне страхування у Франції.
- 6.5. Соціальне страхування в Ізраїлі.
- 6.6. Соціальне страхування в Чилі
- 6.7. Медичне страхування в Канаді.
- 6.8. Соціальне забезпечення в Іспанії.

6.1. Система соціального страхування Нідерландів

Система соціального страхування Нідерландів, на відміну від «класичних» зразків, характеризується постійними змінами і має значний адаптаційний потенціал. Вона є чи не найбільш розвиненою в Європі за масштабами виплат і має багато своєрідних рис. У Нідерландах соціальне страхування здійснюється у двох організаційно-фінансових формах. Перша – це система державного або національного страхування. Друга – система страхування найманих працівників. Крім цього, виділяється система соціального страхування самозайнятих осіб на випадок втрати працездатності (інвалідності). Зазначені види страхування засновані на єдиному розподільчому принципі, тобто функціонують на основі бюджету поточних виплат, але мають різні цілі і, відповідно, різні механізми функціонування (порядок збору внесків, призначення страхових виплат, система управління).

Державному (національному) страхуванню підлягає все населення країни. Фінансовими джерелами державного страхування є відрахування з доходів громадян у розмірі 29,4% (2001 р.). Збір страхових коштів здійснюється органами податкової адміністрації. Кошти перераховуються роботодавцями, з якими працівники укладають контракти. У випадку зайняття індивідуальним підприємництвом страхові внески перераховуються безпосередньо працівниками.

Державне страхування здійснюється при настанні старості (пенсійне забезпечення), втрати годувальника, на випадок інвалідності, а також на особливі випадки захворювання (госпіталізації у спеціальних клініках для інвалідів, сліпих, глухих,

душевно хворих). Його основною особливістю є те, що внески сплачує безпосередньо застрахована особа (працівник). Законодавчою основою цієї системи є такі закони:

– «Загальний закон про пенсії у старості» (AOW), - на його фінансування спрямовується 17,9% оподаткованого доходу. Цей Закон гарантує одержання пенсії тільки у розмірі мінімальної заробітної плати. Пенсії призначаються і виплачуються всім громадянам після 65 років незалежно від розміру доходу, який вони отримували до виходу на пенсію. Одинокий пенсіонер отримує 70% мінімальної заробітної плати, сімейні пенсіонери – 100%.

– «Загальний закон про спеціальні медичні витрати» (ANW) - передбачає страховий тариф 10,25% доходу. За рахунок цих коштів фінансується лікування хворих у спеціальних лікувальних закладах.

– «Загальний закон про пенсії у разі втрати годувальника» (AWBZ), - на фінансування його спрямовується 1,25% відраховань з доходу. За цим Законом відповідні компенсації виплачуються членам сім'ї, яким виповнилося понад 50 років, а у більш молодому віці у випадку, якщо на утриманні знаходяться неповнолітні діти або інші непрацездатні члени сім'ї.

У структурі державного страхування існує також специфічний сектор – допомога на виховання дітей (надається у диференційованому розмірі залежно від віку дитини без урахування розміру доходу). У фінансовому розумінні його навряд чи можна вважати страхуванням, оскільки виплати здійснюються за рахунок загальних податкових надходжень. Проте організаційно ця допомога здійснюється агентами соціального страхування.

Особливістю державного страхування є те, що допомога може надаватися як у грошовій, так і в натуральній формі. До останньої належить отримання путівок у санаторії, проживання в будинках для інвалідів, забезпечення працюючих інвалідів по зору собакою-поводирем.

Система соціального страхування найманих працівників охоплює осіб, що працюють за трудовим договором. Державні службовці страхуються окремо. В обов'язковому порядку наймані працівники підлягають страхуванню на випадок захворювання, безробіття та інвалідності. Головним джерелом фінансування цієї системи є страхові внески роботодавців – 19% від заробітної плати, працівники сплачують 7% фонду

оплати праці. Правове регулювання функціонування цієї системи здійснюється у відповідності до таких законів:

- «Загальний закон про пенсії по інвалідності» (WAO) передбачає надання права на отримання пенсії у всіх випадках інвалідності, незалежно від того, чи настання її пов'язано з професійним ризиком, чи є наслідком загального захворювання, включаючи інвалідів з дитинства. Фінансове забезпечення цього виду страхування здійснюється за рахунок внесків роботодавців, які розподіляються на дві частини – базова – 6,1% заробітної плати, що встановлюється для всіх роботодавців, та диференційована, що встановлюється залежно від професійного ризику та розміру підприємства. Межі розміру зазначеного внеску коливаються від 0,98% для малих підприємств з незначним ризиком до 6,36% для великих компаній. Середній розмір внеску в 2001 р. становив 1,66% .

Медичне страхування в Нідерландах зародилось у 1901 р. і на той час являло собою декілька сот товариств взаємодопомоги та страхових компаній. Деякі з них були великими, але більшість була маленькими організаціями, які представляли інтереси населення невеликого міста, підприємства та ін.

У 1940 р. почалось введення керованого медичного страхування, яке вимагало введення стандартизації в створенні системи медичного страхування у зв'язку з чим більшість невеликих компаній об'єдналися для створення більш великих страхових фондів. Діяльність територіальних страхових організацій на сьогодні регулюється Центральною Радою страхових фондів, яка складається із представників роботодавців, профспілок, медичних асоціацій, органів управління. Цей орган не є урядовим, але йому делеговані ряд важливих повноважень, зокрема, слідкувати за тим, щоб страхові компанії не відмовляли населенню в наданні страхових медичних послуг, контролювали витрати ресурсів, надавали інформацію, необхідну для визначення нормативу централізованого фінансування страхових організацій, розрахунку страхових внесків та тарифів. Більша частина населення була включена в систему керованого страхування з наданням права самостійно вибрати страхову компанію.

До 1990 р. 60% населення Нідерландів знаходилось в системі регульованого страхування. Більш як 30% населення були застраховані у приватних страхових компаніях. Приватний сектор страхування намагається приваблювати клієнтів мен-

шим розміром страхового внеску. Біля 40% приватного страхування складають групові угоди страхування між підприємцями та страховими компаніями. Підприємці сплачують половину і більше від суми страхового внеску, останнє доплачують працівники. Також має місце персональне або сімейне страхування. Реформи, проведені на початку 90-х рр. ХХ ст., відомі під назвою “план Деккера”, замінили напрацьовані фрагментарні страхові програми на універсальну систему обов'язкового медичного страхування. Уведена для всіх категорій населення ставка страхового внеску, розрахована як відсоток від фонду прибутку і не відображає індивідуальні ризики. Зібрані на цій основі кошти акумулюються в страховому фонді і потім повертаються страховику, якого вибрав клієнт, або репрезентуючий його інтереси страхувальник. Платіж страховику виконується на основі зважених нормативів на одного застрахованого. Страхова компанія, що взялась за страхування повинна знати, що, незалежно від складу застрахованих, вона отримає відрахування, що відображають реальний можливий обсяг витрат. При цій системі відповідальність уряду за стан охорони здоров'я зберігається, але багато функцій управління та планування переходить до страхових компаній.

Страхові внески на випадок захворювання становлять 6,25% для роботодавця та 1,7% для працівника. Роботодавець зобов'язаний при захворюванні працівника виплачувати йому мінімум 70% його заробітної плати протягом року або більш тривалого строку, якщо останнє обумовлено колективним договором. У разі декретної відпустки страхова допомога виплачується у розмірі 100% заробітку протягом 16 тижнів.

Діяльність територіальних страхових організацій регулюється центральною радою страхових фондів, яка спостерігає за тим, щоб страхові компанії не відмовляли населенню в наданні страхових медичних послуг, контролює витрати, надає інформацію, необхідну для визначення нормативу централізованого фінансування страхових організацій, розрахунку страхових внесків та тарифів. Більша частина населення включена в систему керованого страхування з наданням права самостійно обирати страхову компанію.

Страхування від безробіття здійснюється згідно з «Законом про страхування від безробіття» (WW). Відповідно до нього, до загального фонду страхування від безробіття 3,65% за-

робітку перераховується роботодавцем та 5,25% – працівником. Крім цього, роботодавець перераховує 1,5% внесок до іншої агенції – Redundancy Payment Fund (RPF). За рахунок цього виду страхування сплачуються 3 види допомоги: короткотермінова – для осіб, що не мають належного страхового стажу, компенсація заробітку – 70% заробітної плати на термін, що визначається залежно від загального страхового стажу, та follow-up benefit – аналог соціальної допомоги, що виплачується протягом двох років після закінчення терміну виплати компенсації заробітку.

Для всіх видів соціального страхування існують обмеження розміру доходу, з якого сплачуються внески та встановлено мінімальний розмір компенсації – 70% мінімальної оплати праці.

Агентами, що забезпечують здійснення соціального страхування для національної системи, є Банк соціального страхування, а для системи найманих працівників – Агентство соціального захисту, медичне страхування в обох системах забезпечують фонди страхування здоров'я.

6.2. Соціальне страхування у Швеції

Швеція має один з найвищих рівнів життя населення у світі. Створення системи соціального страхування припадає на початок ХХ століття. Соціальне страхування являє собою основний елемент Шведської соціальної політики. Метою системи соціального забезпечення у Швеції, як це підкреслюється в офіційних виданнях, є забезпечення людини економічним захистом на випадок хвороби, при народженні дитини та у старості (загальне страхування), у зв'язку з нещасними випадками і хворобами з виробничої причини (страхування від нещасних випадків на виробництві) і від безробіття (страхування від безробіття). Кінцевою гарантією, незалежно від причини звернення, є грошова допомога, відома як соціальна допомога.

Основною рисою системи соціального страхування Швеції є універсальність. В її орбіті є кожен житель Швеції, незалежно від роду занять, а в багатьох випадках і від того, одержує він чи не одержує заробітну плату.

Соціальне страхування охоплює все населення Швеції та є обов'язковим. Воно базується на спільній суспільній відпові-

дальності за кожного громадянина. Суть страхування полягає в перерозподілі коштів між громадянами, а також перерозподілі доходів особи на різних етапах життя. Соціальне страхування Швеції засноване на взаємній довірі між окремим громадянином і державою, що робить саму систему страхування відкритою, доступною і недорогою.

Соціальне страхування не є безкоштовним, а тому офіційні видатки на підтримку системи повинні оплачуватися державою. Це біля 300 млрд. крон на рік, з них 50 млрд. – компенсації сім'ям з дітьми, 90 млрд. – компенсації хворим та інвалідам, 155 млрд. – пенсії, 5 млрд. – утримання апарату адміністрування системи соціального страхування. З кожних 100 крон, котрі людина витрачає як приватний споживач, приблизно 25 крон вона отримує через систему соціального страхування.

Фінансується соціальне страхування через соціальні відрахування і податки. Так, роботодавці вносять у фонд соціальних відрахувань 33% від фактичного сукупного заробітку найнятих ними працівників, самі працівники платять 6% від свого заробітку до фонду страхування на випадок захворювання і в пенсійний фонд. Приблизно дві третини вартості соціального страхування покривається за рахунок соціальних відрахувань, а одна третина фінансується за рахунок загальних податків.

