С.Н.Лобанов,
кандидат экономических наук

СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ

(История вопроса)

В январе 2000 г. вступил в силу Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее — Закон). Однако это не означает, что только с этого времени в России началась история применения страховых принципов помощи лицам, получившим повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве и профессионального заболевания, и история реабилитации пострадавших. В становлении и развитии системы такой реабилитации можно выделить несколько этапов.

Зарождение основ социального страхования в России

Первые попытки обеспечить в России некие социальные гарантии защиты наемных рабочих принадлежат государству. В 1741 г. появился указ «Работные регулы на суконных и каразейных фабриках», согласно которому владельцы фабрик были обязаны устраивать госпитали для больных рабочих. Предполагалось, что временная потеря трудоспособности будет компенсироваться натуральным образом — кормлением, лечением, уходом. Выполнялся этот указ плохо. Проблемы оказания помощи работникам оставались делом совести и взаимоотношений владельца и работника.

После отмены в 1861 г. крепостного права крестьяне, лишенные земли, устремились в города, где становились дешевой рабочей силой. Развивавшееся фабрично-заводское производство нуждалось в постоянном притоке рабочих. Тяжелые условия труда и быта вызывали стихийные протесты. Разрозненные выступления в различных промышленно развивающихся регионах со временем вылились в организацию горнозаводских товариществ. Их деятельность предполагала «разбор возникающих между рабочими несогласий, попечение о рабочих в болезнях, старости и прочих домашних несчастьях, призрение вдов и сирот рабочих, распространение нравственности среди рабочего населения и иные меры, полезные для его благосостояния». В 1907 г. в России действовало 15 таких товариществ.

В общественно значимой форме вопрос страхования рабочих был поставлен в России в начале 80-х годов XIX столетия. Как и во всем мире, в России появлению обязательного социального страхования предшествовало создание различных страховых касс, взаимных страховых обществ, вспомогательных товариществ, а также введение личного страхования жизни. Возникло страхование от несчастных случаев на производстве. Эта мера была принята в связи с тем, что в 1883 г. обсуждался проект правил об ответственности владельцев промышленных заведений за увечье и смерть рабочих. У проекта было много противников. В частности, предполагалось, что при его реализации значительно ухудшатся отношения между хозяевами и рабочими. Решение проблемы социальной защиты предлагалось искать через создание общей для всех рабочих пенсионной кассы, куда каждый заводчик должен был вносить определенный процент от суммы уплачиваемого им ежегодно заработка. Можно с определенной долей условности считать, что идея страхования была выдвинута предпринимательскими кругами в качестве контрмеры для защиты своих интересов в попытке успокоить общественное мнение и рабочих.

Реализация на практике такой идеи страхования была использована в деятельности страхового общества «Россия», появившегося в 1888 г. Страхование от несчастных случаев имело две формы: индивидуальную и коллективную. При коллективной форме страховые общества заключали договоры с владельцами предприятий, принимая на себя выплату определенных денежных сумм рабочим, пострадавшим от несчастных случаев. Наличие подобного договора освобождало предпринимателя от гражданско-правовой ответственности за причинение вреда, которая предусматривалась законодательным актом 1901 г. о пенсиях рабочим казенных горных заводов за счет работодателей, виновных в повреждении здоровья.

Вопрос о гражданско-правовой ответственности работодателя при подобных обстоятельствах был особенно тщательно проработан в законе от 2 июня 1903 г. «О вознаграждении потерпевших рабочих вследствие несчастных случаев». После его принятия предприниматели стали активно поддерживать требования о введении государственного страхования работников с тем, чтобы снять с себя часть расходов по возмещению вреда пострадавшим.

Основы обязательного государственного страхования в России были заложены в принятых III Государственной Думой в 1912 г. законах «Об обеспечении рабочих на случай болезни», «О страховании рабочих от несчастных случаев на производстве», «Об утверждении Совета по делам страхования рабочих», «Положение об утверждении Присутствия по делам страхования рабочих», «Положение о Совете по делам страхования рабочих».

