Айрапетян Венера Грачиковна. Социальное страхование как форма финансового обеспечения санаторно-курортного лечения : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Айрапетян Венера Грачиковна; [Место защиты: Рос. гос. социал. ин-т].- Москва, 2007.- 156 с.: ил. РГБ ОД, 61 07-8/5986

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава I. Экономическая оценка и этапы формирования санаторно-курортного лечения (СКЛ)10**

1.1 Динамика источников финансирования СКЛ 10

1.2 Формы организации и виды санаторно-курортного лечения, их роль в оздоровлении граждан 16

1.3 Управление санаторно-курортным комплексом в системе оказания услуг населению 20

**Глава II. Трансформация комплекса санаторно-курортных услуг: от государственного финансирования к системе социального страхования 30**

2.1 Социальные риски страхуемые ФСС 30

2.2 Обоснование страхового характера затрат на СКЛ 42

2.3 Источники финансирования СКЛ осуществляемые ФСС (за счет взносов и средств федерального и регионального бюджетов) 55

2.4 Степень участия трудящихся в финансировании СКЛ 67

2.5 Организация СКЛ в системе ФСС 72

2.6 Недостатки системы СКЛ в переходный период 83

**Глава III. Совершенствование механизма финансового обеспечения в системе СКЛ на современном этапе развития экономики 95**

3.1 Организация и состояние санаторно-курортного лечения (на примере г. Сочи) 95

3.2 Экономический потенциал СКЛ. Направления реформирования действующей системы 109

Заключение 118

Список литературы

**Введение к работе**

I. Актуальность темы диссертационного исследования.

В настоящее время численность экономически активного населения составляет 73,8 млн человек или около 51% от общей численности населения страны В Российской Федерации ежегодные экономические потери в связи со смертностью, травматизмом и профзаболеваемосгью, работой во вредных или опасных условиях труда составляют около 407,8 млрд рублей (1,9% от ВВП) В настоящее время число инвалидов в Российской Федерации составляет около 13,1 млн человек Основными факторами, обуславливающими рост инвалидности, являются заболеваемость, качество деятельности лечебно-профилактических учреждений, бюро медико-социальной экспертизы, состояние окружающей среды, производственный и бытовой травматизм, дорожно-транспортные происшествия, техногенные и природные кат астрофы Наблюдается зависимость между ростом числа лиц, впервые обращающихся за установлением инвалидности, и принимаемыми мерами по социальной защите различных категорий инвалидов и повышению качества их жизни

В общегосударственной системе охраны здоровья населения страны, позволяющей целенаправленно осуществлять профилактику и лечение заболеваний на ранних стадиях, вести диспансерное наблюдение за больными и проводить их реабилитацию, важное место отводится санаторно-курортному лечению Ранее государство осуществляло единую политику развития санаторно-курортного комплекса, который был рассчитан на массового потребителя, при этом массовость достигалась хорошо отработанной системой финансирования Финансирование развития санаторно-курортного комплекса осуществлялось как за счет госбюджета, так и за счет фондов предприятий и других нецентрализованных источников

Структура управления санаторно-курортным комплексом сложилась с учетом наличия общегосударственного рынка санаторно-оздоровительных услуг Функционировала отраслевая система реализации санаторно-курортных путевок, гармонично сочетающая централизованные формы управления и горизонтальные связи Планово-распределительный метод реализации санаторно-курортных услуг обеспечивал оптимальную загрузку здравниц

В последнее десятилетие реформирование российской экономики привело к изменению организационно-правовых форм собственности и санаторно-оздоровительных организаций Прекратила существование общегосударственная система реализации санаторно-оздоровительных услуг Разрушилась существующая ранее централизованная система управления санаторно-курортным комплексом

Из-за уменьшения ЕСН с 5,4% до 3,2%, и как следствие отсутствия дополнительных средств, ФСС отменил финансирование санаторно-курортного лечения и оздоровления работников и членов их семей Государство через федеральный бюджет обеспечивает финансовыми средствами систему до-

лечивания в послеоперационный период, а также финансирует санаторное лечение только льготных категорий граждан

