

**Романець О.В.,**

*викладач, Рівненський державний гуманітарний університет*

## **СИСТЕМА СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ: ДОСВІД ФРАНЦІЇ**

*У статті досліджено систему соціального захисту у Франції. Виявлені причини фінансової кризи системи соціального захисту та розглянуто реформи, що були здійсненні для її подолання*

*System of social defence in France are examined in the article. The reasons of financial crisis of system of social protection and reform for its overcoming are investigated*

Вирішенню соціальних питань у період так званих економічних реформ в Україні не було надано належної уваги, що спричинило загальновідомі трагічні і непоправні наслідки. Однією з причин була недооцінка значущості соціального захисту, його принципів, механізмів, переваг та недоліків різних моделей соціального захисту. Вивчення досвіду соціального захисту в розвинених країнах має особливе значення для вдосконалення чинної системи соціального захисту в Україні.

Питання соціального захисту перебувають в центрі уваги відомих науковців, таких як Е. Лібанова, О. Новікова, В. Єременко, В. Новіков, О.Палій, В. Скуратівський. Дослідження соціальної політики зарубіжних країн знайшло відображення в працях Г. Лук'янової, Ю. Рубінського, Н. Хрустальнової. Не зважаючи на те, що є достатньо робіт, присвячених проблемам соціального захисту, зарубіжний досвід соціального захисту вивчений недостатньо.

Дана стаття присвячена дослідженню розвитку та реформуванню системи соціального захисту у Франції.

Французька система соціального захисту є однією з найкращих систем в Європі та світі. Її прийнято називати дирижистською або етатистською (від французького «Etat» – держава) [1, с. 61]. Вона задовольняє такі основні потреби, як захист від безробіття, охорону здоров'я, забезпечення у старості та захист сім'ї.

Особливістю французької системи соціального захисту є її проміжне становище між двома концептуальними моделями, сформованими західним суспільством. Перша – «беверіджиська» – передбачає державний перерозподіл доходів від більш багатих до бідних прошарків суспільства шляхом стягування податків і проведення цільових державних програм. Таким чином, державна соціальна політика охоплює все суспільство і має метою боротьбу з бідністю.

Друга – «бісмаркська» модель передбачає фінансування соціальних програм шляхом особливих відрахувань працюючих членів суспільства і поширюється виключно на них. Її мета – подолання матеріальних та соціальних труднощів працюючих. Першу модель можна охарактеризувати як ліберально-солідарну, другу – як консервативно-корпоративну. З часу виникнення французька система соціального захисту визначила свою мету виходячи з «беверіджиської» концепції, а засоби її досягнення мали «бісмаркський» характер [2, с. 65].

У Франції система соціального захисту її громадян включає виплату пенсій, допомоги по безробіттю, сімейні та житлові допомоги, а також витрати на подолання соціальної ізоляції, такі як допомога у працевлаштуванні. Вона сформувалася у перші три післявоєнні десятиліття при безпосередній участі держави. Успішний розвиток економіки до середини 70-х років створював матеріальну базу для функціонування системи соціального захисту і сприяв збереженню стабільності в суспільстві [3].

До середини 1970-х років післявоєнне «славне тридцятиріччя» підійшло до кінця. Енергетичні кризи, збільшення витрат виробництва, новий виток науково-технічної революції на основі інформатики, що підвищив вимоги до кваліфікації найманої праці, і врешті-решт, конкуренція зі сторони ряду країн, що розвиваються, перш за все Південної та Східної Азії, на фоні глобалізації світової економіки значно знизили темпи росту і загострили проблему зайнятості [4, с.79]. Так виявились слабкі сторони системи соціального захисту, що склалася, і перш за все, її дорогий характер.

Фінансувати її за рахунок нових і обов'язкових соціальних нарахувань стає важче. Високий рівень податків і соціальних виплат призводить до перетікання французьких капіталів у країни Азії з більш низькою зарплатою і відсутністю соціальних гарантій, сприяючи пасиву французького торгового балансу і в подальшому загостренню проблем зайнятості. [5].