Первые российские законы о социальном страховании были далеки от совершенства. Они не предусматривали всех рисков утраты заработка, не охватывали наемных работников отдельных отраслей хозяйства и целых регионов страны. Пособие при нетрудоспособности назначалось в размере от половины до 2/3 заработка и выплачивалось только с четвертого дня болезни. Однако при всех ограничениях числа застрахованных и недостаточности их обеспечения эти законы учитывали страховые принципы, действовавшие в то время в других странах.

К 1917 г. отчетливо обозначились демократические тенденции в сфере социального страхования. Началась организационная диверсификация этой сферы на направления: страхование на случай болезни, от несчастных случаев, увечий на производстве, инвалидности, вдовства, сиротства, старости и безработицы. Это стало результатом исторического развития системы, когда по мере удовлетворения требований рабочих расширялся перечень рисков, подлежащих страхованию.

Таким образом, *первый этап (1741 — ноябрь 1917 г.)* становления системы реабилитации пострадавших работников характеризуется появлением и развитием страхового дела в России, в рамках которого идет процесс формирования медицинской помощи работникам, упорядочения выплат компенсаций в случаях болезней и травм, делаются первые шаги по оздоровлению работников и оказанию им лечебно-профилактической помощи.

Развитие системы социального страхования и реабилитации пострадавших на производстве в советский период

Второй этап — ноябрь 1917 — декабрь 1995 гг. В этот период в стране сформировалась система социальной помощи больным и инвалидам, в которой сложились особые виды помощи, предназначенные только пострадавшим от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, в том числе в аспекте их реабилитации.

Социальная помощь больным и инвалидам в России в эти годы осуществляется путем их материального обеспечения и социального обслуживания по трем основным системам:

а) государственное социальное обеспечение, находящееся в ведении министерств труда и социального развития республиканского и субъектов Федерации республик в их составе, а также Пенсионного фонда РФ. Средства соцобеспечения образуются из ассигнований по государственному, республиканскому и местным бюджетам;

б) государственное социальное страхование, которое распространяется на рабочих и служащих (назначение пенсий и выплата пен-

сий неработающим пенсионерам осуществляется органами государственного соцобеспечения); средства социального страхования образуются из страховых взносов предприятий, учреждений, организаций и дотаций из госбюджета;

в) социальное обеспечение членов колхозов, средства которого образуются из отчислений от доходов колхозов и дотаций из государственного бюджета; это обеспечение осуществляется общественными органами колхозов и органами государственного социального обеспечения.

Обслуживание в системе государственного соцобеспечения осуществляется в следующих видах и формах: пенсионное обеспечение; врачебно-трудовая экспертиза; трудовое устройство и профессиональное обучение инвалидов; протезирование и протезостроение; содержание в домах-интернатах для престарелых и инвалидов.

Начало формирования специальной системы помощи больным и инвалидам в России положено 1 ноября 1917 г., когда было обнародовано правительственное сообщение о социальном страховании, согласно которому с 1 января 1917 г. пенсия увеличилась на 100% за счет пенсионного фонда. При этом увеличение размера пенсии касалось всех пострадавших от несчастных случаев, независимо от того, по какому закону им была назначена пенсия и какие учреждения эту пенсию выплачивали. Право на пенсию при увечье от несчастных случаев приобрели все трудящиеся, независимо от места их работы.

Страховые фонды на выплату пенсий и пособий полностью составлялись из страховых взносов предприятий, учреждений и лиц, пользующихся трудом страхуемых, без каких-либо взносов самих застрахованных.

Указанные и последующие декреты советской власти, определяя пути развития социалистической системы социального обеспечения нетрудоспособных, строились в соответствии с новой сущностью социального страхования. В основу были положены не принципы страхования определенных рисков, наступление которых давало право потерпевшему на возмещение убытков, понесенных им от увечья, болезни и т.п., а нормальное (соответственно установленным нормативам) обеспечение жизненного уровня трудящегося в случае утраты им трудоспособности.