Должный уровень выздоровления после амбулаторного и стационарного лечения трудоспособного населения системой ОМС не обеспечивается Из-за недофинансирования возникает низкий уровень качества лечения, основная масса не получает достаточного базового лечения и нуждается в обязательном долечивании в условиях курорта и доведения до трудоспособного состояния Все это сказывается на показателях здоровья работающих граждан, в частности, из-за болезней ежедневно не выходят на работу 3 млн человек, 20-25 млн. человек на работе находятся в пред- или постболезненном состоянии Более 70% трудового населения к пенсионному возрасту страдают от различных заболеваний Ожидается, что в ближайшие 10-15 лет количество работающих граждан уменьшится на 9,2 млн человек и не превысит 50,1 млн , около 7 млн из них будут заняты на работах с вредными и опасными условиями труда

По данным Российского научного центра восстановительной медицины и курортологии сроки временной и стойкой нетрудоспособности после долечивания сокращаются в 2-3 раза После комплексной реабилитации, включающей санаторный этап, переход на инвалидность уменьшается в 3 раза, в 2 раза снижается уровень смертности, а около 32% больных возвращается к полноценному труду, после санаторного лечения в 2-6 раз уменьшается число обострений хронических заболеваний, в 2-4 раза снижается потребность в госпитализации

Экономическая эффективность и окупаемость от санаторно-курортного лечения оцениваются исходя из показателей эффективности курортного оздоровления и лечения сокращение количества дней временной нетрудоспособности в 2,3-3 раза, уменьшение потребности в госпитализации в 2,4 раза, после долечивания в санатории больные в 3-4 раза чаще и в 1,5-2,5 раза быстрее возвращаются к производительному труду, сокращение расходов на лечение больных в поликлиниках и стационарах в 2,6-3 раза, уменьшение выплаты пособий по временной нетрудоспособности в 1,8-2,6 раза, снижение ущерба производству в связи с заболеваемостью рабочих и служащих в 2-3 раза

В этих условиях необходимо восстановление и выявление новых дополнительных финансовых источников системы санаторно-курортного лечения и оздоровления, доступности его для основной массы населения, способствующих повышению уровня воспроизводства трудовых ресурсов

Степень научной разработанности проблемы. На современном этапе научному направлению характерно комплексное изучение всего спектра вопросов организации финансирования и управления системой социального страхования населения в РФ, что нашло отражение в работах ведущих специалистов этой области Бабича А М, Бочкаревой В К, Егорова Е Н, Жильцова Е Н, Жукова В И , Кибирева Б Г, Кривушкиной Г С , Кульбовской Н К, Лимонова В И , Мамедова А А , Орланюк-Малицкой Л А , Павлюченко В Г, Ройка В Д, Седовой М Л , Соловьева А П , Федоровой Т А , и других

Общие проблемы, эффективность и роль санаторно-курортного лечения в охране здоровья населения РФ, реабилитация и восстановление здоровья на основе природно-климатических факторов рассматривались в работах Андрюхи П В , Ветитнева А М , Георгиади-Авдиенко К А , Говорова В С , Журавлевой Л Б, Козлова И И, Мамишева С Н, Миленина М Е , Разумова А Н, Романовой ГМ, Романова Н Е, Семенова Б Н

Анализ работ, пересекающихся с проблематикой заявленного исследования, показал недостаточную разработанность особенностей механизма финансового обеспечения санаторно-курортного лечения в системе социального страхования Российской Федерации Это определило выбор темы, объекта, предмета, цели и задач исследования

Целью исследования является теоретическое и практическое обоснование финансового механизма, обеспечивающего доступность санаторно-курортного лечения граждан РФ в современных условиях

Для достижения цели исследования в ходе работы были поставлены следующие задачи.

1. Выявить роль финансовых механизмов в функционировании ФСС при санаторно-курортном лечении в РФ
2. Определить досгупность граждан России санаторно-курортным лечением с использованием страховых форм финансирования
3. Обосновать необходимость сохранения страховой формы оказания санаторно-курортных услуг в системе ОСС в настоящий период
4. Раскрыть роль и место ФСС в финансовом обеспечении санаторно-курортных услуг для населения
5. Дать оценку объемов финансирования санаторно-курортного лечения для населения России в настоящее время
6. Обосновать необходимость сохранения страховой формы оказания санаторно-курортных услуг в системе ОСС в настоящий период

Объектом исследования работы являются финансы государства, корпораций, предприятий и работника, взаимосвязи и взаимозависимости, возникающие в процессе финансового обеспечения санаторно-курортного лечения

Предмет исследования - финансовые отношения, возникающие в процессе обеспечения санаторно-курортної о лечения граждан РФ