Медичне страхування

Система страхування здоров'я є насамперед інструментом створення більшої соціально-економічної рівності. Вона дає можливість людям з низькими доходами при потребі інтенсивної медичної допомоги одержати її на основі рівності з іншими. Більш того, система страхування функціонує як фінансовий інструмент державного регулювання.

Обов'язкове медичне страхування у Швеції було введено у 1955 році. Воно охопило всіх громадян віком від 16 років. Медичне та стоматологічне страхування стало невід'ємною частиною національної системи соціального страхування. Управління цією системою виконується 26 регіональними бюро соціального страхування, якими керує Національна рада соціального страхування.

Обласні ради, очолювані обраними на всенародних виборах членами законодавчих зборів, стягують з жителів прибут-

ковий податок. Понад 80% цього податку виділяється на фінансування охорони здоров'я. Окружні ради є власниками і координаторами діяльності клінік і медичних центрів, виступаючи у ролі роботодавців для більшості медичних працівників. Лікарі, які мають приватну практику, також в основному оплачуються обласними радами.

Витрати на соціальне благо досягаються за рахунок 26% бюджету центрального уряду, 26% витрат несуть муніципальні та окружні ради, а 48% - роботодавці. На охорону здоров'я та медичну допомогу 18% коштів відраховує уряд, 51% - місцеві органи влади і 31% - роботодавці.

Загальна сума витрат на охорону здоров'я складає в останні роки 9% сукупного суспільного продукту Швеції. На стаціонарне лікування використовується 42% усіх витрат на охорону здоров'я, на амбулаторне лікування – 37%, на ліки – 12%, а інше – на управління та суспільні інвестиції. Завдяки плановій політиці охорони здоров'я в останні роки відзначається тенденція до зниження витрат на стаціонарне лікування.

Однією з особливостей шведської системи страхування є передача юридичних прав застрахованих до страховиків з питань медичного страхування.

Як уже зазначалося, усе населення Швеції охоплено загальнонаціональною системою страхування із захворювання. Якщо людина захворіла або змушена залишитися вдома для догляду за хворою дитиною, їй виплачується щоденна допомога в розмірі 75-85% від заробітку, що втрачається, залежно від тривалості хвороби.

За візит до лікаря та прописані ліки пацієнт повинен платити. Існує верхня межа плати, після чого подальше лікування проводиться безкоштовно. Страхування компенсує більшу частину плати за візит до приватного лікаря.

Пенсійне страхування

Система пенсійного страхування у Швеції – це універсальна солідарна система з установленими виплатами, яка була обов'язковою не лише для шведських громадян, а й для осіб, що працюють у цій країні. Вона складалася з універсальної народної пенсії і пов'язаної із заробітком додаткової пенсії (трудова пенсія).

Швеції вдалося те, до чого з різним ступенем успіху прагнуть більшість держав, - об'єднати елементи розподільчої і накопичувальної систем пенсійного забезпечення.

В основі існуючої пенсійної системи країни було покладено принцип "солідарності поколінь", згідно з яким працездатне населення має утримувати пенсіонерів. У результаті повну пенсію, яка складала 60% від середньостатистичної заробітної плати, можна було отримати, проробивши безперервно 30%. Пенсія виплачувалася незалежно від рівня заробітної плати людей. Виробничий стаж понад 30 років не враховувався.

Народна і трудова пенсії були замінені новою солідарною системою з умовно накопичувальними рахунками при поточній витраті коштів. Ця система доповнюється суто накопичувальною системою з індивідуальними рахунками, керованими недержавними структурами. Мінімальний вік виходу на пенсію для обох систем - 61 рік.

У новій системі внески за єдиним тарифом у відсотках до заробітку зараховуватимуться щорічно на особистий умовно накопичувальний рахунок застрахованого. Вартість рахунку на кінець року - сума нових надходжень внесків на рахунок у даному році плюс відсотки по внесках за попередній період. Виплата пенсій за цією системою заснована на вартості умовно накопичувального рахунку на момент призначення пенсії і очікуваної середньої для чоловіків та жінок тривалості життя після виходу на пенсію. Пенсія також включатиме надбавку, виходячи з оцінок економічного росту в країні (1,6%).

Повна ставка внеску для нової системи пенсій по старості складає 18,5% від заробітку. Половина внеску покладається на роботодавця і половина - на працівника. Із загальної ставки внеску 16% йдуть до умовно накопичувальної системи, а 2,5% - до чисто накопичувальної системи. Цей специфічний розподіл внесків має на меті приступити до введення обов'язкової системи накопичувальних рахунків, коштами яких керуватимуть недержавні компанії.

Працівник у Швеції охоплений також додатковим професійним пенсійним страхуванням на основі колективного договору. До реформи державного пенсійного страхування професійні системи фактично були засновані на принципі встановлених пенсій. Тепер все більше приватні системи перетворюються в пенсійні програми з визначеними внесками.

У Швеції є гарантована мінімальна пенсія для людей старше 65 років. Ця гарантія забезпечується в новій системі державним бюджетом за рахунок загальних податків. Крім того, за рахунок державного бюджету покриватимуться витрати по новій державній пенсійній системі, пов'язані з урахуванням у страховому стажі таких періодів, як безробіття, хвороба, інвалідність, догляд за дітьми, навчання після закінчення гімназії, військова служба.

Виплати, що заміняють заробіток протягом хвороби та безробіття, в новій системі кваліфікуються як заробіток, і 18,5% цих виплат створюють право на пенсію на тих же підставах, що й заробітна плата. Зазначені 18,5% умовно зараховуються на індивідуальні рахунки.

У результаті впровадження пенсійної реформи в Швеції будуть досягнуті такі цілі:

- забезпечена трудова пенсія по старості відповідно до розміру страхових внесків та тривалості їх сплати;
- встановлена «прозорість» у перерозподілі коштів всередині пенсійної системи;
- створена довгострокова фінансова стабільність пенсійної системи;
- надана можливість виходу на пенсію у будь-якому віці вище встановленого законом мінімуму з урахуванням змін у здоров'ї людини;
- створені умови для працівників, які дозволяють поєднати роботу з пенсією. Солідарний і накопичувальний компоненти можуть бути повністю або частково реалізовані після досягнення мінімального пенсійного віку. Вони доповнюються професійною пенсією. Для тих, хто хоче працювати, додаткові внески із зарплати збільшують розмір нагромадження на індивідуальному рахунку і, таким чином, наступну величину пенсії після перерахунку.

З початку реформи в державне розпорядження прийшли накопичення від 4,4 млн. майбутніх пенсіонерів. Потім вкладники отримали можливість вибирати собі приватний пенсійний фонд. Правда, в перший рік реформи зробити це було не легко, тому що пенсійних фондів було всього п'ять. За чотири роки їх кількість збільшилася в сто разів, і тепер у Швеції 500 пенсійних фондів. Своім правом зробити самостійний вибір скористувалися 65% від загального числа застрахованих осіб. 35% залишили кошти в державному пенсійному фонді.

Слід підкреслити, що на інвестиційну діяльність фондів покладено значні обмеження. Їм не можна вкладати кошти пенсіонерів тільки в нерухомість, товарні активи і пряме кредитування. Вони повинні мінімум 30% від загальної суми активів інвестувати в цінні папери з низьким рівнем кредитного ризику, тобто в державні облігації. Максимальні вкладення в акції одного емітента – не більш, ніж 10%. Діяльність пенсійних фондів контролює міністерство фінансів країни, яке проводить щорічну фінансову перевірку і потім звітує про роботу фондів перед національним парламентом.

Шведська модель дає цінний приклад підходів та рішень щодо реформування пенсійної системи

Соціальне страхування на випадок безробіття

Політика Швеції у сфері зайнятості спрямована на те, щоб перевагу надавати працевлаштуванню на робочих місцях, потім професійній підготовці й створенню додаткових робочих місць, і якщо ці заходи не забезпечили очікуваних результатів, лише тоді встановлювати фінансову допомогу.

Діяльність органів працевлаштування базується на принципі забезпечення рівних можливостей незалежно від статі тих, хто шукає роботу. Звузився перелік підстав для звільнень. Роботодавців згідно з “Актом про гарантію зайнятості” позбавили безмежного права наймати і звільняти працівників. Майже зникли поширені раніше дорогі програми із субсидування підприємств для підтримання зайнятості.

Соціальна допомога з материнства

Одним із важливих видів соціального страхування у Швеції є батьківське страхування, що є прикладом впливу держави на планування сім'ї, народжуваності та розвитку сімейних відносин. Батьківське страхування спрямоване, в першу чергу, на те, щоб забезпечити батькам економічну захищеність на той час, коли вони знаходяться вдома для догляду за дитиною.

Допомога з вагітності виплачується вагітним жінкам, які працюють на важких роботах або в шкідливих умовах. Допомога виплачується протягом не більше 50 днів на останніх двох місяцях вагітності і становить 65% від втраченого заробітку в перші три дні і 80% у ті, що залишилися.

Батькам у зв'язку з народженням або усиновленням дитини виплачується грошова допомога протягом 450 днів на кожну дитину. Оплата за 360 днів складає 75% від заробітку. Допомога за останні 90 днів складає 60 крон у день. При народженні дитини батьки отримують також право на 12-місячну оплачувану відпустку, яку вони можуть поділити між собою і використати в будь-який час до того, як дитина досягне 8-річного віку. Один з цих місяців призначений спеціально для батька дитини, і якщо батько його не використовує, право на відпустку за цей місяць пропадає.

Крім того, батьки отримують загальну допомогу на дітей, рівну для всіх. Ця допомога не обкладається податками і виплачується до досягнення дитиною 16-річного віку. Якщо після цього підліток продовжує навчатися у школі або гімназії, йому виплачується стипендія (сума та ж сама). Розмір допомоги на дитину - 750 крон на місяць. Доплата багатодітним сім'ям починається з народженням третьої дитини, на котру виплачується додатково 200 крон; на четверту - 600 крон, на п'яту і більше - 750 крон на місяць.

Допомогу по усиновленню сім'я або одинаки можуть отримати, якщо усиновлюється іноземна дитина. Подібне усиновлення тягне за собою збільшення витрат (поїздки, додаткове навчання і т.п.), тому одноразова допомога покриває частину таких витрат. Максимальний розмір цієї допомоги складає 24000 крон.

Допомога-аванс виплачується на дитину, яка живе тільки з одним з батьків і не отримує аліментів від другого. Подібна допомога виплачується на дитину до досягнення нею 18 років. Термін виплати допомоги може бути продовжений, якщо дитина навчається.

Короткочасна допомога для батьків виплачується тому з них, хто залишився вдома з хворою дитиною (віком до 12 років). Допомога виплачується не більше ніж 60 днів на рік на кожну дитину. При народженні або усиновленні дитини допомога може виплачуватися і батькові протягом 10 днів. Розмір допомоги складає 80% від втраченого заробітку за перші 14 днів і 90%, починаючи з 15 дня.

Допомога із догляду за дитиною виплачується й батькам, які мають дитину-інваліда або хвору дитину віком до 16 років, що потребує догляду або нагляду протягом більш ніж 6 мі-

сяців. У розмір допомоги включаються також підвищені витрати в зв'язку з хворобою дитини.

На прикладі розглянутих вище напрямів батьківського страхування можна помітити, що цілі й принципи державної сімейної політики в Швеції знаходять достатньо повне втілення в житті.