Социальное обеспечение осуществлялось целиком за счет средств государственного бюджета. Основное место в системе социального обеспечения в это время заняли пенсии инвалидам из числа красноармейцев и красногвардейцев и пенсии членам их семей по случаю потери кормильца.

Развитие в первые годы советской власти этих видов пенсионного обеспечения было связано с Гражданской войной и интервенцией,

которые привели к колоссальным человеческим жертвам. В стране насчитывались миллионы инвалидов войны и семей, потерявших кормильца. Именно они, по мнению властей, особенно остро нуждались в материальной поддержке государства.

Важнейшим этапом в развитии социального обеспечения явилось утвержденное СНК 31 октября 1918 г. «Положение о социальном обеспечении трудящихся», распространявшееся не только на рабочих и служащих, но и на всех «трудящихся, источником существования которых был собственный труд, без эксплуатации чужого труда». В соответствии с Положением социальное обеспечение представлялось во всех случаях утраты средств к существованию, в том числе по причинам постоянной нетрудоспособности. Предусматривались следующие виды обеспечения: врачебная помощь и санаторно-курортное лечение; пенсии при постоянной утрате трудоспособности вследствие болезни, увечья и др. Средства на социальное обеспечение создавались из взносов предприятий, учреждений и других работодателей, а работники были освобождены от каких-либо взносов. Введение санаторно-курортного лечения — это безусловный факт реабилитационной направленности помощи работникам.

В дальнейшем в Положение от 31 октября 1918 г. вносились различные изменения. Самым существенным из них была отмена уплаты страховых взносов (для всех предприятий и учреждений, кроме частных работодателей) и принятие всех расходов по социальному обеспечению непосредственно на государственный бюджет. Управление социальным обеспечением после ряда реорганизаций было сосредоточено в системе Народного комиссариата социального обеспечения. Таким образом, социальное страхование вытесняется государственным соцобеспечением.

Анализируя тенденции развития системы реабилитации в России тех лет, отметим, что основной упор властями делался на улучшение материального обеспечения пострадавших работников. Другие аспекты — специализированная медицинская помощь, санаторно-курортное лечение, профессиональная реабилитация — имели место, но пока еще не носили отчетливо реабилитационного характера и нередко использовались в отношении узкого круга работников. Материальное обеспечение становится все более дифференцированным. В 1927 г. вводится пенсионное обеспечение трудящихся, которым было присвоено звание Героев труда. Пенсии Героям труда были выше обычных, кроме того, они назначались независимо от трудоспособности пенсионера.

В этот период были внесены существенные изменения и в пенсионное обеспечение инвалидов труда. 14 марта 1928 г. ЦИК и СНК СССР утвердили новое Положение об обеспечении в порядке соци-

ального страхования по случаю инвалидности и по случаю потери кормильца, которым устанавливались условия назначения и размеры пенсий в зависимости от группы и причины инвалидности, стажа работы, размера заработка.

Социально-политические и экономические изменения, произошедшие за годы первой и второй пятилеток, нашли отражение в принятой в 1936 г. новой Конституции СССР. На основе установленного Конституцией равенства прав всех граждан СССР в области пенсионного обеспечения пенсии по инвалидности служащим стали назначаться на тех же условиях, что и рабочим.

Для прохождения процедуры установления инвалидности был создан специальный институт — врачебно-трудовая экспертиза. Этот институт, наряду с развитием службы профессиональной патологии, сыграл ведущую роль в упорядочении реабилитационной деятельности.

Декрет СНК от 16 ноября 1917 г. о передаче больничным кассам лечебных учреждений фабрик и заводов положил начало формированию страховой медицины. Ее возникновение, в свою очередь, определило необходимость врачебной экспертизы трудоспособности в системе социального страхования. Больничные кассы стали создавать врачебно-контрольные комиссии (ВКК), по аналогии с которыми позднее были созданы ВКК в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения. В первый период своего существования их функциями были проверка правильности диагнозов лечащих врачей, определение временной нетрудоспособности, экспертиза стойкой утраты трудоспособности.