Прискорився ріст дефіциту бюджету соціального забезпечення, стимульований збільшенням числа осіб, охоплених

різними соціальними допомогами, а також впливом демографічних факторів: скороченням сукупної народжуваності, збільшенням середньої тривалості життя населення. За даними Інституту статистики і економічних досліджень, в 90-х роках уже три чверті французьких сімей користувалися допомогою держави. При цьому постійно зростала сума практично всіх соціальних допомог. Виявилась нагальна потреба реформування системи соціального захисту, яка стала непосильним тягарем для державного бюджету.

У другій половині 80-х років почалося реформування французької соціально-економічної моделі, спрямоване на лібералізацію економіки. У 1986 році розпочалася широкомасштабна приватизація, яка тривала півтора десятиріччя. Вона проходила в умовах жорсткого контролю держави, яка визначила ціну і структуру розподілу активів серед акціонерів, причому частка іноземного капіталу в акціях не повинна була перевищувати 20 % [1, с 64].

Оскільки надходження в бюджет, джерелом яких в основному є податок з доходів, недостатні, то в 1991 році був введений загальний соціальний внесок, а в 1996 році – внесок на погашення соціальної заборгованості. Завдяки цим заходам збільшився обсяг зборів з інших видів доходів. Таким чином, обсяг коштів від стягнення податку з доходів складав тільки 66,5% від доходів соціального страхування [6].

У Франції державна пенсійна система по старості, яка охоплює основну масу пенсіонерів, являє собою складне багатоярусне утворення. В 90-х роках в країні діяло близько 100 базових та понад 300 додаткових режимів пенсійного забезпечення. В цілому пенсійна система складається з п'яти підсистем: базові режими для найманих працівників, додаткові режими, спеціальні режими для окремих категорій зайнятих, базові режими для ненайманих працівників, додаткові (факультативні) режими.

Саме пенсійна система по старості виявилась на початку 90-х років в найбільш тяжкому становищі. Її фінансове оздоровлення уряд намагався здійснити (у відповідності з програмою реформ 1993 р.) за рахунок комплексу о заходів в т.ч.: – підвищенні віку виходу на пенсію до 65 років і для чоловіків і для жінок, – збільшенні розмірів трудового стажу для виплати мінімальної пенсії. [3].

Фінансування базового режиму здійснюється в основному за рахунок соціальних внесків підприємців (8,2 % фонду заробітної плати) і найманих працівників (7,6 % від зарплати).

Окрім основних базових режимів, діють обов'язкові до-

даткові режими страхування, які об'єднують різні професійні категорії працюючих. Значна частка додаткових режимів пенсійного забезпечення зосереджена в рамках Асоціації режимів додаткових пенсій (АРРКО) і Всезагальної асоціації пенсійних установ (АЖИК). Перша фінансується за рахунок обов'язкових внесків підприємців – 4% від суми заробітної плати (з 1996 року вони підвищуються на 0,3% в рік) і найманих працівників – 2%. В АЖИК загальний розмір внесків складає 12%, з яких 8% платять роботодавці і 4% працівники. Виплати з додаткових пенсійних режимів (у середньому 20% заробітку) суттєво підвищують загальний дохід пенсіонерів (у базових режимах в середньому 50% заробітної плати) [3]. У 1996 році ці обидві організації об'єдналися і створили єдиний фонд солідарності.

Всі жителі Франції, навіть бідні та бездомні, мають право на страховий мінімум медичних послуг (Couverture Maladie Universelle). Медичне страхування є обов'язковим і оплачується працівником (1/4) і роботодавцем (3/4). Слід відмітити, що за оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, Франція стоїть на першому місці в списку з 191 країни по загальному рівню охорони здоров'я (Великобританія займає в цьому списку 18-те місце, США -37-ме). Кожна особа у Франції, що має роботу зобов'язана відраховувати кошти в національну систему соціального забезпечення, і без будь-якого виключення будь-яка особа – француз, чи іноземець, працюючий і безробітний – має право на користування її благами [7].