Страхування від нещасних випадків

При виникненні виробничої травми у випадку аварії на робочому місці, по дорозі на роботу або з роботи в дію вступає страхування від нещасних випадків. Воно діє й у випадку професійних захворювань, як, наприклад, захворювання шкіри з причини контакту з шкідливими речовинами або біль у спині з причини фізичних навантажень на робочому місці.

Доки людина знаходиться на лікарняному з причини травми на робочому місці, вона отримує допомогу із захворювання згідно з правилами, що діють при звичайному захворюванні. Але якщо вона отримала травму і не може з цієї причини більше працювати або її доходи зменшилися, то їй виплачується довічна рента, яка компенсує втрачений дохід. У випадку смерті з причини нещасного випадку вдова або вдівець і діти мають право на довічну ренту померлого.

6.3. Соціальне страхування у Великобританії

Великобританія була першою індустріальною державою і майже 150 років залишалася найбагатшою країною світу, проте вона не стала піонером у сфері соціального забезпечення, хоча має найдавнішу у світі законодавчо встановлену систему соціальної допомоги, яка майже на два століття старша, ніж сама Великобританія.

Основні принципи післявоєнної системи соціального страхування і забезпечення були закладені в доповіді відомого економіста У. Беверіджа, що була підготовлена в 1942 р. за завданням керівництва Великобританії.

В якості першого принципу була названа революційність заходів, що пропонуються. Другий принцип полягав у тому, що організація нової структури соціального забезпечення розглядалась як складова частина всеохоплюючої політики соціального прогресу. У. Беверідж назвав п'ять основних проблем,

що підлягають ліквідації: нужда, хвороби, невічливість, бідність, вимушене ледарство. Третій принцип передбачав, що соціальне забезпечення повинно бути досягнуто шляхом співробітництва між державою й індивідумом. Держава повинна організувати забезпечення, що фінансується за рахунок внесків населення. Державна система соціального забезпечення не повинна була чинити тиски на ініціативу, стимули, відповідність і можливості громадян. На основі цих принципів було розроблено безпосередній план організації соціального страхування і забезпечення.

Держава брала на себе захист від низки соціальних ризиків: втрати працездатності в результаті старіння (вихід на пенсію за віком), інвалідності, з безробіття. Були також передбачені виплати на медичну допомогу та лікування, на поховання, на професійну перепідготовку, допомогу на дітей, материнську допомогу, допомогу у випадку смерті годувальника і розлучення. Розміри більшості виплат – з безробіття, інвалідності, пенсії за віком і виплати на професійну підготовку – були однаковими і не залежали від сімейного стану і призначалися, наприклад, вищими для шлюбної пари, де дружина не працювала. Для отримання названих виплат необхідні були обов'язкові внески з боку застрахованих. Отже, було передбачено принцип “рівні виплати за рівні внески”. Відповідно до умов страхування внесок був єдиним і охоплював зразу всі передбачені випадки без будь-якого спеціального розподілу.

У більшості випадків виконувався принцип рівності пенсій і виплат незалежно від розміру утраченого доходу. Виплата грошової допомоги з безробіття, інвалідності та старості продовжувалася рівно стільки, скільки існувала в них необхідність без подальшої перевірки потреби.

Усі пенсії та допомоги виплачувалися із Фонду соціального страхування за рахунок внесків застрахованих, підприємців і держави. Державна допомога фінансувалася безпосередньо з податкових відрахувань. Усі члени суспільства, незалежно від їх доходів, вносили рівний внесок у грошове забезпечення соціальних виплат.

Після розробки У. Беверіджем теорії і практики державного всезагального благополуччя багато дослідників запропонували свої теорії і концепції в рамках різних економічних шкіл і політичних напрямів. Спектр теорій виявився надзвичайно різноманітним: від повного неприйняття до визнання

державою всезагального благополуччя єдиним і універсальним інструментом подолання кризової ситуації в суспільстві.

Практична реалізація основних теоретичних положень, розроблених У. Беверіджем, почалася з другої половини 40-х років. У 1944-1948 рр. керівництво Великобританії послідовно прийняло ряд законів про національне страхування і від виробничого травматизму.

Таким чином, після Другої світової війни у сфері соціального захисту центральний уряд створив і фінансував:

- виплати усіх грошових допомог групі населення з низьким доходом, які раніше надавалися місцевими органами влади;
- загальну (хоча й на низькому рівні) систему соціального страхування, яка охоплює такі явища як старість, інвалідність, хвороба, материнство, безробіття, вдівство, нещасні випадки на виробництві;
- систему сімейної допомоги (вперше), яка надається незалежно від розміру доходів і зайнятості.

Крім цього, було націоналізовано медичну допомогу, яка надається безкоштовно.

Система соціального страхування відіграє виключно важливу роль у підтримці життєвого рівня населення країни. Зараз біля 65% англійців охоплено її програмами. Майже для 25% населення державні виплати є єдиним джерелом доходів. Система соціального страхування і забезпечення поглинає величезні грошові кошти. У 1987-1988 рр. її бюджет наблизився до 50 млрд. ф. ст. Разом з тим, ефективність її зменшилась. Окремі недоліки проявили себе протягом багатьох років, переросли в серйозні кризові явища.

Фінансова криза була викликана, з одного боку, зростанням потреб у грошових коштах для реалізації соціальних програм, а з іншого – зменшенням можливостей для отримання цих коштів. Зростання потреб визначалося низкою демографічних і економічних факторів. З 1951 року по 1985 рік населення Великобританії помітно постаріло: частка пенсіонерів зросла з 13,5% до 18%. З 1979 року до 1986 рік число безробітних збільшилося в 3 рази. Характер безробіття став застійним. Були й інші фактори, що сприяли зростанню фінансової напруги в системі соціального забезпечення.

Таким чином, модель соціальної політики, що базувалася на сильному державному втручанні і мала місце у Великобри-

танії протягом більш ніж 40 років, стала малоефективною.

Система соціального захисту включала два основні види забезпечення: соціальне страхування і державну допомогу.

Соціальне страхування передбачало виплату часткових компенсацій на випадок тимчасової або постійної втрати працездатності, хвороби, інвалідності, втрати годувальника, внаслідок природного зносу робочої сили з настанням похилого віку, на випадок народження дитини, а також втрати джерела доходу (безробіття). Юридичне право на отримання виплат базувалося на внесках застрахованих.

Державна участь виражалася в законодавчому регулюванні соціального страхування, що передбачало його обов'язковість (в основному для найманих працівників), частковому фінансуванні страхових фондів з коштів державного бюджету, організації управління страховими фондами, відповідальності за реалізацію затверджених страхових програм. Принцип державної допомоги відрізнявся від страхового. Критерієм для отримання коштів слугувала не плата внесків, а матеріальне становище того, хто потребував. Отримання допомоги в рамках цієї системи передбачало "перевірку бідності".

У період розробки і становлення система У.Беверіджа вважалася прогресивною, прозорою та привабливою для населення. Разом з тим вона мала недоліки, які потім переросли в кризові явища, - так заміжні жінки були поставлені в нерівні умови з чоловіками; запропоновані розміри виплат були настільки малі, що не завжди могли підтримувати мінімальний рівень життя, а масштаби державної допомоги були набагато більшими, ніж це допускалося в проекті закону. Проте порівняно з неповною, несистематизованою структурою систем соціального забезпечення і страхування попереднього періоду, система, запропонована У. Беверіджем, була великим кроком уперед.

Подальший розвиток системи соціального страхування і забезпечення ішов шляхом значного розширення як за масштабами, так і за формами та методами діяльності.

У квітні 1988 р. набув чинності закон про соціальне страхування і забезпечення, який діє і нині. Він містить ряд принципів нової неоконсервативної соціальної політики:

- приватизація соціального страхування або стимулювання індивідуальних заощаджень для пенсійного періоду життя;

- зниження державних витрат на соціальне забезпечення як у відносному, так і в абсолютному виразі;
- допомога сім'ї, бо сім'я – це основа розвитку суспільства і їй повинна бути надана суттєва допомога.
- Реформа системи соціального забезпечення заторкнула більшість діючих програм.

Медичне страхування

Досвід організації державної системи охорони здоров'я Великобританії свідчить про її високу ефективність і доступність при відносно низьких витратах на медичну допомогу. Основна частина коштів надходить з державного бюджету і розподіляється зверху вниз по управлінській вертикалі. У Великобританії використовується система бюджетного фінансування охорони здоров'я, що обумовлює його державний характер із високим ступенем централізації управління. Централізоване фінансування дозволяє стримувати зростання вартості лікування.

Фінансовою основою Національної системи охорони здоров'я є надходження від податків, які складають 90% бюджету охорони здоров'я. Тільки 7,5% бюджету формується за рахунок внесків роботодавців. Таким чином, Національна система охорони здоров'я практично існує за рахунок коштів, що вносяться платниками податків та виділяються урядом на охорону здоров'я зі статті витрат на соціальні потреби.

У цілому, пацієнти сплачують 10% вартості лікування. Всі працюючі підлягають обов'язковому страхуванню здоров'я. Непрацюючі жінки, які перебувають у шлюбі, можуть приєднатися до страхування за добровільними програмами. За рахунок цих коштів часто надаються фінансові допомоги з тимчасової непрацездатності у зв'язку з хворобою.

Істотним недоліком бюджетного фінансування охорони здоров'я є схильність до монополізму, ігнорування прав пацієнтів, як правило, відсутність можливості вибору лікаря, лікувального закладу. У монополістичній структурі неминучим є зниження якості медичних послуг через диктат їх представника (виробника, продавця) і відсутність можливості здійснення контролю за діяльністю медичних установ з боку користувачів, споживачів медичних послуг.

Уряд Великобританії пропонує стимулювати намагання

Національної системи охорони здоров'я до підвищення ефективності надання медичної допомоги за рахунок збільшення конкуренції між її різновидами. Уведено розподіл відповідальності за придбання медичної допомоги та за її надання.

Приватне медичне страхування у Великобританії охоплює переважно ті сфери медичних послуг, що не забезпечуються Національною службою охорони здоров'я. Приватним добровільним медичним страхуванням охоплено понад 13% населення.

Добровільним медичним страхуванням в Англії займаються різні страхові компанії. Але провідну роль серед них посідає страхова асоціація "БУПА", що виникла в 1947 р. в результаті об'єднання невеликих страхових організацій. Прибуток, що надходить від страхових операцій "БУПА" практично йде на розширення та модернізацію мереж комерційних медичних закладів. Ця мережа використовується як у рамках страхових програм, так і поза ними. Прибуток від комерційної діяльності медичних закладів, у свою чергу, підтримує медичне страхування, забезпечуючи фінансову стабільність "БУПА".

Головний принцип діяльності приватних страхових компаній – доповнення державної системи охорони здоров'я. Це означає, що об'єктом страхування є тільки ті ризики, які не бере на себе Національна служба охорони здоров'я. Враховуючи високий рівень розвитку Національної служби охорони здоров'я, сфера діяльності приватного медичного страхування достатньо обмежена, вона охоплює лише платну частку медичної допомоги як у комерційних медичних закладах, так і в лікарнях Національної служби охорони здоров'я. Страхові програми добровільного медичного страхування розповсюджуються тільки на ту частину діяльності державних медичних закладів, яка виходить за рамки суспільних зобов'язань.