По «Положению о социальном обеспечении трудящихся» от 31 октября 1918 г. были созданы бюро врачебной экспертизы трудоспособности, которые находились в ведении органов Народного комиссариата труда (НКТ).

В 1919 г., в соответствии с постановлением СНК от 18 февраля 1919 г., вся лечебная сеть больничных касс перешла в систему Наркомздрава. В результате отдельная страховая рабочая медицина перестала существовать. Врачебная экспертиза трудоспособности оставалась в ведении отделов социального обеспечения системы Наркомтруда. Однако такая экспертиза осуществлялась и в бюро врачебной экспертизы (БВЭ), организованных органами здравоохранения. Работа этих бюро в известной мере дублировала работу врачебно-контрольных комиссий (ВКК). В соответствии с декретом СНК от 9 марта 1920 г. врачебная экспертиза трудоспособности была передана в систему Наркомздрава, председателем бюро врачебной экспертизы по-прежнему, как это было на момент создания, остается представитель профсоюзов. Обратим на этот факт особое

внимание. Такой организационный подход занижал роль нарушения здоровья и оценки реабилитационного потенциала пострадавшего. Основной упор делался на заслугах (производственных, политических) освидетельствуемого лица. В таких условиях реабилитационной направленности заключений бюро не придавалось значения.

12 октября 1927 г. СНК РСФСР одобрил Положение о бюро врачебной экспертизы. Отныне экспертам вменялось в обязанность изучать и учитывать условия труда и жизни экспертируемого лица, углубленно исследовать состояние его здоровья, вплоть до направления в сложных случаях в стационар. Практически с этого времени службы врачебной экспертизы становятся главным организатором и контролером реабилитации больных и инвалидов.

Одним из принципиальных дефектов врачебной экспертизы того времени было отсутствие научно-методической базы. В исчерпывающей форме очередные задачи экспертизы в этом направлении были указаны в постановлении ЦК ВКП(б) от 28 сентября 1929 г. «О социальном страховании». Это постановление требовало внедрения в практику экспертизы положения, согласно которому экспертиза трудоспособности должна базироваться на двух основных факторах — медицинском и социальном. Под медицинским понималось все, что связано с состоянием здоровья человека, включая меры по его улучшению, а под социальным — учет возможностей продолжить работником трудовую деятельность. Причем последнему придается особое значение — максимально большое число больных и инвалидов должны вернуться к труду.

В 1930 г. в Москве организуется научный центр экспертизы трудоспособности (ЦИЭТ) и научный центр по трудоустройству инвалидов (ЦИТИН); в 1931 — 1932 гг. подобные центры создаются в Ленинграде, затем Харькове, Ростове-на-Дону, Горьком и Иванове. В них развернулась широкая научно-исследовательская работа по трем основным направлениям: экспертиза, реабилитация, протезостроение.

В годы Великой Отечественной войны резко возросла потребность в увеличении объема экспертной деятельности. Была расширена сеть районных и городских ВТЭК; к концу войны в РСФСР их было вдвое больше, чем до войны (в 1940 г. — 1211, а в 1944-м — 2776). Кроме того, было создано около 200 ВТЭК при поликлиниках крупных предприятий и узловых станциях железных дорог. Число заседаний врачебно-трудовых экспертных комиссий в годы войны увеличилось на 70%.