У випадку серйозної і тривалої хвороби, а також при хворобах, що потребують дорогого лікування і хірургічного втручання, страхування ризику повне, тобто хворим витрати відшкодовуються повністю. Страхівка виплачується частково при нескладних захворюваннях або так званих витратах по комфорту [6].

Починаючи з 80-х років питання про реформу медичного страхування стало одним з найважливіших. Особливо широко необхідність реформ стала обговорюватись після того, як в рамках системи соціального забезпечення була створена спеціальна рахункова палата, яка двічі на рік публікує звіт про фінансовий стан в різних сферах цієї системи. Коли в ході економічного і фінансового об'єднання європейських країн сукупний бюджетний дефіцит для любого з членів ЄС був обмежений 3% валового національного доходу (у відповідності з критеріями єдинства членів ЄС і угодою про фінансову стабільність) боротьба з дефіцитом системи медичного страхування, який є складовою частиною сукупного дефіциту, стала головним ру-

шієм реформ [8].

Існує чотири основних способи скорочення фінансового дефіциту медичного страхування: збільшення зборів (в поєднанні з модифікацією структури фінансування), скорочення витрат, зниження розміру відшкодування затрат на медичне обслуговування, і накінець, всебічна реорганізація системи.

Перший спосіб широко застосовувався у 80-ті роки, коли постійно збільшували обов'язкові відрахування (внески в систему соціального забезпечення) і торгові податки (в основному на алкоголь і тютюн). Однак для застосування цього способу існує природне обмеження: збільшення відрахувань призводить до зниження реальної заробітної плати, а тим самим до зниження конкурентоспроможності підприємств (ще один фактор, що її понижує – підвищення страхових відрахувань, які стягуються з роботодавців [8].

Не дивно, що в 90-ті роки відбувається реформування структури фінансування. З 1998 року фінансування охорони здоров'я здійснюється не тільки шляхом утримань із фонду заробітної плати найманих працівників на підприємствах, але і за рахунок податку на сукупний дохід через введення єдиного соціального внеску [6]. Цей спосіб реформування зменшує пряму негативну дію на економічну активність, але оскільки безпосередньо відображається на сімейному доході, і, як наслідок, на купівельній здатності населення. Іншими словами, реформа структури фінансування медичного страхування вступає в суперечність з політикою макроекономічної стабільності. Саме тому починаючи з 80-х років була надана перевага іншим методам реформування [8].

Починаючи з того часу, поступово переходять до урізання витрат, вводячи визначені бюджетні обмеження. Національне зібрання щорічно затверджує єдиний «державний цільовий показник в галузі медичного страхування» (Ondam), тобто загальну межу витрат на медичне страхування [8]. У відповідності з його рішеннями державні органи укладають угоди з касами соціального забезпечення, і зокрема, з Національною касою страхування по хворобах. Каса, своєю чергою, укладає угоди з лікарями та іншими співробітниками системи охорони здоров'я [6].

Таким чином, реформа системи охорони здоров'я повинна ставити перед собою чотири різні цілі, які навряд чи можна досягнути одночасно. З одного боку, нова система медичного страхування повинна бути реалістичною у фінансовому відношенні, з другого – вона повинна забезпечувати рівну доступ-

ність послуг та їх високу якість, а також не повинна обмежувати свободу пацієнтів і лікарів чи створювати їм незручності. Який би шлях реформування не був обраний реформаторам, доведеться шукати баланс між цими цілями: соціальною (гарантувати всім однаковий рівень охорони здоров'я), охороною здоров'я (досягнути найкращих результатів в охороні здоров'я), економічною (забезпечити фінансову спроможність програм і конкурентоздатність системи) та політичною (задовільнити потреби споживачів, зберегти за ними свободу вибору та поведінки, звільнити хворих від потреби чекати в черзі і т.д.) [6].

Важливою складовою системи соціального захисту є система підтримки сім'ї (Allocations Familiales).