Пенсійне страхування

Пенсійна система Великобританії – одна з найстаріших систем соціального страхування у світі. В ній пенсіонери можуть одержувати виплати з трьох джерел:

- 1) базової соціальної пенсії;
- 2) трудової пенсії (державної – незалежно від заробітку й стажу, і галузевої, яка може залежати від заробітку та розмі-

ру пенсійних накопичень);

3) добровільних накопичень у пенсійному фонді або страховій компанії.

Державна пенсія виплачується всім, хто сплачував соціальний податок не менш 10 років та їхнім чоловікам/дружинам при досягненні 65 років. Розмір пенсії фіксований – 390 фунтів стерлінгів на місяць на одинокого пенсіонера та 480 фунтів – на сім'ю. Державна пенсія фінансується за розподільчою схемою з соціального податку.

Професійна пенсія пропонуються роботодавцями для працівників, які працювали на підприємстві не менше двох років. Найчастіше і роботодавець, і працівник вносять певний відсоток заробітку, що робить професійні пенсії найкращим вибором. Переважна більшість самостійних пенсіонерів одержує виплати за професійними пенсійними схемами. Внесок може складати до 15% заробітку, більшість же працівників вносять 5-8% заробітку.

Добровільні пенсійні накопичення бувають груповими і персональними. Групові пенсійні схеми надаються роботодавцем, але вони не є професійною накопичувальною пенсією. Фактично все влаштовано за принципом купівлі страхового полісу з внеском, який залежить від віку та стану здоров'я. До полісу може бути включене страхування життя або страхування по інвалідності. Такі схеми є більш мобільними – при зміні роботи можлива участь у схемі або переведення накопичення до незалежного пенсійного фонду.

За добровільною персональною пенсійною схемою внески до пенсійних фондів здійснюються самими працівниками і непрацюючими платниками за їхнім бажанням на власний розсуд. Але в цьому разі можуть передбачатися високі штрафи за дострокове вилучення коштів з фонду.

У Великобританії існує система представництва інтересів різних учасників ринку, у тому числі й споживачів. Там розроблена система роботи з ризиками та захисту інтересів пенсіонерів від банкрутства.

Соціальне страхування на випадок безробіття

Англійська система державного соціального страхування подібна до американської. Із зростанням безробіття в країні було запроваджено план вивільнення працівників, щоб заохо-

тити людей похилого віку раніше виходити на пенсію за умови, що підприємець найматиме на вивільнені місця безробітних, особливо молодих.

Існують особливості формування доходів системи соціального страхування, а саме: відсоток податкових відрахувань із заробітної плати працівників збільшується до суворо обмеженої верхньої межі, після якої податки пропорційно зменшуються. Чим більше заробітна плата перевищує верхню встановлену межу, тим меншу суму податку сплачують підприємці, що визначає менші надходження до системи соціального страхування.

Функції із стимулювання зайнятості перенесені з централізованого рівня на регіональний. При цьому державою передбачаються бюджетні асигнування регіонам на розвиток мережі дрібних підприємств. Місцева влада має право самостійно заохочувати підприємницьку діяльність. Стимулюється створення кооперативних товариств працівниками, якщо існує загроза закриття підприємства.

6.4. Соціальне страхування у Франції

У Франції питання про організацію страхування здоров'я, виплати пенсії по старості та інвалідності вперше було розглянуте ще Конвентом, який створив реєстр – “Книгу національної добродійності”, і “Законом від 22 флореаля другого року”, що визначили, які категорії населення підлягають запису до цього реєстру. Але після опублікування цього Закону, Конвент із фінансових міркувань відмовився від його виконання. Лише через 100 років французький уряд приступив до втілення у життя принципів, проголошених Великою французькою революцією.

У липні 1913 р. у Франції був прийнятий закон, відповідно до якого проводилося страхування працівників від нещасних випадків і професійних захворювань. Цей закон зобов'язував підприємця виплачувати грошову допомогу протягом календарного року з моменту звільнення працівника, це питання розглядалося комісією, до складу якої входили депутати, співробітники страхових організацій, працівники і підприємці. Закон мав дуже важливе значення для становлення системи страхування здоров'я.

У Франції існує ефективна система медичного страхування, яка охоплює 80% населення країни. Фінансування системи охорони здоров'я у Франції здійснюється в основному за рахунок трьох джерел фінансування: загального бюджету, обов'язкового медичного страхування (основне джерело фінансування), особистих коштів громадян.

Провідну роль відіграє ОМС (обов'язкове медичне страхування). Працівники та підприємства в обов'язковому порядку регулярно сплачують внески до страхової каси.

Створено єдину ієрархію страхових кас, функціонує вертикальна система медичного страхування. Могутня страхова організація (Національна каса страхування найманих працівників), яка знаходиться під контролем Міністерства соціального забезпечення та праці й охоплює 78% населення, складається зі 129 місцевих відділень, кожне з яких відповідає за страхування в окремому регіоні та не конкурує між собою. Місцеві відділення мають певну автономію, але підлягають адміністративному контролю з центру.

Фірми й організації щомісячно відраховують у фонд ОМС до 36% грошових коштів, з яких утримується 6,5% із заробітної плати працівників.

Цей вид соціального захисту населення є обов'язковим для всіх категорій працівників і службовців. Здійснюється обов'язкове страхування студентів і школярів. Окремі категорії громадян самостійно купують страховий медичний поліс. На практиці використовуються колективні й індивідуальні страхові договори, що укладаються для покриття трьох основних ризиків: смерті, тимчасової непрацездатності, інвалідності чи хвороби. Більшість страхових компаній віддає перевагу комплексному страхуванню.

Слід зазначити, що у Франції нараховується до 150 тис. лікарів. Вони приватно укладають угоди з департаментськими касами. Пацієнт, попередньо записавшись на прийом до лікаря, платить йому за візит і за всі види медичних послуг: аналізи, консультації тощо. Потім лікар заповнює спеціальний лист, на основі якого пацієнт отримує в касі страхування повну або часткову компенсацію. Безкоштовні медичні послуги надаються інвалідам та важкохворим, які не мають коштів на лікування.

Окрім страхових кас, у Франції існують численні товариства взаємодопомоги, які здійснюють додаткові види страхування, наприклад, оплату медикаментозної та стоматологічної допомоги. Такі товариства беруть участь у сплаті рахунків

своїх членів первинним страховим касам або пропонують своїм членам допомогу щодо догляду за людьми похилого віку. Діяльність товариств взаємодопомоги координується національною федерацією.

Крім того, Франція має добре розгалужену сітку приватних страхових компаній. За медичним страхуванням ця країна займає третє місце у світі після Німеччини і Голландії.

У Франції обов'язкове і добровільне медичне страхування розвивається паралельно.

Сектор приватного медичного страхування охоплює 6,4 млн. (до 9% населення) застрахованих. Медичні послуги надають більше 100 медичних установ. Десять найбільших страхових компаній разом охоплюють понад 71% страхового ринку.

Фінансування ДМС (добровільного медичного страхування) базується на створенні грошових запасів (резервів) для кожного клієнта. Із внесків молодших та здоровіших застрахованих формуються відрахування в резервний фонд на період, коли видатки будуть перевищувати надходження. При цьому застосовується методика визначення премій. Величина премій орієнтується не на фінансовий стан клієнта, а на стан здоров'я. При ДМС кожен, хто бажає застрахуватися, повинен пройти додаткове медичне обстеження. Якщо результати свідчать про значний ризик погіршення стану здоров'я, то страхова компанія може відмовити в укладанні договору.

Пенсійна реформа у Франції була спрямована на заохочення приватного пенсійного страхування і почала діяти з прийняттям відповідного закону в 1994 році. Ще раніше, у 1990 р. почав втілюватися в життя План народних нагромаджень, згідно з яким вкладник у Пенсійний фонд отримував податкові пільги (мінімальний строк вкладення – 8 років) і мав право обирати для пенсійних внесків будь-який банк чи страхове товариство, а збереженість вкладів гарантувалася державою. Високий прибуток по цих вкладах у 90-ті роки привів до стрімкого зростання суми накопичень. З вересня 2003 року вкладення по цьому плану були закінчені, а новий уряд запропонував новий Пенсійний фонд, участь у якому дозволяє будь-якій особі зменшити на 10% суму доходів, підпорядкованих оподаткуванню. Пенсійна система Франції передбачає певну податкову пільгу: під час передання пенсійних заощаджень у спадщину, вони не оподатковуються. Основна пенсійна схема буде збережена у Франції до 2010 р., але при цьому період виплат пенсійних внесків буде збільшено з 37,5 до 40 років.

6.5. Соціальне страхування в Ізраїлі

Ізраїль, як і багато інших європейських країн, нещодавно провів реформу системи охорони здоров'я. Регульований ринок, створений на основі закону про національне медичне страхування, втілює в собі багато принципів керованої конкуренції.

У державі Ізраїль немає державної системи медичного обслуговування, але 94% населення країни охоплено всебічним страхуванням здоров'я. В основному медичне страхування здійснюється в межах медичного страхового фонду профспілкового об'єднання Гістадрут (83%), а також на базі інших фондів медичного страхування (17%). Медичні заклади знаходяться у відомстві різних агентств, головними з яких є профспілки та уряд. У відомстві робочої профспілки Ізраїлю Купат Халім знаходяться найбільші та найкращі у країні лікарні. У приватній власності знаходиться невелика кількість лікарень. Найбільша профспілка Ізраїлю є головним постачальником медичних послуг через посередництво Загального робочого фонду допомоги хворим.

Виходячи з аналізу тенденцій розвитку членства у фондах оплати непрацездатності та опитування населення в 1995 і 1997 рр. щодо оцінки впливу реформи на рівень послуг, наданих населенню, можна зазначити, що прийняття закону про Національне медичне страхування сприяло вирішенню багатьох поставлених завдань: забезпечення страхового покриття населення, забезпечення права переходу з одного фонду оплати непрацездатності в інший, стандартизація шляхів виділення коштів цим фондам.

Стимули, закладені в законі сприяли тому, що фонди оплати непрацездатності покращили рівень послуг, які надавалися пересічному громадянину, а також стали розвивати послуги на периферії й пропонувати їх менш захищеним верствам населення.

З огляду на фінансову перспективу, побоювання щодо того, що прийняття закону про Національне медичне страхування призведе до зростання витрат на охорону здоров'я. Слабким місцем закону стало зниження витрат на одного застрахованого залежно від віку у трьох фондах, однак, даних про зниження рівня послуг чи незадоволення даними послугами від застрахо-

ваних не надходило.

Ізраїльський досвід свідчить, що регулювання конкуренції необов'язково призведе до економічної стабільності та рівності. Регулювання конкуренції також не може вирішити ряд проблем охорони здоров'я в Ізраїлі, а саме: проблему рівня фінансування, організаційної структури лікарської системи, планування зайнятості та проблему державної участі в роботі системи. Для вирішення цих проблем потрібні додаткові зміни в політиці охорони здоров'я.

Питання пенсійного забезпечення в Ізраїлі, як і в країнах Заходу, за останнє десятиріччя увійшли до кола пріоритетних питань порядку денного соціально-економічної політики. Чинники, що вимагають реформування національної та професійної пенсійної системи, є спільними для всіх країн: старіння населення, скорочення частки працездатного населення в загальній чисельності, збільшення випадків дострокового виходу на пенсію, зміна ставлення до ролі уряду в пенсійній системі.