Теоретической и методологической основой исследования послужили труды отечественных ученых в области финансов и социального страхования В процессе исследования использовались методы системного, факторного и сравнительного анализа, качественной и количественной характеристики рассматриваемых явлений, экономического моделирования и статистической обработки эмпирических данных, графической интерпретации исследуемых процессов Теоретические выводы сделаны на основе обработки исторических и статистических данных, полученных из официальных источников и статистических материалов, опубликованных в периодической печати

Научная новизна диссертационного исследования заключается в том, что разработана научная концепция финансового обеспечения санаторно-курортного лечения Более конкретно научная новизна исследования состоит в следующем

1 Предложен механизм финансового обеспечения санаторно-курортного  
лечения, который включает в себя три источника финансирования бюджетное,  
корпоративное, индивидуальное

2 Определено использование страховой формы защиты работников при  
необходимости долечивания, профилактики и реабилитации в условиях са  
наторно-курортного комплекса

3 Обоснован страховой характер финансовых средств, направленных  
на СКЛ современной России, как важнейшего элемента, обеспечивающего  
воспроизводство рабочей силы

1. Предложены дополнительные источники финансового обеспечения СКЛ на восстановление здоровья работников и их детей за счет использования бюджетных средств, средств работодателя и самого работника
2. На основе анализа реальных финансовых потоков поступающих на СКЛ дана количественная и качественная оценка их потенциала и дополнительных ресурсов
3. Определена необходимость в настоящий период в сохранении страховой формы оказания санаторно-курортных услуг в системе ОСС

Наиболее существенные результаты полученные лично автором и выносимые на защиту состоят в следующем

1. Обоснован финансовый механизм, обеспечивающий доступность санаторно-курортного лечения граждан РФ в современных условиях, с использованием финансов государства, корпораций и финансовых средств работника
2. Доказан страховой характер затрат на санаторно-курортное лечение
3. Предложена новая финансовая система, позволяющая сделать доступным санаторно-курортное лечение без ущерба для финансов государства, корпораций и личных сбережений граждан, повысить эффективность воспроизводства рабочей силы
4. Доказана необходимость в современных российских условиях сохранение страховой формы санаторно-курортного лечения

Теоретическая и практическая значимость работы заключается в том, что выводы и предложения, содержащиеся в диссертации, могут быть использованы при разработке и реализации основных направлений социальной и финансовой политики государства, дополняют теорию финансов социального страхования и могут быть использованы в качестве теоретических основ дальнейших научных исследований проблем финансирования санаторно-курортных услуг Положения диссертационного исследования могут послужить основой для разработки учебного курса «Социальное страхование», «Целевые бюджетные и внебюджетные фонды», «Право социального обеспечения»

Апробация работы. Маїериальї диссертации обсуждались на заседаниях кафедры финансов и кредита РГСУ Основные положения и выводы диссертации докладывались на методических семинарах, городских региональных и международных научно практических конференциях в 2003-2006 гг

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 8 работ общим объемом 9,3 печатных листа

Структура диссертационной работы выглядит следующим образом

Введение

## Формы организации и виды санаторно-курортного лечения, их роль в оздоровлении граждан

Одной из важнейших функций государства является охрана здоровья трудящихся, посредством профилактических и лечебно-оздоровительных мер, санаторно-курортного лечения и организованного отдыха трудящихся.

Основу программы развития санаторно-курортного дела в СССР составлял принцип, выдвинутый В. И. Лениным: «Курорты - для трудящихся». Декреты Советского правительства, принятые в первые годы после Великой Октябрьской социалистической революции, послужили началом развития курортов и организации учреждений отдыха трудящихся. Декрет «О лечебных местностях общегосударственного значения» от 4 апреля 1919 г., подписанный В. И. Лениным, провозгласил национализацию курортов и передачу их в руки трудящихся. «Лечебные местности или курорты, - говорилось в декрете, - где бы таковые на территории РСФСР ни находились и кому бы ни принадлежали со всеми сооружениями, строениями и движимостью, обслуживавшими ранее курорт и находящимися на присоединённых и приписанных к курортам землях, составляют собственность Республики и используются для лечебных целей».