Фінансування сімейних допомог здійснюється переважно за рахунок підприємств, внески яких починаючи з 1990 року розраховуються з усього фонду виплаченої заробітної плати. Ці внески, а також частка держави, перерозподіляються Національною касою сімейних допомог, а також допомог цільового характеру, наприклад, на оплату житла і працевлаштування [6].

Система підтримки сім'ї гарантує фінансову допомогу всім французьким сім'ям, незалежно від доходів, а також додаткові послуги, наприклад, оплату дитсадків і канікулярних центрів (у відповідності з доходами). Сім'я, що очікує дитину, отримує близько 2 тисяч євро, які виплачуються в три етапи (перші дві виплати приурочуються до обов'язкового відвідування жінкою лікаря, третя – до народження дитини). В подальшому і до досягнення дитиною 20 років сім'я отримує на неї щомісячну допомогу (близько 100 євро на кожного з двох і більше дітей) [7].

У Франції більш високий, ніж в середньому по Євросоюзу, рівень безробіття, що коливається в межах від 8,5 до 12% [10]. Це найбільш болюча проблема для французького суспільства, бо вона торкається не тільки тих, хто взагалі не має роботи, а й тих, хто працює за трудовим контрактом з визначеним терміном.

З метою створення робочих місць з початку 70-х років стали здійснюватись спочатку поступово, а потім одночасно заходи економічного і соціального характеру щодо скорочення безробіття. Перші з них були спрямовані на збереження підприємствами чисельності персоналу, або переважно залучення нових працівників. Держава прагне створити для цього сприятливі умови. Вона бере на себе (повністю або частково) відрахування внесків у фонди соціального забезпечення тих підприємств, які зобов'язуються створити робочі місця.

Заходи соціального характеру полягали у варіюванні умов

і тривалості праці, більш широким поширенням дострокового виходу на пенсію в галузях, що переживали кризу. Окрім того, широкого поширення набула практика роботи на півставки чи часткова зайнятість, а також допомога у вигляді оплати навчання і перекваліфікації безробітних [6].

Допомоги по безробіттю виплачуються особам, які втратили роботу через Національний міжпрофесійний торговпромиловий центр зайнятості (ЮНЕДИК) (Union Nationale interprofessionnelle pour Emploi Dans l'Industrie et le Commerce UNEDIC).

Є категорія безробітних, що не мають права на пряму матеріальну допомогу, оскільки вони не працювали і не робили відрахувань у страхові фонди. Щодо таких осіб застосовуються виплата допомоги на працевлаштування. Ця допомога призначена для сприяння в пошуках роботи чи повернення до неї, що надає цій допомозі новаторський соціальний характер. Допомога фінансується переважно державою і розподіляється через каси сімейних допомог [6].

Боротьба проти бідності і виключення із життя суспільства стала загальнонаціональним завданням і об'єднала широкі верстви населення навколо представників спеціалізованих закладів і державних органів, які впроваджують в життя масштабну програму, спрямовану на забезпечення кожному доступу до основних прав (зайнятість, житло, охорона здоров'я, освіта, культура) і запобігання ситуаціям, що призводять до виключення із суспільного життя [6].

Французька стратегія сприяння зайнятості поєднує три головні особливості: 1 – сектор програм зайнятості, закріплених, в основному, на основі заробітної плати; 2 – соціальне страхування по безробіттю і допомоги були недавно в центрі суспільних дебатів, і реформи мали призначатися для знешкодження «капканів бездіяльності» спеціально для отримувачів мінімальних допомог; 3 – поступове зменшення соціальних внесків підприємців [9, с.8].

Можна сказати, що причин фінансової кризи французької системи соціального захисту декілька.

По-перше, фінансування, засноване на «бісмаркському» принципі, залежить від економічної кон'юнктури. Зниження темпів економічного зростання призводить до дестабілізації рахунків: обсяг відрахувань скорочується, обсяг виплат зростає. Зростання витрат на соціальні потреби стало створювати ефекти, які обмежували зайнятість. Внаслідок конкуренції, що посилювалась на світових ринках і вимагала підвищення кон-

курентоспроможності товарів, і, як наслідок, мінімізацію рівня витрат, стали пред'являтися більш жорсткі вимоги до вартості праці. У Франції цей показник надто високий від перевантаження різного роду відрахуваннями в соціальні фонди. Тому в 90-ті роки виразно став проявлятися феномен «нових бідних». До них стали зараховувати безробітних, що довго не могли працевлаштуватися і мали мінімальні доходи [2, с 65].