Особо следует выделить тот опыт, который врачи накопили за годы войны и в последующее после нее десятилетие. Этот ценнейший опыт послужил появлению многих успешных реабилитационных тех-

нологий. Приведенные выше изменения в области врачебно-трудовой экспертизы в годы войны заключались не только в резком увеличении числа освидетельствований. В период войны ВТЭК столкнулись с новым специфическим контингентом инвалидов — бывшими фронтовиками, в основном людьми молодого или среднего возраста, у которых имелись поражения главным образом опорно-двигательного аппарата. Если до войны инвалиды с дефектами конечностей (в основном это были красноармейцы и работники, пострадавшие вследствие производственных травм) составляли 8% всех признанных инвалидами, то в конце войны процент возрос до 42. Эти инвалиды отличались от довоенного контингента тем, что любая работа, доступная при имеющемся анатомическом дефекте, не являлась им противопоказанной по состоянию здоровья, что создавало широкие возможности для трудового устройства. Работникам служб, занимающихся трудоустройством работников, было предписано прежде всего обратить особое внимание на трудоустройство инвалидов войны, вести их подготовку к трудовой деятельности еще в госпиталях. ВТЭК должны были хорошо знать возможности трудоустройства, для чего экспертам следовало изучать условия труда на тех или иных предприятиях. Тогда же встал вопрос об организации своевременного переосвидетельствования инвалидов и упорядочении его сроков.

Значительные изменения во время войны произошли также в организации деятельности врачебно-трудовых экспертных комиссий. Согласно новому Положению о ВТЭК, утвержденному СНК СССР 5 декабря 1942 г., на должность председателя ВТЭК теперь должен был назначаться один из врачей-экспертов. С этого времени вопросы нарушения здоровья привлекают внимание в значительно большей степени, чем прежде. Экспертные комиссии в своих заключениях не только дают трудовые рекомендации, но и указывают на показанные освидетельствуемому лицу меры медицинской и социальной реабилитации. Такой подход потребовал систематизации и формализации реабилитационной деятельности, уточнения механизма реализации выносимых рекомендаций.

В годы войны произошли значительные изменения в самом существе экспертной и реабилитационной деятельности, во взглядах на основные критерии при определении инвалидности той или иной группы, а также на реабилитационный процесс. Практика показала, что компенсаторные возможности организма при четко выраженной настроенности на трудовую деятельность чрезвычайно велики. Многие защитники Родины, получившие тяжелые увечья на фронте, например, потерю одной руки или ноги или даже двух ног, рук или комбинацию этих дефектов, но настроенные на активную

трудовую жизнь, вернулись к прежней работе без существенного понижения своих профессиональных возможностей. Этот опыт был обобщен и послужил основой для «прорывных» исследовательских разработок в сфере медико-технической, психологической, профессиональной реабилитации. Начинается активное создание технических средств реабилитации, том числе для трудовой деятельности и передвижения.

Организационные и другие мероприятия по упорядочению врачебно-трудовой экспертизы и взаимосвязанной с ней реабилитацией дали возможность к концу 50-х годов ликвидировать ведомственную разобщенность в экспертизе, сосредоточив ее в экспертных комиссиях органов социального обеспечения. Теперь те больные, которые ранее проходили врачебно-трудовую экспертизу в ведомственных комиссиях, стали проходить освидетельствование во ВТЭК системы социального обеспечения. Учитывая, что именно ВТЭК являлись основным организационно-реабилитационным звеном в системе реабилитации, это обстоятельство способствовало формированию унифицированных подходов к комплексной реабилитации больных и инвалидов с различными нарушениями здоровья, в том числе по причине производственной травмы и профессионального заболевания.

Начало развития реабилитационного направления в системе здравоохранения в нашей стране было определено Министерством здравоохранения СССР в 1966 г., когда была регламентирована организация специализированных отделений восстановительного лечения на базе областных, городских и центральных районных больниц. Приказом Минздрава СССР от 23 октября 1978 г. больница восстановительного лечения была узаконена как самостоятельный тип стационарного учреждения, а серией нормативных документов Минздрава СССР в 1981 — 1983 гг. определена штатная структура больниц и отделений восстановительного лечения.