Декрет имел важное значение для становления санаторно-курортного дела в стране, он положил начало санитарной охране курортов, финансирование, снабжение курортов и санаториев продовольствием и топливом, что было приравнено к снабжению больниц. Национализации были подвержены не отдельные объекты, а целостная сформированная в дореволюционный период курортная система, в структуру которых входили отели достаточно высокого уровня, частные дачи и особняки, дома и комнаты для сдачи внаем, заведения общественного питания, общекурортные парки, купальни и другие рекреационные объекты, магазины и предприятия инфраструктуры, а также объекты курортной медицины. Медицина в основном была отделена от баз размещения и была представлена общекурортными лечебными центрами (бальнеолечебницами, питьевыми бюветами, водоэлектросветолечебницами и др.) и частнопрактикующими врачами-специалистами. Она не была частью земской медицины и не входила в систему охраны здоровья населения ввиду малой доступности широким слоям населения страны. С точки зрения концепций управления это были коммерческие предприятия на индивидуальной или акционерной основе, предназначенные для удовлетворения потребностей в курортном отдыхе и лечении с использованием природных лечебных факторов достаточно обеспеченных групп населения1.

В советское время экономические вопросы санаторно-курортного лечения решались через общественные фонды потребления, которые удовлетворяли общественно значимые потребности сверх заработной платы.

Функциональная роль общественных фондов потребления состояла в том, чтобы в условиях ограниченности ресурсов личного потребления обеспечить удовлетворение первоочередных потребностей членов общества (содержание нетрудоспособных, в образование, культуре, здравоохранение, жилье) на минимально необходимом уровне .

Как экономическая категория общественные фонды потребления выражали социалистические производственные отношения, складывавшиеся в процессе производства, распределения и потребления материальных и духовных благ. Они являлись формой возмещения затрат необходимого тру 1 Ветитнев A.M., Журавлева Л.Б. Курортное дело: учебное пособие.

Основная часть общественных фондов потребления (примерно 70%) формировалась за счет государственного бюджета (в том числе бюджета государственного социального страхования) и использовалась в централизованном порядке. Меньшая часть их образовывалась на предприятиях за счет прибыли (фонд социально-культурных мероприятий и жилищного строительства) в пределах, регулируемых государством, а также в колхозах при распределении их доходов. Право использования общественных фондов потребления, образуемых на предприятиях, предоставлялось самим предприятиям.

Богатые предприятия, имея стабильную финансовую и материальную базу (в том числе самостоятельную санаторно-курортную систему) для своих работников, недоплачивая заработную плату, выдавало путевки сверх заработной платы. Предприятия бюджетной сферы (здравоохранения, образования, культуры) были лишены возможности стабильного получения санаторно-курортных путевок из-за сметного финансирования деятельности и отсутствием дополнительных средств. В оказании санаторно-курортного лечения общесоюзного значения общественные фонды потребления роли не играли, они были значимы только для министерств и ведомств. Фактически бюджетная сфера реально ничего не получала, возникла дискриминация в отношении получения дополнительных благ.

Большую роль в выравнивании интересов всех трудящихся играло социальное страхование. За счет средств социального страхования приобретались путевки на санаторно-курортное лечение и отдых, производилось финансирование детских яслей и садов, пионерских и молодежных лагерей.

Кроме обычных тарифов некоторое время действовали льготный и поощрительно-карательный тариф в зависимости от степени опасности и вредности условий производства (некое подобие нынешним скидкам и надбавкам к тарифам страховых взносов на страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний).

Социальное страхование способствовало повышению эффективности производства путем предоставления услуг по укреплению здоровья работающих и снижению заболеваемости.

Общее руководство социальным страхованием, контроль и инструктирование, а также разработка и представление на утверждение СНК сводного бюджета возлагалось на ВЦСПС. Практическое руководство осуществлялось сначала по линии отраслевых, а позже территориальных межсоюзных профсоюзных органов. Непосредственно на предприятиях (учреждениях, организациях) работу по обеспечению путевками проводили профсоюзные комитеты.

## Управление санаторно-курортным комплексом в системе оказания услуг населению

Основные направления организации и деятельности курортов содержались в Положении о курортах, утвержденном Советом Министров СССР. Этот документ устанавливал порядок признания местностей курортами, отнесения их к курортам общесоюзного, республиканского и местного значения, определения границ курорта, условия отвода земельных участков для строительства санаторно-курортных учреждений, правила создания, открытия и специализации здравниц. Регламентированы основные требования к организации лечения и обслуживания трудящихся, санитарному состоянию курортов, а также к охране природных лечебных факторов. Центральный совет руководил организацией лечения и отдыха трудящихся, разрабатывал планы развития курортов, санаториев, домов и пансионатов отдыха, бальнеотехнических хозяйств курортов, использования гидроминеральных ресурсов, проводил мероприятия по повышению квалификации работников здравниц профсоюзов, оказывал методическую помощь санаториям, санаториям-профилакториям и базам отдыха, принадлежащим различным ведомствам. В тесной связи с органами здравоохранения Центральный совет осуществлял меры по совершенствованию методов санаторно-курортного лечения, участвовал в разработке показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения.