Пенсійна система Ізраїлю складається із двох рівнів (дані за травень 2003 р.): державна система, яка гарантує базову пенсію майже кожній особі похилого віку, і професійна, пов'язана із заробітками. Пенсійне забезпечення останньої системи здійснюється пенсійними фондами або – для державних службовців— державою. Перший рівень, адміністратором якого є Національний інститут страхування (НІС), виконує важливу функцію перерозподілу доходів і зменшення рівня бідності громадян похилого віку, тоді як професійні пенсії запобігають значному зниженню рівня життя людей після виходу на пенсію.

Виплати з НІС не залежать від заробітків у період трудової діяльності та лише частково залежать від тривалості страхового стажу.

Фінансування першого рівня здійснюється за рахунок внесків застрахованих і роботодавців за участю держави (15% від суми зібраних внесків). Схема першого рівня не є суто солідарною, оскільки підтримується активами, достатніми для фінансування витрат упродовж трьох – шести років. Надлишки інвестуються в державні облігації з гарантованим доходом (у середньому 5%). Особи похилого віку, які не відповідають критеріям набуття права на пенсію (здебільшого нові

іммігранти, які нещодавно прибули до країни), не отримують через Національний інститут страхування спеціальну допомогу за віком. Крім того, згідно з законом про підтримку доходу, малозабезпечені особи похилого віку мають право на додаткову виплату, яка гарантує їм дохід на рівні встановленого законом прожиткового мінімуму. Спеціальна допомога за віком і додаткова виплата для підтримки доходу фінансується із загальних податкових надходжень.

Другий рівень складається з професійних пенсій, передбачених колективними договорами (або індивідуальними контрактами між працівниками і роботодавцями) і державним законом, який гарантує бюджетні пенсії державним службовцям. Адміністрування професійної пенсійної системи – за винятком бюджетних пенсій – здійснюють пенсійні фонди, здебільшого Гістадрут (Загальної федерації праці Ізраїлю), страхові компанії та взаємні фонди. Бюджетні пенсії фінансуються на солідарних принципах з податкових надходжень, тоді як фінансування інших професійних пенсій є фондованим – за рахунок внесків від роботодавців і працівників та доходу від інвестування резервів.

Пенсійні фонди і страхові компанії знаходяться під наглядом Департаменту ринку капіталу, страхування і заощаджень Міністерства фінансів. Деякі учасники пенсійного ринку пропонують приватні пенсійні плани. Для отримання мінімальної пенсії за віком необхідно відпрацювати в країні не менше 10 років та досягти пенсійного віку. У даному випадку сума пенсії складає 20% від середньої заробітної плати (брутто) за будь-які 5 років із відпрацьованих 10. Кожний додатковий рік стажу дає право на надбавку до пенсії в розмірі 2%, однак, максимальна пенсія не може перевищувати 70% від середньої заробітної плати (брутто) за будь-які п'ять років роботи. Нові репатріанти, які приїхали до Ізраїлю у віці 50 років і більше та почали працювати не пізніше ніж за 2 роки після репатріації, отримують за 10 відпрацьованих у країні років пенсію в розмірі 33% від середньої суми своєї заробітної плати, за будь-які 5 років роботи в Ізраїлі та 2% за кожний рік, відпрацьований більше 10-річного мінімуму.

Чоловіки мають право на пенсію за віком, якщо вони є громадянами Ізраїлю (за винятком осіб, які іммігрували до Ізраїлю після досягнення 60-річного віку) і досягли пенсійного

віку (70 років) незалежно від доходу; або у віці від 65 до 70 років, якщо їхній дохід від трудової діяльності не перевищує 3969 нових шекелів на місяць для однієї особи або 5293 нових шекелів для подружжя ("тест бідності")*. Жінки мають право на пенсію за віком, якщо вони є мешканками Ізраїлю, яким на момент імміграції до Ізраїлю ще не виповнилося 60 років, і досягли пенсійного віку (65 років) незалежно від доходу; або у віці від 60 до 65 років - залежно від доходу, як описано вище, і які підпадають під одну з таких категорій:

- одинока жінка — незаміжня, розлучена або овдовіла жінка (за винятком удів, які отримують пенсію у зв'язку із втратою годувальника або пенсію для утриманців і не працюють поза власним домогосподарством);

- заміжня жінка, яка працює поза власним домогосподарством (є зайнятою або самозайнятою);

- заміжня жінка, чоловік якої не є застрахованим за пенсійним страхуванням по старості і втраті годувальника (через його вік або через те, що він не є громадянином Ізраїлю) – навіть якщо вона не є зайнятою або самозайнятою;

- покинута дружина (заміжня жінка, чоловік якої зник два чи більше років тому або перебуває за кордоном без її згоди два роки чи більше і не сплачує їй аліментів) – навіть якщо вона не є зайнятою або самозайнятою.

- домогосподарка – заміжня жінка, яка не працює поза власним домогосподарством, чоловік якої є застрахованим. Така жінка має право на пенсію за віком з 65-річного віку, якщо вона задовольняє таким умовам: є громадянкою Ізраїлю не менше п'яти років, що безпосередньо передують моменту досягнення нею 65-річного віку;

- народилася після 31 грудня 1930 р.

Отже, умовами набуття права на отримання пенсії за віком є:

- досягнення пенсійного віку;

- наявність "кваліфікаційного періоду" – 60 місяців страхування протягом останніх 10 років перед досягненням пенсійного віку або 144 місяці страхування загалом; або 60 місяців страхування загалом, якщо кількість місяців страхування є не меншою за кількість місяців без страхування. Від необхідності мати "кваліфікаційний період" звільняється: розлуче-

* Станом на 2004 рік

на, овдовіла, покинута чоловіком або незаміжня жінка, якій на момент імміграції до Ізраїлю виповнилося 55 років; заміжня жінка, чоловік якої не є застрахованим; домогосподарка, а також жінка, яка отримувала пенсію по інвалідності в тому місяці, який передував місяцю, в якому вона набула право на пенсію за віком.

Доплата на утриманців виплачується на чоловіка/дружину отримувача пенсії, якщо він/вона не отримує власної пенсії за віком, і на кожного з перших двох дітей отримувача пенсії. Домогосподарка не має права на доплату на утриманців. Доплату можуть одержувати:

1) чоловік жінки-отримувача пенсії, одружений з нею щонайменше один рік, якому виповнилося 70 років, або якому виповнилося 50 років, якщо він відповідає критеріям "тесту бідності";

2) дружина отримувача пенсії, якщо вона:

- одружена з отримувачем пенсії щонайменше один рік або народила йому дитину;
- досягла 45 років або має під опікою його дитину;
- досягла 65 років і відповідає критеріям "тесту бідності";

3) дитина отримувача пенсії (у тому числі прийнята на виховання чи усиновлена), яка не досягла 18 років або до 20 років, у році продовження навчання у навчальному закладі після здобуття базової середньої освіти; або до 22 років, якщо перебуває на регулярній службі в Силах оборони Ізраїлю, якщо не минуло 36 місяців після її мобілізації; або (лише для дівчат) молодша 22 років, якщо відбуває військову повинність; або молодша 20 років, якщо є курсантом закладу системи довійськової підготовки Сил оборони Ізраїлю; або молодша 22 років, якщо має відстрочку від військової служби через академічне навчання з дозволу Сил оборони Ізраїлю.

6.6. Соціальне страхування в Чилі

Пенсійне страхування

Найбільше зацікавлення для дослідників радикального досвіду пенсійної реформи викликає досвід Чилі – країни, яка за короткий проміжок часу перейшла від розподільної системи до змішаної з переважним розвитком накопичувальної си-

стеми, та вирішила комплекс питань соціального захисту населення, зокрема, пенсійного забезпечення.

Пенсійна реформа в Чилі є однією з найбільш успішних. Мексика, Колумбія, Аргентина, Болівія, Перу та інші країни Латинської Америки впровадили чилійський досвід проведення пенсійної реформи. Ще до початку основних реформ у країні відбулися зміни в системі соціального забезпечення. Було запроваджено єдиний мінімальний розмір пенсії за віком й інвалідністю для всіх професійних груп і спеціальні соціальні пенсії для окремих категорій незастрахованих осіб, підвищено до 60 років для чоловіків пенсійний вік. На початку 1881 року уряд скоротив сумарні внески роботодавців і працівників до 20% фонду заробітної плати в усі каси.

У середині 1981 року було здійснено реформу пенсійного страхування. Для переходу до нової системи випускаються особливі сертифікати – бони, що містять зобов'язання держави перед пенсіонерами. Вони зараховуються на накопичувальні рахунки працівників, пропорційно їхньому внеску до розподільної системи, яка ґрунтується на методі капіталізації внесків. Зобов'язання старої системи вилючаються з державного бюджету. Страхувальники отримують можливість направляти свої внески (мінімум 10% заробітної плати) до нових приватних страхових товариств – адміністрації пенсійних фондів (АПФ). Роботодавці звільняються від сплати внесків до пенсійних фондів, але особам, які перейшли на нову систему страхування, підвищують розміри номінальної заробітної плати (у середньому на 10%). АПФ керують пенсійними фондами, вони не мають права використовувати кошти вкладників для покриття своїх витрат, – з цією метою можна використовувати тільки комісійні збори. Три рази на рік АПФ надсилають вкладникам дані про акумульовані кошти та розмір комісійних. Нова система передбачає, що кожен страхувальник отримав право вибору та заміни АПФ. Якщо ж страхувальник змінює страховика, то останній отримує накопичення, з яких повинна виплачуватися пенсія. Внески кожного страхувальника нараховуються на індивідуальні рахунки. Накопичені капітали не лише задовольняють потреби пенсійного забезпечення, а й дають змогу спрямовувати надлишки на одержання додаткового прибутку. У середньому, дохід на розміщених в пенсійних фондах кошти у 80-ті роки становив 14%.

Тим громадянам країни, які не брали участі у страхуванні чи не мають необхідного страхового стажу, держава гарантує соціальну пенсію в розмірі 50% від мінімальної пенсії. Мінімальна пенсія для особи, яка сплачувала внески протягом 20 років, дорівнює 70% від її середньої заробітної плати за останні 10 років, скоригованої з урахуванням інфляції.

Реєстрацію АПФ та перевірку їхньої фінансової діяльності здійснює спеціально створене управління АПФ. Можливості використання капіталів пенсійних фондів для накопичення мають певні обмеження. Перелік об'єктів вкладення регулюється спеціальними законодавчими актами та містить сім категорій: державні цінні папери, термінові банківські депозити, кредитні зобов'язання фінансових установ, акції державних і приватних компаній, акції акціонерних товариств відкритого типу. Усі вони, за винятком державних цінних паперів, проходять процедуру визначення ступеня ризику. Для забезпечення реального захисту пенсійних накопичень громадян створено спеціальну комісію з ризику, яка зобов'язана оцінювати ризик вкладень у ту чи іншу сферу економіки й розробляти рекомендації з інвестиційної політики. До складу комісії входять представники АПФ, банків, фінансових організацій, бірж і страхових компаній. Комісія щомісяця публікує результати своєї роботи. Об'єкти вкладень класифікуються у п'яти категоріях залежно від ступеня ризику. Максимальна частка інвестицій у різного роду об'єкти визначається Центральним банком Чилі. Так, частка коштів, що вкладені в державні цінні папери, не може бути більшою, ніж 50% обсягу усіх вкладень, а в строкові депозитні вклади й акції, що мають гарантії фінансових організацій, 30 і 40% відповідно.