Параллельно со стационарным этапом медико-социальная реабилитация больных, инвалидов и лиц пожилого возраста развивалась на базе амбулаторно-поликлинических учреждений в городской и сельской местности, медико-санитарных частей, санаториев-профилакториев, врачебно-физкультурных диспансеров, санаториев различного профиля.

С конца 60-х годов в стране активно формировалась сеть медико-санитарных частей и на их базе развивались отделения восстановительного лечения и центры медицинской реабилитации больных и инвалидов. В 1991 г. в России функционировало 920 медико-санитарных частей при крупных и средних промышленных предприятиях, 574 (62%) из них имели стационары с общим числом коек более

167 тыс. Работники промышленных предприятий, при которых не было медико-санитарной части, получали медицинскую помощь в промышленных отделениях территориальных поликлиник и на здравпунктах предприятий. Все структурные подразделения лечебно-оздоровительного характера были связаны с ведущей службой поликлиники — цеховой терапевтической службой, которая отбирала нуждающихся в восстановительном лечении, определяла медицинскую и социальную эффективность. В реабилитационной и оздоровительной помощи нуждающимся больным и инвалидам была широко задействована сеть профилакториев и ведомственных санаториев, а также клинических санаториев системы здравоохранения страны.

Второй этап становления системы реабилитации ознаменовался развитием различных видов реабилитационной помощи, но главенствующее значение придавалось пенсионному обеспечению и медико-социальному экспертному освидетельствованию в системе ВТЭК, которая была основным организационным звеном реабилитации. Социальное обслуживание преимущественно ориентировалось на стационарные учреждения собеса, социально-бытовая реабилитация существовала в виде оказания некоторых услуг в системе социального обеспечения. Медицинская реабилитация достаточно активно проводилась больным при определенных заболеваниях и практически прекращалась с момента установления группы инвалидности. Страховые принципы в реабилитации пострадавших формально были озвучены, но в реальности не применялись. Реабилитационные мероприятия практически полностью финансировались за счет государственного бюджета.

Современные проблемы реализации страховых принципов в реабилитационной помощи

Третий этап становления системы реабилитации пострадавших работников *начинается в 1995 г. и длится по настоящее время.*

Кардинальные изменения в государственной политике в отношении больных и инвалидов предполагались в связи с принятием в 1995 г. Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». Закон определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в России, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с признанными принципами и нормами международного права и международными договорами.

Этот Закон вобрал в себя все прогрессивное, что есть в социальных законах других стран и международных документах, касающихся медико-социальной реабилитации. Однако его положения не несут норм прямого действия, в них отсутствует механизм реализации декларированных обязательств государства перед инвалидами, нет ясности в вопросах их финансового обеспечения. Эти обстоятельства существенно затрудняют его исполнение. Вместе с тем на основе Закона и в его развитие были приняты многие документы, которыми установлен порядок формирования Государственной службы медико-социальной реабилитации и Государственной службы медико-социальной экспертизы, сформирована типовая форма индивидуальной программы реабилитации и определен порядок ее оформления. Регулярно стали разрабатываться и реализовываться целевые социальные программы реабилитации инвалидов, а в рамках программ, регулирующих иные вопросы (охраны здоровья, труда и занятости, образования, культуры, социально-экономического развития), предусматриваются реабилитационные аспекты деятельности в интересах больных и инвалидов.

С этого времени происходят значительные изменения в реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве как особой области реабилитации. Эта сфера получает более отчетливую специфику по сравнению с другими и начинает рассматриваться как направление по возмещению вреда пострадавшим на страховых принципах.

С начала 2004 г. в рамках проводимой административной реформы решение вопросов деятельности Государственных служб медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов и реабилитационной индустрии постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. возложено на Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию.