Совместно с отделом ВЦСПС по государственному социальному страхованию, центральными комитетами и советами профсоюзов Центральный совет составлял планы распределения путевок, утверждаемые ВЦСПС, и обеспечивал их реализацию.

На Центральный совет по управлению курортами профсоюзов были возложены обязанности по координации деятельности санаторно-курортных и оздоровительных учреждений, независимо от их ведомственной подчиненности, в вопросах использования природных лечебных факторов и организации курортного режима. Это позволило создать единые правила использования природных курортных факторов для всех здравниц и общекурортных учреждений в стране, более рационально расходовать средства для укрепления и совершенствования бальнеотехнического хозяйства курортов, эксплуатации месторождений лечебных грязей и минеральных вод, организовать службы, ведущие наблюдение и контроль за режимом и качеством природных лечебных ресурсов.

Большинство трудящихся и членов их семей получали путевки бесплатно или на льготных условиях. Все работающие граждане в СССР имели ежегодный оплачиваемый отпуск, 20% путевок в санатории и 10% на отдых профсоюзы предоставляли бесплатно, а большую часть остальных путевок - за 30% стоимости. Это касалось и семейного отдыха, когда бесплатные и льготные путевки предоставлялись на семью из двух - четырех человек по месту работы одного из родителей независимо от того, работают ли остальные члены семьи, направляющиеся на отдых. Профсоюзные комитеты многих предприятий оплачивали также транспортные расходы, связанные с поездкой на курорт1. Средства на эти выплаты направлялись из бюджета государственного социального страхования, который находился в ведении профсоюзов и образовывался из отчислений от прибылей предприятий, а также из дотаций государственного бюджета. При этом взносы в фонд социального страхования трудящиеся из своих заработков не делали.

В системе распределения путевок был заложен принцип социальной справедливости. Предоставление путевки на отдых или лечение зависело от реального вклада работника в общее дело, от его общественной активности. Преимущественное право на льготные путевки имели работающие инвалиды и участники Великой Отечественной войны, передовики и новаторы производства, работающие инвалиды труда, одинокие матери, доноры. Путевки в детские и противотуберкулезные санатории выдавали бесплатно, за счет государственного бюджета 2.

Основной задачей Центрального Совета по управлению курортами профсоюзов было не только руководство профсоюзными здравницами, но и решение всех вопросов, связанных с эксплуатацией курортов и использованием их лечебных факторов3. Общее руководство детскими санаториями, а также санаториями для взрослых, подростков и детей, больных туберкулезом, возлагалось на Министерство здравоохранения СССР, а непосредственное управление - на министерства здравоохранения союзных республик и местные органы здравоохранения. При этом санатории для больных туберкулезом, детские некоторые другие категории санаторий содержались за счет государственного бюджета и лечение больных в этих учреждениях проводилось бесплатно. Развитие сети санаториев и учреждений отдыха осуществлялось как за счет госбюджета и собственных средств курортных учреждений, так и за счет фондов предприятий и других нецентрализованных источников финансирования.

Министерствам и ведомствам предоставлялось право по согласованию с центральным (республиканским) комитетами или советами профсоюзов объединять средства из определенных фондов предприятий и др. нецентрализованных источников и передавать их ВЦСПС для финансирования строительства здравниц с правом последующего преимущественного получения путевок в них.

На Центральный совет по управлению курортами профсоюзов были возложены обязанности по координации деятельности санаторно-курортных и оздоровительных учреждений (независимо от ведомственной подчиненности) в вопросах использования природных лечебных факторов и организации курортного режима1. Это позволило создать единые правила для всех здравниц и общекурортных учреждений страны, более рационально употреблять средства для укрепления и совершенствования больнеотехнического хозяйства курортов, эксплуатации месторождений лечебных грязей и минеральных вод, организации служб, ведущих наблюдение и контроль за режимом и качеством природных лечебных ресурсов2.