Одночасно з АПФ зберігається й стара система пенсійного забезпечення. За прогнозами, вона існуватиме приблизно до 2030 року. З 1988 року всі пенсійні каси об'єднані в одну; вони охоплюють 12% робочої сили країни. До нової системи соціального страхування залучено 74% робочої сили, її капітали становлять 18% ВВП країни і 54% усіх національних заощаджень. Швидке зростання членів АПФ було забезпечено за рахунок того, що приплив нових членів до старих кас був закритий, а пенсії, що нараховувалися за новою системою виявилися в середньому на 20% вищими, ніж за старою.

Держава через бони оформляє свої зобов'язання перед пенсіонерами з періодом їх погашення до 40 років. Фактично

держава фінансує зароблені пенсійні права для всіх працівників і пенсіонерів, цілком відмовившись від пенсійних внесків.

Авторитарний режим забезпечує соціально-політичну стабільність за умов обов'язкової участі всіх, хто працює в новій системі. Одночасно з пенсійною реформою відбувається лібералізація та формування ринків капіталу всередині країни, що дає могутній імпульс розвитку ринкової інфраструктури, сприяє появі нових фінансових інститутів. Створена в Чилі в першій половині 80-х років інфраструктура фінансових ринків зменшує ризики невиконання контрактів і сприяє досягненню "прозорості" трансфертів. Сумарні зобов'язання чилійського уряду, пов'язані з реалізацією радикального варіанта пенсійної реформи, оцінюються у 80-100% ВВП.

Нова чилійська система пенсійного страхування має низку серйозних переваг порівняно зі старою: нижчий рівень внесків більш високі пенсії для застрахованих; свобода вибору АПФ і виду пенсії (договір про страхування може передбачати виплату пенсії довічно чи протягом визначеного строку, пенсіонер може відписати накопичений капітал чи вийти на пенсію достроково); урахування попередніх внесків; державні гарантії мінімальної пенсії; швидкий і простий спосіб нарахування пенсії.

Чилійська пенсійна система управляється приватними організаціями, нею охоплено 95% чилійських працівників. Вона вирізняється великою ефективністю приросту заощаджень, які за останні 20 років на 10% перевищували інфляцію. Жодна інша система не може похвалитися таким же результатом.

Вже у 1994 році активи НПФ склали більше 20 млрд. дол. США, що відповідало майже половині валового внутрішнього продукту Чилі. На початок 2003 року ця сума склала вже 35 млн. дол. США. Крім того, 12 млн. дол. було передано компаніям, що спеціалізуються на страхуванні життя для забезпечення пенсіонерів пенсією на все життя. Розвиток НПФ у Чилі мав позитивний вплив на економіку країни.

Проте є й негативні моменти:

1) зниження, особливо на початковому етапі, загальної частки застрахованих (тільки 60% населення, яке працює за наймом, стало учасниками НПФ, оскільки існує значна кількість працівників, які не мають достатньої кількості коштів, щоб оплачувати страхові внески);

2) велика кількість пенсіонерів, які одержують мінімальну пенсію (60% пенсіонерів отримують мінімальну пенсію, що складає 70% мінімальної заробітної плати) в перспективі (за оцінками експертів, половина осіб нині застрахованих) також будуть одержувати мінімальну пенсію;

3) незабезпечення прожиткового мінімуму;

4) повне фінансування з бюджету соціальних пенсій (удвічі менших за мінімальні) незважаючи на великі кошти, накопичені в АПФ;

5) вплив на внутрішній ринок капіталів пенсійних фондів значно менший за очікуваний;

6) високий рівень державних витрат на здійснення пенсійної реформи.

У цілому, чилійський варіант реформ у такому вигляді не застосовувався в інших країнах.

По-перше, у Чилі реформування пенсійної системи відбувалося під час панування авторитарного режиму. В умовах розвитку демократичних тенденцій перехід до нової системи пенсійного страхування, що зачіпає інтереси багатьох впливових верств суспільства, не може відбуватися без ретельного вивчення і згоди на те громадськості.

По-друге, досить високим є коефіцієнт співвідношення платників внесків і одержувачів пенсій у період реформування пенсійної системи (2:1). За іншої ситуації навантаження пенсійних зобов'язань на бюджет, за умов спрямування переважної маси внесків до приватних фондів, виявилось б для нього непосильним.

За умов поступового переходу дві пенсійні системи – стара та нова – певний час співіснують. Працівники сплачують внески на накопичувальні персональні рахунки, одночасно відраховуючи їх до розподільної системи. Це дає державі змогу в перші роки реформи здійснювати виплати з розподільної системи, не залучаючи додаткових коштів з бюджету. Поступовість розширює можливості керування активами та пасивами пенсійної системи, що скорочує довгострокову потребу в бюджетному фінансуванні перехідного процесу.

Принципова особливість поступової реформи полягає в тому, що за умов її реалізації, на відміну від радикального варіанта, роль державного бюджету зводиться до мінімуму. Необхідною умовою цього є раціональна фінансова організація перехідного процесу, а також підтвердження державою своїх

зобов'язань перед поколіннями, які працюють, у розумних межах. Держава зобов'язується здійснювати виплати не всім громадянам, які робили внески до державної пенсійної системи, а лише тим, чиї накопичення недостатні для забезпечення визначеного гарантованого рівня пенсії. При цьому скорочується потреба в бюджетному фінансуванні та прискорюється перехідний процес.

Дослідження світового досвіду функціонування та реформування пенсійних систем дає підстави зробити такі висновки.

Незважаючи на безліч правових норм, що регулюють питання пенсійного забезпечення в різних країнах, кількість принципів концептуальних підходів до побудови систем пенсійного забезпечення є обмеженою.

Основу пенсійної системи більшості країн, або її перший рівень, становлять пенсії з обов'язкового пенсійного страхування. Водночас організація обов'язкового пенсійного страхування складається з двох різних концептуальних підходів. Один втілюється в класичній бісмарківській моделі – збереженні доходу після припинення трудової діяльності, другий – у не менш класичній моделі Лорда Беверіджа, що полягає в забезпеченні прожиткового мінімуму для всіх непрацездатних громадян.

Необхідно використовувати принцип солідарності в державній пенсійній системі, оскільки головною метою першого рівня є забезпечення суспільно необхідного статусу для основної маси літніх громадян. Нагромадження пенсійних коштів та їх використання для інвестицій в економіку є більш правомірним у межах другого та третього рівнів пенсійної системи.

Розвиток багаторівневої пенсійної системи потребує чіткого усвідомлення різниці, що існує між професійним додатковим пенсійним забезпеченням і особистим пенсійним страхуванням громадян. Потрібно також враховувати цю різницю за умов законодавчого регулювання та брати до уваги те, що обидві ці форми є необхідними.

Пенсійна система в Чилі вважається найдорожчою у світі. Інвестиційні портфелі НПФ Чилі достатньо консервативні та недостатньо диверсифіковані, що не дозволяє їм досягати високого рівня доходності.

Приватне медичне страхування

У 80-х рр. у Чилі, поряд із колективним страхуванням трудящих, було дозволено приватне медичне страхування, що сприяло модернізації приватного сектору охорони здоров'я, але через це суспільний сектор став відносно біднішим унаслідок переходу лікарів до приватної практики.

В Аргентині та Колумбії у 80-х рр. розпочалась лібералізація сектору медичного страхування, однак для того, щоб уникнути небажаного чилійського досвіду, у цих країнах стали застосовувати поліси.

Система приватного медичного страхування існує в Чилі з 1981 р., а з 1995 р. охоплює більше ніж чверть населення. Основна увага приділяється стимулюючому впливу державного регулювання, що визначає напрями політики приватного медичного страхування і його зв'язок з державною системою охорони здоров'я.

Нерівність у правах закриття полісів і необмежена можливість повернення до державної системи стають центральними функціональними елементами вищезазначеної системи. Більшість мешканців Чилі розглядає приватну систему як додатковий поліс для одержання амбулаторних послуг (незалежно від офіційно зазначених у ньому цілей), а не як систему, яка забезпечує повне покриття витрат.

6.7. Медичне страхування в Канаді

Канадську систему охорони здоров'я часто називають безкоштовною. Насправді ж пацієнти в лікарні оплачують значну частину їхньої вартості. У тих випадках, коли медичні послуги включено до планів охорони здоров'я на рівні провінцій, пацієнт не бере участі в їхній оплаті: повну вартість застрахованих послуг відшкодовують провінційні уряди. Однак відповідно до канадського Закону про охорону здоров'я гарантії безкоштовного медичного обслуговування поширюються лише на застраховані види послуг і багато хто неохоплений чи охоплений частково державними планами.

Медичне обслуговування фінансується практично всіма канадцами через загальне оподаткування, страхові внески й оплату готівкою. У середньому щорічний внесок кожного канадца в систему охорони здоров'я складає майже 2 500 дол.

З 1971 року в Канаді введено Національну систему універсального медичного страхування, яка включає оплату всіх ви-

дів стаціонарної та амбулаторної допомоги окрім стоматологічної, протезування та придбання медикаментів. Більш ніж 90% витрат на стаціонарну та амбулаторну допомогу компенсується із громадських фондів. За рахунок прогресивного податку покривається 25% усіх затрат на охорону здоров'я. Добровільне медичне страхування не дуже поширене та забезпечує виплати тільки в тих сферах, які не покриваються універсальним страхуванням

Як свідчать дослідження, більшість канадців розглядають ідею ощадного медичного страхування як раціональну (72%), як спосіб вибрати послуги, що відповідають їх потребам (67%) та як засіб підвищення відповідальності медичних працівників (55%)

Нині ощадне медичне страхування цілком здатне забезпечити перехід від існуючої системи медичного страхування до MSAs (Medical savings accounts). У 1995 р. у Британській Колумбії було введено в дію комп'ютерну мережу Pharma Net, яка пов'язує аптеки регіону та надає фармацевтам вичерпну інформацію про використання пацієнтами виписаних лік й інформацію про можливості страхування пацієнта.

Система ощадних рахунків медичного страхування MSAs приводить, як показує досвід американських фірм, до економії витрат на медичне обслуговування без нанесення шкоди здоров'ю. Там, де використовується MSAs, знижуються витрати як роботодавця, так і працівника, накопичуються заощадження. Згідно з опублікованими у США даними, система MSAs (чи подібна до неї) дозволяє скоротити до 20% витрати на медичне обслуговування.

Деякі опоненти вважають, що державне фінансування охорони здоров'я і регулювання ринку медичних послуг виправдане та необхідне.

Канадські органи державної влади цілком можуть гарантувати страхування громадян від нещасних випадків і забезпечити додаткові вкладення в MSAs. Держава може частково або повністю покривати страхові внески: залежно від стану здоров'я, віку і рівня доходів людини. Передусім використовувалися б кошти наявні у фондах MSAs. Наприкінці року будь-яка сума, що залишається у MSAs, може бути переведена на окремий рахунок для майбутніх витрат на медичне обслуговування або пролонгована шляхом використання в накопичувальній схемі пенсійного забезпечення.