Возмещение вреда пострадавшим на производстве существовало и ранее в СССР, но не носило страхового характера и являлось обязательством работодателя перед пострадавшим. С введением новых экономических реалий, появлением организаций различных организационно-правовых форм собственности действовавшие ранее Правила возмещения работодателями вреда фактически перестали работать. Заложенный в их основе индивидуальный метод компенсации пострадавшим в значительной степени зависел от финансового состояния предприятия, наличия вины работодателя и вследствие этого не обеспечивал гарантированности и полноты защиты интересов пострадавшего и его семьи, особенно в случаях снижения платежеспособности предприятия или его ликвидации, банкротства.

Нельзя было также не учитывать и проявившую себя к этому периоду неблагоприятную медико-демографическую ситуацию, осложнявшую дальнейшее экономическое развитие страны из-за снижения численности трудоспособного населения. Эту ситуацию усугубляют негативные тенденции роста профессиональной заболеваемости и профессионального травматизма. Высокие показатели профессиональной заболеваемости и профессионального травматизма констатируются в угольной, энергетической промышленности, машиностроении, металлургии и ряде других. Растут объемы пенсионных и иных выплат.

Возникла ситуация, когда, с одной стороны, конкретным работодателям в отношении пострадавших необходимо было соответственно действующему законодательству о социальной защите инвалидов выполнять социальные обязательства по материальному обеспечению и предоставлению широкого круга социальных услуг. С другой стороны, производство из-за болезней и инвалидности теряет квалифицированные кадры, и работодатели вынуждены осуществлять затраты на подготовку новых специалистов, что становится все более дорогим делом. Однако работодатели, несмотря на, казалось бы, очевидную в том потребность, не стремятся изменить условия и характер труда работников, чтобы снизить производственный травматизм и профзаболеваемость. Нередко пострадавшие работники вовсе не получают помощи либо получают ее не в должном объеме.

Очевидной для органов власти, профсоюзных и иных общественных организаций становится необходимость, наряду с материальным обеспечением пострадавших работников, использования иных подходов, что и происходит с принятием Закона от 24 июля 1998 г. «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний». Закон определил одним из видов обеспечения пострадавшего работника на условиях страхования оплату дополнительных расходов, связанных с повреждением здоровья застрахованного. Предусматривались расходы на его медицинскую, профессиональную и социальную реабилитацию, в том числе дополнительную медицинскую помощь (сверх Программы государственных гарантий обеспечения граждан России бесплатной медицинской помощью), дополнительное питание и приобретение лекарств; посторонний (специальный медицинский и бытовой) уход за пострадавшим; санаторно-курортное лечение; протезирование, а также обеспечение приспособлениями, необходимыми застрахованному для трудовой деятельности и в быту; обеспечение специальными транспортными средствами, их текущий и капитальный ремонт и оплату расходов на горюче-смазочные матери-

алы, профессиональное обучение (переобучение). Согласно Закону, оплата дополнительных расходов производится страховщиком, если учреждением медико-социальной экспертизы установлена нуждаемость пострадавшего в указанных видах помощи.

Застрахованному предоставляется право выбора соответствующего вида помощи по одному из федеральных законов в том случае, если застрахованный имеет право на бесплатное или льготное их получение в соответствии с действующими законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации. Застрахованный обязан выполнять предусмотренные заключениями учреждений медико-социальной экспертизы рекомендации по социальной, медицинской и профессиональной реабилитации, своевременно проходить медицинские переосвидетельствования в установленные указанными учреждениями сроки.

Осуществление мероприятий по освидетельствованию пострадавших и разработке индивидуальной программы реабилитации пострадавшего возложено на учреждения медико-социальной экспертизы. Исполнителями программы определяются различные службы как в общей системе труда, занятости, здравоохранения, образования, культуры, так и специальные центры и иные специализированные организации. Финансирование реабилитационных мероприятий должно осуществляться с использованием консолидированных средств. Однако достаточно ясного механизма использования для реабилитации таких средств нет и до настоящего времени.