Принадлежность санаторно-курортных учреждений другим ведомствам, общественным организациям (Минздраву, Минсоцзащиты, Минобороны, МВД, Минсельхозу и др.) не являлась препятствием для осуществления единой государственной политики в области санаторно-курортного лечения. Через Центральный Совет по управлению курортами и его территориальные советы в регионах осуществлялась координация деятельности санаторно-курортных и оздоровительные учреждений, независимо от их ведомственной принадлежности. Санаторно-курортный комплекс был государственным по характеру организации, по источникам финансирования, развития и по правилам функционирования.

В целях лучшего использования ценных земель курортных местностей Совет Министров СССР в 1970 г. принял постановление «О мерах по упорядочению застройки территорий курортов и зон отдыха и строительства санаторно-курортных учреждений и учреждений отдыха», в котором предусмотрено деление курортов на общесоюзные, республиканские и местные.

## Источники финансирования СКЛ осуществляемые ФСС (за счет взносов и средств федерального и регионального бюджетов)

В ходе экономических реформ, в процессе создания системы ОСС была сформирована финансовая система обязательного социального страхования для решения задач защиты населения от социальных и профессиональных рисков, носящих массовый характер. Основой финансовой системы являются: средства, поступающие в фонды социального страхования в виде страховых взносов (с 2001 г. в виде ЕСН) в соответствии с установленными тарифами для каждого вида социального страхования; средства, поступающие из федерального и региональных бюджетов в соответствии с действующим законодательством; - средства от инвестирования временно свободных средств; - средства, взыскиваемые со страхователей в виде штрафов, пени за нарушение сроков и размеров внесения взносов или налога в фонды ОСС; - добровольные взносы юридических и физических лиц в фонды ОСС.

Финансовые средства перечисляются предприятиями, организациями, учреждениями и иными хозяйствующими субъектами независимо от форм собственности в соответствии с действующим законодательством и Положением о порядке уплаты ЕСН и страховых взносов.

До 2001 г. размер страховых взносов в ФСС составлял 5,4% от фонда оплаты труда. Величина тарифа отчислений, в процентах от заработной платы работников, которые уплачивают в их пользу работодатели (за счет себестоимости производимой продукции и услуг) по годам: 1995 - 2000 г.г. -5,4%; 2001 - 2004 гг.. - 4,0%; 2006 г. - 3,2%).

С введением с 1 января 2001 г. единого социального налога ставка отчислений в ФСС была снижена с 5,4% до 4%, а в 2007 г. составляет 2,9 %. Введение единого социального налога повлекло за собой изменение финансовой базы ФСС (см. Приложение 3, 4).

Потери доходов Фонда вынудили пересмотреть структуру расходов, сократили расходы, носящие не страховой характер; оптимизировали расходы на профилактические меры заболеваемости путем введения предельного размера оплаты стоимости путевок для застрахованных и их детей на санаторно-курортное лечение и оздоровление; расширили перечнь заболеваний, по которым застрахованные направляются на долечивание в специализированные санатории; изменили суммы, которой ограничивается максимальный размер пособий по временной нетрудоспособности.

Расходы фонда на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников в абсолютных размерах сократились в 2002 г. на 515,8 млн. руб., а в относительном - уменьшились с 23,6% в общей структуре социальных расходов фонда до 18,4%. Причем произошло и качественное изменение понимания данных расходов. Если ранее санаторно-курортное обслуживание подразумевало оплату путевок на лечение и отдых, то теперь в бюджете ФСС присутствуют расходы только на санаторно-курортное лечение и оздоровление. Соответственно доля расходов на выплату пособий и компенсаций возросла с 66% до 71%. Финансирование расходов на мероприятия по оздоровлению детей оставлены в прежнем объеме в общей структуре расходов - 10% . если до 2001 года доходы Фонда превышали расходы, то с введением единого социального налога (ЕСН), картина стала диаметрально противоположной. Видно сокращение размера тарифа социального налога, что связано с регрессивной шкалой налогообложения фонда оплаты труда. Одновременно прослеживается рост доли пособий в общей структуре расходов. Это связано с фактическим отсутствием ограничения размера пособия - регрессия начинает действовать намного раньше, чем включается ограничение размера пособия по временной нетрудоспособности.