У 1999 р. проблеми, що мали місце в канадській системі охорони здоров'я, загострилися.

З 1975 по 1991 р. витрати на охорону здоров'я збільшилися з 7,1% ВВП до 10,2%. З 1991 р. державні витрати на охорону здоров'я скорочувалися і нині складають понад 9,5% ВВП. На жаль, значною мірою це було результатом таких методів економії, як закриття лікарень, установлення меж оплати праці лікарів, що ускладнювало доступ пацієнтів до сфери медичного обслуговування.

6.8. Соціальне забезпечення в Іспанії

В Іспанії соціальне забезпечення виражається в системі пільг. Як і в інших європейських країнах, право на пільги мають окремі категорії громадян. У більшості випадків це молодь, багатодітні родини та пенсіонери. До осіб, які мали право на пільги, ще 20-30 років тому належали працівники, тому що заробітки були низькими. Так, за часів диктатури генерала Франко, працівники мали право на пільговий відпочинок у профспілкових готелях на березі моря, також держава надавала військовим житло на пільгових умовах і за мінімальну плату. Через певний час вони могли викупити це житло - також за дуже низькою ціною. Поступово практика пільг для окремих категорій привілейованих категорій зникла.

Тоді ж подібна політика набула форми опікунства. Наприклад, існував спеціальний департамент, який опікувався водіями найвищого керівництва - міністрів, начальників управлінь тощо. Ці водії заробляли значно більше за службовців, їм надавали пільгові квартири та навіть спеціально будували житло.

Ідея пільгового житла - не тільки у найм, але й у власне володіння - настільки вкорінилася у свідомості багатьох іспанських політиків, що її намагаються реанімувати. Так, уряд планує будівництво подібного житла для молоді. Економісти та соціологи критикують цю ідею, вважаючи її, по-перше, тягарем для бюджету, а по-друге молодь за таких умов позбавляється стимулів, які спонукають її дбати про власний добробут. Окрім того, вони вважають, що пільгове житло швидко стане об'єктом спекуляцій: отримуватиметься його будуть особи, для яких воно не призначалося.

Нині в Іспанії серед пільгових категорій населення можна виділити лише три: молодь, яка навчається, багатодітні родини (з трьома і більше дітьми) та пенсіонери.

У молоді пільг небагато: проїзд на міському транспорті та вхід до музею за половину вартості квитка.

Багатодітним родинам надається знижка на проїзд у міському та міжміському транспорті в межах країни. Вона складає близько 20% і залежить від району та можливостей місцевих бюджетів. Для багатодітних родин держава визначає лише сфери, на які поширюються ті чи інші пільги. Наприклад, знижка під час купівлі житла – до 40%, пільгова оплата за навчання дітей в університеті, перебування дитини в дошкільному закладі, підручники, талони харчування у шкільній їдальні. Крім того, батькам із багатодітних сімей держава повертає частку сплаченого ними прибуткового податку – до 400 євро на рік. Найбільше пільг в Іспанії мають люди похилого віку. Так, для іспанських пенсіонерів, за рахунок дотацій місцевої влади, проїзд у міському транспорті коштує значно дешевше. У деяких провінціях країни проїзд для пенсіонерів взагалі безкоштовний, а на залізниці та авіарейсах вони сплачують за квитки на 25% менше. Пенсіонери також мають право безкоштовно або за символічну плату відвідувати музеї і навіть футбольні матчі. Крім того, їм пропонуються різноманітні туристичні тури, у т.ч. за кордон (із 50% знижкою вартості курортних путівок). Але, звичайно, основна пільга для пенсіонерів – безкоштовне придбання ліків. Для тих, хто користується системою соціального страхування лікар виписує рецепти на зелених бланках (ліки дешевші на 40%), а для пенсіонерів – на червоних, що передбачає їх безоплатне отримання.

Окуляри іспанські пенсіонери також можуть придбати за півціни. До того ж, ця пільга поширюється і на пенсіонерів з інших країн Євросоюзу, які постійно мешкають в Іспанії. Проте нещодавно міністр економіки заявив, що найбільш забезпечені пенсіонери, на його думку, мали б оплачувати частку витрат, пов'язаних з лікуванням та придбанням ліків. Тобто, продовжувати відраховувати внески до фонду соціального страхування, від яких зараз усі іспанські пенсіонери звільнені. Хоча міністр не дав пояснення, яких саме пенсіонерів він вважає "забезпеченими", його пропозиція викликала протест і навряд чи буде втілена вжиття.

Питання для самоконтролю

1. В яких організаційно-правових формах здійснюється соціальне страхування в Нідерландах?
2. Які внески сплачують громадяни до фондів соціального страхування в Нідерландах?
3. Які виплати передбачено системою соціального страхування Нідерландів?
4. У чому полягає особливість державного соціального страхування в Нідерландах?
5. Як вплинуло мало впровадження «плану Деккера»?
6. Які види допомоги сплачують у межах страхування від безробіття у Нідерландах?
7. У чому полягає особливість «шведської моделі» функціонування економіки?
8. У чому полягає головна відмінність системи соціального забезпечення Швеції?
9. Дайте характеристику шведської пенсійної системи та системи охорони здоров'я.
10. На що переважно спрямована шведська система соціального страхування на випадок безробіття?
11. Які види соціальної допомоги з материнства сплачуються у Швеції?
12. Які витрати у сфері соціального захисту фінансуються урядом Великобританії?
13. Назвіть основні напрями виплат соціальної допомоги у Великобританії.
14. З яких джерел здійснюються виплати британським пенсіонерам?
15. Охарактеризуйте рівень розвитку британської системи медичного страхування.
16. Які напрями охоплює система соціального страхування Франції?
17. Дайте характеристику системи медичного забезпечення Франції.
18. У чому полягають особливості сплати внесків на пенсійне страхування у Франції?
19. Дайте характеристику системи медичного страхування в Ізраїлі.
20. Які рівні включає пенсійна система Ізраїлю?

21. За яких умов ізраїльтяни набувають права на отримання пенсії за віком?

22. За яких умов мешканці Ізраїлю мають право на доплати до пенсії?

23. У чому полягає сутність реформи пенсійного забезпечення в Чилі?

24. Які переваги й недоліки має нова система пенсійного забезпечення в Чилі?

25. У чому полягає особливість приватного медичного страхування в Чилі?

26. Чи насправді система медичного страхування Канади є безкоштовною?

27. У чому полягають особливості організації канадської системи медичного страхування?

28. Які пільги передбачено системою соціального забезпечення Іспанії?

Тести для самоконтролю знань

1. Особливістю системи соціального страхування Нідерландів є надання допомоги:

а) тільки у грошовій формі;

б) тільки в натуральній формі;

в) надання як у грошовій, так і в натуральній формах.

2. Безоплатне медичне обслуговування в Нідерландах надається у тому випадку, якщо:

а) працівник протягом певного періоду здійснював відрахування на соціальні заходи;

б) дохід працівника нижче встановленого рівня;

в) працівник має певний стаж роботи на державному підприємстві.

3. Агентами, які забезпечують здійснення соціального страхування в Нідерландах є:

а) Банк соціального страхування та Агентство соціального захисту;

б) Банк соціального захисту та Агентство соціального страхування;

в) Банк соціального страхування та Банк соціального захисту.

4. Специфічним сектором у структурі державного соціального страхування Нідерландів, що фінансується за рахунок податкових надходжень, є:

- а) допомога у зв'язку з вагітністю та пологами;*
- б) допомога дітям;*
- в) допомога на утримання домашніх тварин.*

5. Основною рисою системи соціального страхування Швеції є:

- а) охоплення нею всіх жителів країни;*
- б) її орієнтація на захист малозабезпечених;*
- в) низький рівень відрахувань на соціальні заходи працівників та роботодавців.*

6. Право на безкоштовну медичну допомогу гарантовано у Швеції:

- а) організаціями, які функціонують поза системою медичного обслуговування;*
- б) організаціями, які функціонують у межах системи медичного обслуговування;*
- в) приватними страховими організаціями.*

7. Пенсійна система Швеції (після реформи 1999 р.) має три наступні рівні:

- а) обов'язковий у вигляді розподільчої складової системи та добровільний;*
- б) обов'язковий у вигляді накопичувальної системи і добровільний;*
- в) обов'язковий у вигляді розподільчої складової системи, обов'язковий у вигляді накопичувальної системи та добровільний.*

8. Згідно з системою добровільного пенсійного страхування у Швеції кожен вкладник:

- а) закріплений за фондом свого місця проживання;*
- б) самостійно обирає фонд;*
- в) здійснює внески до фонду, обраного роботодавцем.*

9. Активи недержавних пенсійних фондів у Швеції можуть вкладатися в:

- а) нерухомість, облигації та акції, але не більше 10% активів у цінні папери одного емітента;*
- б) облигації та акції, але не більше 20% активів у цінні папери одного емітента;*
- в) нерухомість та облигації, але не в акції.*

10. Соціальне страхування на випадок безробіття у Швеції пріоритетним вважає:

- а) працевлаштування безробітних;*
- б) надання фінансової допомоги;*
- в) професійна підготовка.*

11. Британські пенсіонери отримують такі види пенсій:

- а) базову і трудову пенсію та пенсію за рахунок добровільних накопичень;*
- б) державну і галузеву пенсію та пенсію за рахунок добровільних накопичень;*
- в) базову і галузеву пенсію та пенсію за рахунок добровільних накопичень.*

12. Основою формування бюджету Національної системи охорони здоров'я Великобританії є:

- а) внески до фонду медичного страхування;*
- б) податки;*
- в) бюджетні трансферти.*

13. Професійна пенсія у Великобританії пропонується роботодавцями робітникам за умови, якщо останні працювали на підприємстві:

- а) не менше десяти років;*
- б) не менше п'яти років;*
- в) не менше двох років.*

14. Добровільні пенсійні накопичення у Великобританії бувають:

- а) національними і регіональними;*
- б) державними й місцевими;*
- в) груповими і персональними.*

15. Основним джерелом фінансування системи охорони здоров'я у Франції є:

- а) кошти державного бюджету;*
- б) особисті кошти громадян;*
- в) внески на обов'язкове медичне страхування.*

16. Пенсійна система Ізраїлю включає два рівні:

- а) державний і професійний;*
- б) державний і приватний;*
- в) виробничий і приватний.*

17. Умовою для отримання мінімальної пенсії за віком в Ізраїлі є:

- а) 20-річний стаж роботи в Ізраїлі;*

- б) 10-річний стаж роботи в Ізраїлі;*
- в) досягнення пенсійного віку.*

18. Провідну роль у пенсійній системі Чилі після проведення реформи 1981 р. відіграють:

- а) державні пенсійні фонди;*
- б) приватні страхові товариства;*
- в) підприємства – роботодавці для своїх найманих працівників.*

19. Бони це:

- а) пенсійні схеми підприємств для своїх працівників;*
- б) медичні сертифікати приватних компаній;*
- в) сертифікати – зобов'язання держави перед пенсіонерами.*

20. До пільгових категорій громадян в Іспанії не належать:

- а) молодь, яка навчається;*
- б) інваліди;*
- в) пенсіонери.*

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ТА РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ

Основна література

1. Бабич А.М., Егоров Е.Н., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования. Курс лекций. – М.: ТЕИС, 1998.
2. Бабич А.М., Павлова Л.Н. Государственные и муниципальные финансы: Учебник для вузов. – М: Финансы, ЮНИТИ, 1999.
3. Василик О.Д. Теорія фінансів: Підручник. – К: НІОС, 2000.
4. Кудрявцев А.А. Страхование здоровья (опыт Великобритании). – М.: Анкил, 2003.
5. Руденко В.М. Соціальна політика держави та роль фінансових органів в її реалізації // Адміністративна реформа в Україні. – Київ, 1999.
6. Юрій С.І., Бескид Й. М. Бюджетна система України. – К.: НІОС, 2000.
7. Юрій С.І., Шаваріна М.П., Шаманська Н.В. Соціальне страхування. – К.: Кондор, 2004. – С. 462.