Несмотря на издержки, можно утверждать, что принятие указанного Закона стало существенным этапом в развитии страхования работающих граждан, правовой основой их материальной поддержки при наступлении страхового случая и первым законодательным актом, гарантирующим осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших. С принятием Закона возмещение вреда работникам, пострадавшим на производстве, осуществляется на страховых принципах, основу которых составляет солидарность плательщиков страховых взносов, что позволяет перераспределять средства в необходимых случаях и создавать определенные резервы. Страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний стало обязательным. Все организации независимо от форм собственности, а также физические лица, имеющие наемных работников, обязаны осуществлять страхование своих работников и платить взносы. Возмещение вреда, согласно Закону, осуществляется независимо от виновности работодателя и причин производственного травматизма и профессиональной заболеваемости. Обеспечивается более высокий уровень защищенности застрахованных, включающий, наряду с компенса-

цией утраченного заработка, как уже отмечалось выше, возможность осуществления комплекса медицинской, социальной и профессиональной реабилитации на основе индивидуальной программы. Пострадавший на производстве работник по вопросу назначения и размеров причитающегося ему страхового возмещения обращается не к работодателю, а к страховщику, которым в соответствии с Законом определен Фонд социального страхования Российской Федерации (далее — Фонд).

Региональные отделения Фонда, действующие во всех субъектах Федерации, решают весь комплекс задач по предоставлению ежемесячных страховых выплат в качестве компенсации утраченного заработка; единовременной страховой выплаты; по оплате расходов на медицинскую, социальную и профессиональную реабилитацию. Фондом осуществляются мероприятия по обеспечению финансовой устойчивости данной системы, гарантом которой выступает государство.

Накопленный опыт реализации Закона «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» позволил не только выявить имеющиеся проблемы, но и определить направления дальнейшего развития этого вида страхования. К началу 2004 г. были внесены существенные изменения в Закон и другие законодательные акты Российской Федерации, направленные на усиление страховых принципов в системе возмещения вреда пострадавшим на производстве и повышению роли профилактической и реабилитационной составляющих социального страхования. Они позволили уточнить механизм решения проблем, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Существенно (в том числе на основе разработок автора статьи) был дополнен базовый Закон. Уточнения коснулись оплаты дополнительных расходов, связанных с медицинской, социальной и профессиональной реабилитацией застрахованного при наличии прямых последствий страхового случая, что нашло отражение в принятом 7 августа 2003 г. соответствующем Федеральном законе. С принятием его у Фонда социального страхования появилась возможность оплачивать лечение застрахованного непосредственно после происшедшего тяжелого несчастного случая на производстве до восстановления трудоспособности или выявления стойкой утраты трудоспособности. В системе Фонда активной реабилитационной деятельностью начинают заниматься специальные центры реабилитации, созданные на базе 11 санаториев, подведомственных Фонду. В той сложной ситуации, в которой находится система здравоохранения и

санаторно-курортное дело в России, когда практически перестали быть доступными услуги для больных и инвалидов в больницах долечивания, эти центры играют позитивную роль в отношении реабилитации пострадавших от производственных травм и профзаболеваний.

Таким образом, третий этап становления и развития системы реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве характеризуется следующим образом:

— законодательным закреплением прав больных и инвалидов на комплексную реабилитацию путем принятия специального Федерального закона о социальной защите инвалидов, формирования в его развитие и реализации целевых социальных программ, предусматривающих медико-социальную реабилитацию как основное направление государственной политики в отношении больных и инвалидов;

— утверждением страховых принципов реабилитации пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профзаболеваний в ряде законов и подзаконных актов, среди которых базовым является Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24 июля 1988 г. Этот закон стал первым российским законодательным актом, гарантирующим осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пострадавших от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний;

— определением финансового органа (головного страховщика) — Фонда социального страхования Российской Федерации, который осуществляет организационно-экономическое обеспечение реабилитации пострадавших в системе дополнительной реабилитационной помощи, в том числе через сеть подведомственных ему специализированных центров для пострадавших вследствие несчастных случаев на производстве и профзаболеваний.