В структуре расходов Фонда есть приоритетные статьи (например пособия, которые должны выплачиваться в первую очередь), при резком урезании финансовых поступлений санаторно-курортное лечение оказалось недофинансированным. По сравнению с бюджетом 2001 г. расходы на санаторно-курортное лечение и оздоровление работников и членов их семей сокращены почти в два раза. В 2001 г. на его оплату пошли средства из остатков прошлых лет и полученные путем мобилизации просроченной

Вводятся новые нормы по оплате путевок, так если в 2001 г. за счет средств обязательного социального страхования оплачивалась частичная или полная стоимость путеки в санаторно-курортные учреждения из расчета до 350 руб. на одного человека в сутки, то в этом году эта норма увеличена до 420 руб. Кроме того, в санаторно-курортных учреждениях, расположенных в районах и местностях, где в установленном порядке применяются районные коэффициенты к заработной плате, эта норма определяется с учетом этих коэффициентов. Изменены сроки пребывания застрахованного по путевкам, оплаченным с участием средств Фонда. Теперь срок пребывания в здравнице по такой путевке становится более 14 дней (до 2002 г. - 21 день).

Устанавливается норма оплаты (полная или частичная) стоимости путевок за счет средств обязательного социального страхования в детские оздоровительные лагеря. Вводится норма по оплате путевок в детские санаторные оздоровительные лагеря круглогодичного действия из расчета до 350 руб. (с учетом районного коэффициента) на одного ребенка в сутки не более чем за 24 дня пребывания в таком лагере.

Расходы по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, обеспечиваются в полном объеме за счет поступления страховых взносов и остатка бюджетных средств по данному виду страхования на начало года.

С 1 января 2003 г. в Российской федерации отменили финансирование санаторно-курортного лечения и оздоровления работников, членов их семей и участников Великой Отечественной войны, лишив тем самым льготных путевок сотни тысяч российских граждан, которые нуждаются в укреплении здоровья, но не в состоянии оплатить путевки за счет собственных средств в

Вестник государственного социального страхования. 2002. №3. с. 11 силу низкой заработной платы - учителей, врачей, работников промышленности и сельского хозяйства, многих других категорий граждан. Сокращение средств Фонда социального страхования для укрепления здоровья граждан РФ, особенно малооплачиваемых и социально незащищенных, происходит на фоне снижения уровня жизни, усиления налогового бремени, непрерывно растущих цен и тарифов.

Заработная плата, не смотря на ее динамику роста сохраняет низкую покупательную способность. Соотношение заработной платы и средней стоимости санаторно-курортного лечения на примере города Сочи составляет 3,2-3,7 раза. Данные статистического отдела г. Сочи наглядно это демонстрируют в таблице 3

## Экономический потенциал СКЛ. Направления реформирования действующей системы

До революции 1917 г. Сочи функционировал по типу немецких и французских курортов. С первых лет существования Советского государства вопросам использования природных физических факторов для улучшения здоровья трудящихся придавалось большое значение. На основании ленинского декрета «О лечебных местностях общегосударственного значения» Кубано-Черноморский ревком национализировал все рекреационные объекты в Сочи. В 1920 г. учитывая лечебное значение местностей Черноморского побережья Кавказа, правительство учредило Уполномоченного Наркомздрава РСФСР по дела курортов Кубани и Черноморья с постоянным пребыванием в городе Краснодаре, в это- же время создается Санаторно- Курортное Управление по городу Сочи.

Санаторно-Курортное Управление взяло на учет национализированные здравницы, дачи, лечебные местности, занялся землеустройством курорта, созданием производственной базы, электроснабжением, наладил первоначальное функционирование лечебных учреждений. В 1923 г. СКУ переходит в непосредственное ведение ГКУ Наркомздрава РСФСР. Формируется организационная структура Курортного управления. В 1927 г. СКУ переименовывается в объединение «Сочи-Мацестинский курорт», Сочи становится курортом союзного значения, здесь впервые организуются ведомственные санатории, в развитие курортного дела включаются профсоюзы, создаются условия для перехода некоторых санаториев на хозрасчет, внедряется и со временем совершенствуется система амбулаторно-курсовочного лечения. Круглогодичное функционирование курорта позволило укомплектовать штаты постоянными кадрами врачей и средним медперсоналом, возросла пропускная способность. В годы второй пятилетки (1933-1937) начинается разработка генерального плана реконструкции Сочи-Мацестинского курорта. На его реализацию выделялось 1400 миллионов рублей. Город - курорт объявляется ударной стройкой страны. Для руководства ею было создано специальное управление уполномоченного ЦИК СССР. По заданию советского правительства лучшие архитекторы и строители разрабатывали проекты санаториев, лечебниц, административных зданий, курортного проспекта, парков и др.