По-друге, демографічна проблема, а саме старіння суспільства. Тривалість життя населення у Франції є однією з найвищих у світі. За прогнозами Євростату, число осіб, старших 65 років, у 2010 році становитиме 25,9% всіх жителів віком від 15 до 64 років, у 2015 році – 29,5%, у 2020 році – 32,2%, у 2025 році – 36,9% [10].

По-третє, низькі темпи росту економіки (1,5–2% в рік) скорочують доходи бюджету, призводячи до збільшення дефіциту і державного боргу, який досягає 65% ВВП [5].

Слід особливо відзначити, що у Франції реформування структур захисту населення супроводжувалось посиленням впливу державної влади в управлінні всією системою соціального захисту, що різко виділяло її серед провідних країн Європи, оскільки в той період у європейській спільноті міцніла думка щодо скорочення надмірної ролі держави, і все більше французьких економістів і суспільних діячів підтримували її. Однак ідея обмеження ролі держави, її відходу від «все проникаючого» впливу, на думку декотрих з них, не означає повної відмови від контролюючих функцій держави, що базуються на законі.

Система соціального захисту демонструвала дивовижну внутрішню можливість для адаптації і встановлення нововведень, що демонструється великою кількістю нових акронімів, прив'язаних до суттєвих змін: CSG (contribution sociale generalisee), узагальнений внесок соціального забезпечення, RMI (revenu minimum d'insertion) мінімальне забезпечення доходу, CCSS (commission des comptes de la securite sociale), комісія з рахунків соціального захисту, LFSS (loi de financement de la securite sociale) закон про фінансування соціального забезпечення, ONDAM (objectif national de depense d'assurance maladie), страхування втрати здоров'я, RMO (referencs medicales obligatoires) регулюючі принципи медичної практики, AUD (allocation unique degressive) вихідна допомога по безробіттю, ASS (allocation specifique de solidarite) спеціальне асигнування солідарності, CES (contrat employ solidarite) контракт солідарності зайнятості, PARE (plan d'aide au retour



а l'emploi), план допомоги на відновлення зайнятості, АРА (allocation personnalisée d'autonomie) індивідуальна допомога самостійності та інші [9, с.4].

### **Література**

1. Хрусталева Н. Франция на исходе столетия: смена модели регулирования экономики // Мировая экономика и международные отношения. – 2004. – №6. – С. 61-70.

2. Снисаренко К. Реформы системы социального обеспечения во Франции (1993-1997 гг.) // Белорусский журнал международного права и международных отношений. – 2004. – № 4. – С. 65-67.

3. Лукьянова Г. Система социальной защиты во Франции // Общественно-политический журнал "Современная Европа". – 2001. – №4.

4. Рубинский Ю. И. Франция: конфликт цивилизаций или кризис моделей // Прогнозы и стратегии. – 2007. – № 1. – С. 76 – 85.

5. Рубинский Ю. И. Президентские выборы во Франции // Россия в глобальной политике – <http://www.globalaffairs.ru/articles/7316.html>

6. Социальная защита – <http://www.ambafrance.org/russie/spip.php?article1269>

7. Мартин Э. Социальное обеспечение в Великобритании и Франции // Свободная мысль – XXI. – 2005. – № 8.

8. Патрик Хассентойфель Что реформировать: Систему страхования или систему обслуживания? Реформы здравоохранения во Франции и Германии // Отечественные записки. – 2006. – №2(29).

9. Barbier J.C. The French social protection system in the throes of reform (1975-2007). – Universite de Paris I. Pantheon Sorbonne. – 2007. – 26 p.

10. Демографические изменения – <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>