Додаткова література

1. Баранник Л.Б. Пенсійне страхування в світі: пошуки оптимального шляху // Вісник ДДФА. Економічні науки. – 2005. – № 1 (13). – С. 5-14.
2. Баранник Л., Шевченко О. Экономика Германии на пороге реформы: тенденции и перспективы // Україна в світовому розвитку науки, культури, суспільства. – Дніпропетровськ: Відкритий міжнародний університет розвитку людини “Україна”. – 2004. – С. 98–103.
3. Безилюк А. Определение проблемы социального развития Украины // Экономика Украины. – 2000. – № 2.
4. Березіна С. Пенсійна реформа в Швеції різноманітна як швейцарський стіл // Вісник Пенсійного фонду України. – 2002 р. – № 5-6.
5. Бескид Й.М. Перспективи нормального планування витрат на соціальну сферу // Фінанси України. – 2000. – № 4.
6. Борисенко Н. Мировой опыт проведения пенсионных реформ // Финансы и кредит. – 2004. – №18. – С. 53-58.
7. Геєць Соціогуманітарні складові перспектив переходу до соціально орієнтованої економіки в Україні // Економіка України. – 2000. – № 2.
8. Губар О.Є. Медичне страхування в країнах Європейського Союзу // Фінанси України. – 2003. – № 7. – С. 130-136.
9. Дема Д.І. Державне регулювання соціального захисту населення в країнах із ринковою економікою // Фінанси України. – 2000. – № 9.

10. Європейський досвід страхування життя та пенсійного страхування // Страхова справа. – 2004. – № 4. – С. 54-57.
11. Зарубіжний та міжнародний досвід регулювання соціально-трудоових відносин та соціального захисту населення / за ред. к.е.н. С.В. Мельника. – Луганськ, 2005.
12. Кармін М.І. Фінансове забезпечення закладів соціокультурної сфери // Фінанси України. – 1999. – № 1.
13. Кіндратець О. Пенсійна політика в країнах Заходу // Право України. – 2004. – № 3.- С. 132 - 135.
14. Климентова Г.И. Роль социальных внебюджетных фондов в реформировании России (Страховой взнос или единый социальный налог?) // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2000. – № 11 (123).
15. Кляшева А. Десять лет – шаг за шагом и с учетом инфляции. – Пенсионная реформа: Латвийский опыт // Финансовые услуги. – 2004. – № 6. – С. 24 -25.
16. Колтун В. Росія і Казахстан: різні аспекти реформованої моделі // Вісник Пенсійного фонду України. – 2002. – № 5-6.
17. Коровяковская Е.О. О государственных стандартах и гарантиях // Баланс. – 2000. – № 44.
18. Косова Ж.Д. Сутність і критерії ефективності системи соціального захисту // Фінанси України. – 2000. – № 8.
19. Кох П. Введение в частное страховое право (опыт Германии) // Страховое ревю. – 1999. – № 1.
20. Кошелеві Г., Крютченко В. Пільги в країнах ЄС і система соціального забезпечення у США // Соціальний захист. – 2005. – № 5. – С. 40 – 44.
21. Лебедева А. Опыт США: государственная политика в социально-трудоовой сфере // Проблемы теории и практики управления. – 2002. – № 5.
22. Лупей Н.А., Степанова С.В. Социальное страхование в России: состояние и проблемы // Финансовый менеджмент. – 2002. – № 5.
23. Львов Д., Овсиенко Ю. Вселийская пенсионная система и пути ее реформирования // Вопросы экономики. – 2000. – № 8.
24. Могілевцев М. Система соціального страхування в Швеції // Соціальний захист. – 1999. – № 5.
25. Морозова О. Міжнародні стандарти побудови пенсійної системи // Вісник пенсійного фонду України. – 2004. – № 9. – С. 17-19.
26. Мотиков В., Пенсионное обеспечение и занятость // Экономика Украины. – 2000. – № 2.
27. Надточій Б. Соціальне страхування в контексті історії // Соціальний захист. – 2003. – № 2. – С. 20-24.
28. Николенко Н.П. Роль страховых компаний в реформе пенсионной системы России // Финансы. – 2000. – № 11.

29. Нонко В. Іноземний досвід медичного страхування // Страхова справа. – 2001. – № 2. – С. 67-70.
30. Огляд міжнародного страхового ринку: Кожна країна – своя історія, традиції та шляхи становлення // Страхова справа. – 2002. – № 3 (7). – С. 40 – 71.
31. Одинец В. Пути совершенствования социальной защиты населения // Экономика Украины. – 1999. – № 11.
32. Павленко Ю. Світовий досвід функціонування систем соціального страхування. Уроки для України // Україна: Аспекти праці. – 2002. – № 6.
33. Пенсійна система Ізраїлю // Казна 2005. – №1. – С. 27- 28.
34. Пенсійне страхування: Пошуки оптимального шляху // Соціальний захист. – 2004. – № 5. – С. 27-29.
35. Пыриг Д., Самбирский М. Негосударственное пенсионное обеспечение: Некоторые аспекты иностранного опыта // Финансовые услуги. 2005. – № 1. – С. 42-45.
36. Роик В.Д. Социальное страхование: вопросы институционального построения в странах СНГ. Основные направления развития Содружества Независимых Государств в социально-трудовой сфере // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2003. – №10 (203).
37. Сандлер Д. Пенсійне реформування в сучасному світі // Соціальний захист. 2005. – № 8. – С. 16-20.
38. Свидзинский Ю. Пенсионная реформа: Польский опыт и предпосылки ее проведения на Украине // Финансовые услуги. – 1999. – № 5-6.
39. Сухінін Д. Медичне страхування на тлі українських реалій // Страхова справа. 2001. – № 3. – С. 36-37.
40. Таггарт М. Пенсійна реформа у постсоціалістичних країнах // Соціальна політика і соціальна реформа. – 2001. – № 1.
41. Четыркин Е., Кабалкин С. Мировой опыт реформирования пенсионных систем: уроки для России // Вопросы экономики. – 2000. – № 8.
42. Шестакова Е. Опыт проведения многоуровневых пенсионных систем в государствах Восточной Европы: общие подходы и особенности // Трудовое право. – 2003. – № 2. – С. 79-85.
43. Юркин Г. Германия – страна с развитой системой медицинского страхования // Врач. – 2000. – № 11 – С. 34-35.
44. Якимець В. Соціальний захист населення – практика і проблеми // Праця і заробітна плата. – 2000. – № 28.
45. Яценко А. Пенсійна система України на порозі кардинальних змін // Економіка. Фінанси. Право. – 2000. – № 2.

ПРЕДМЕТНИЙ ПОКАЖЧИК

Medicare (система медичного страхування здоров'я для осіб пенсійного віку)	52
MSAs (система ощадних рахунків медичного страхування)	132
OASDI («програма соціального забезпечення»)	52
Old Age (підтримка людей похилого віку)	52
Survivors (соціальний захист у зв'язку із втратою годувальника)	52
Б	
«БУПА»	116
В	
Виробничі каси (див. каси виробничі)	33
Д	
Державна система соціальної безпеки	51
Державні соціальні гарантії	11
Державні субсидії	25
Допомога	26
З	
Загальна федеральна програма (ЗФП)	57
Закон про бідність	8
Захист життя	72
«Зимові» кошти	44
«Золотий план»	69
К	
Континентальний варіант фінансування соціальних виплат	22
Корпоративне страхування	8
Л	
Лікарняна каса	34

М

Міжнародна організація праці (МОП)	11
Місцеві каси	33
Моделі організації соціального страхування	20
Модель Бісмарка	12
Морські лікарняні каси	33

Н

«Новий золотий план»	69
----------------------	----

П

Пенсії підприємств	40
Пенсійне накопичення:	117
- групові пенсійні схеми	117
- добровільні персональні пенсійні схеми	117
Пенсія	26
Північно-європейський варіант фінансування соціальних виплат	22
Пільгові блага	26
План Беверіджа	14
План Деккера	103
Послуги	26
Принципи Беверіджа	16
Принцип «солідарності поколінь»	58
«Програми останньої надії»	10

С

«Синій хрест»	60
«Синій щит»	60
Система «Pay-as-you-go system» (плата по мірі отримання)	58
Система «пенсій добробуту»	69
Система соціального захисту населення	8
Системи суспільних пенсій	69
Сільськогосподарські лікарняні каси	33
Соціалістична модель соціального забезпечення	75
Соціальна безпека	11
Соціальна допомога	9

Соціальне страхування	18
- обов'язкове загальне страхування	19
- обов'язкове професійне страхування	19
- добровільне соціальне страхування	19
- від безробіття	31, 45
Соціальний кодекс	34
Соціальні видатки	22
Страхове відшкодування	11
У	
Управління з соціального забезпечення	52
Ф	
Федеральні каси горноробітників	33
Фонди соціального страхування	25
Ш	
Шведська модель системи соціального страхування	104
Я	
«Янгольський план»	67

Навчаль невидання

ГРИГОРАШ ГАННА ВІКТОРІВНА,
ГРИГОРАШ ТЕТЯНА ФЕДОРІВНА,
ОЛІЙНИК ВІКТОР ЯКОВИЧ,
СУБАЧОВ ІВАН ТРИФОНОВИЧ

СИСТЕМИ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ ЗАРУБІЖНИХ КРАЇН

Навчальний посібник

Керівник видавничих проектів - *Б.А. Сладкевич*
Редактори *Г.Б. Клименко, А.І. Малигіна, В.В. Савельєва*
Коректори *Г.Б. Клименко, В.В. Савельєва*
Технічний редактор *Т.Г. Пунтус*
Дизайн обкладинки *Т.Г. Пунтус*
Наклад - 1000 прим.

Підписано до друку 12.10.2007. Формат 60x84 1/16
Друк офсетний. Гарнітура PetersburgС.
Умов. друк. арк. 9

Видавництво "Центр учбової літератури"
вул. Електриків, 23
м. Київ, 04176
тел./факс 425-01-34 тел. 451-65-95, 425-04-47, 425-20-63
8-800-501-68-00 (безкоштовно в межах України)
e-mail: office@uabook.com
сайт: WWW.CUL.COM.UA

Свідоцтво ДК №2458 від 30.03.2006
Віддруковано в ОП "Житомирська обласна друкарня"
з готових діапозитивів замовника
Зам. 282