В это время в Сочи функционировали 6 государственных санаториев емкостью 465 коек, 21 ведомственное учреждение курортного типа на 1175 коек, курортная поликлиника. Был поострен новый бальнеологический корпус на Мацесте, позволяющий по сравнению с 1924 г. почти в семь раз увеличить количество отпускаемых ванн и довести их до 200 тыс. в год. Растущую популярность молодого курорта характеризует тот факт, что здесь восстанавливали свое здоровье около 15 тысяч неорганизованных отдыхающих, что по тем временам представляло собой весьма внушительную цифру. В 1940 г. город-курорт принял на отдых и лечение более 110 тысяч трудящихся со всего Советского Союза.

В годы Великой Отечественной войны курорт Сочи распоряжением ЦК ВКП(б) и Совета Народных Комисаров превратился в крупнейшую госпитальную базу, здесь функционировало 111 номерных лечебных учреждений на 40 тысяч коек. Сочинские медики вернули в ряды Советской Армии пол миллиона солдат и офицеров (45 полнокровных дивизий), это был настоящий подвиг милосердия, подвиг во имя жизни. Указом Президиума Верховного Совета СССР от 8 мая 1980 года за большую и самоотверженную работу трудящихся города по лечению и восстановлению здоровья воинов Советской Армии и Военно-Морского Флота в годы Великой Отечественной войны и за успехи, достигнутые в хозяйственном и культурном строительстве, город Сочи награжден орденом Отечественной войны I степени.

В послевоенные годы были проведены работы по восстановлению города в режиме курорта, к 1952 г. сформировалось 20 самостоятельных хозрасчетных учреждений и предприятий- 6 санаториев, 2 курортные поликлиники, на общее число коек 2 370, заезд больных в год 25 370 человек, общее количество койко-дней составило 4 245 925. Социальный состав больных: работники парторганизаций, работники физического труда, служащие, крестьяне, военнослужащие, учащиеся, дети, члены семей застрахованных, инвалиды, прочие В соответствии с постановлением Совета Министров СССР № 335 от 10 марта 1960 г. Санаторно Курортное Управление из системы Министерства здравоохранения РСФСР (1956г.) передано в ведение ВЦСПС и стало называться «Сочинское Территориальное Курортное Управление Профсоюзов», а в 1962 Управление переименовано в Совет (Постановление Президиума ВЦСПС пр. №8 от 25 марта п.2). Совет курорта возглавляет председатель, при нем коллегия и отделы Совета: общий и кадров, медицинский, финансово-плановый, отдел строительства и гидрогеологии, эксплуатации, по приему и обслуживанию зарубежных профсоюзных и рабочих делегаций2

Совет курорта объединяет 24 санатория (19 больнеологических и 5 высшей группы), 4 дома отдыха и 6 курортных поликлиники. В 1964 году дома отдыха реорганизованы в пансионаты и вводится первая очередь объединения пансионатов на курорте Адлер. В 1974 г. изменил название в

В Приложении 14 представлена плановая себестоимость койко-дня Сочинского Территориального Курортного Управления в период с 1960 по 1990 гг.

Централизованная система планирования и управлении санаторно-курортным комплексом обеспечивала его независимость от рыночных механизмов и следовательно, условия стабильного существования. Однако эти условия не стимулировали повышения качества предоставляемых услуг, обеспечивали экстенсивное развития, без постоянного улучшения качества параметров. К концу 80-х годов 20 века в экономике курортного комплекса города Сочи нарастали застойные явления, средств на расширенное воспроизводства здравниц не хватало. Основные фонды стареют и требуют капитального ремонта. Уровень комфортности и качество сервиса многих здравниц не соответствует современным требованиям в этой сфере.

Реформы 1992 г. разрушили основы прежнего функционирования курортного комплекса страны, и в частности г. Сочи, не создав альтернативных направлений развития отрасли. Средства социального страхования были выведены из под управления профсоюзов, которые в связи с этим утратили функции распределения санаторных и оздоровительных путевок и компенсации отдыхающих части их стоимости. Созданные государственные фонды социального страхования перестали выделять какие - либо средства рекреационным предприятиям, кроме оплаты стоимости путевок, что лишило здравниц средств на расширенное воспроизводство.