

УДК 61 : 368 (091)

Н.А. Капитоненко, П.Э. Ратманов

История обязательного медицинского страхования в РФ и на Дальнем Востоке России

Дальневосточный государственный медицинский университет, г. Хабаровск

Контактная информация: П.Э. Ратманов, e-mail: ratmanov@gmail.com

Резюме

В статье представлен отечественный опыт страхования на случай болезни в России и на российском Дальнем Востоке в конце XIX – начале XX вв. Приведен обзор страхового законодательства в этот период.

Ключевые слова: история медицины, медицинское страхование, страховые кассы, страховое законодательство

N.A. Kapitonenko, P.E. Ratmanov

The history of compulsory health insurance in the Russian Federation and the Russian Far East

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

e-mail: ratmanov@gmail.com

Summary

The paper deals with the review of experience of health insurance in Russia and in the Russian Far East at the end of the 19th – early 20th centuries. The paper also includes an overview of health insurance legislation during this period.

Key words: history of medicine, health insurance, insurance funds, insurance legislation

Введение

Медицинское страхование в России появилось почти в одно время, что и в европейских странах: Германии, Австрии, Англии, Голландии, Норвегии.

Обсуждение

В 1861 г. был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России [3; 5; 9]. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались

товарищества, а при товариществах – вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2-3 процентов заработной платы).

В 1866 г. в России был принят закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому закону к ра-

ботодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих. Иных норм и правил закон не предусматривал. Однако полностью он не выполнялся. На свои средства, с целью оказания медицинской помощи, рабочие вынуждены были создавать общества и кассы взаимопомощи [2].

Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел принятый в 1903 г. Закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности» [1; 8]. По данному закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать вознаграждение потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.

Новый подъем революционного движения 1905 г. вынудил государство ввести систему страхования рабочих промышленных предприятий. Именно в это время комиссия во главе с министром торговли и промышленности В.И. Тими-

рязевым разработала впервые законопроекты о социальном страховании, которые дополнялись и перерабатывались в различных комиссиях, в Правительстве и Государственной Думе и только через семь лет в 1912 г. стали законами.

Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев от 23.06.1912 был принят III Государственной Думой [14]. В декабре 1912 г. был учрежден Совет по делам страхования. В январе 1913 г. в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования. С июня-июля 1913 г. были созданы больничные кассы на многих территориях Российской Империи. Были созданы два типа больничных касс: территориальные (общие) и профессиональные (на предприятиях). В обязанности больничных касс вменялось амбулаторное обслуживание рабочих, конторских служащих и оказание первой медицинской помощи в экстренных случаях. Фонд больничных касс формировался за счет страховых взносов рабочих и доплат предпринимателей.

Средства больничной кассы, предназначенные для выплаты пособий, обращались в оборотный и запасной капитал. Оборотный капитал слагался из взносов и приплат, а также доходов с имущества кассы и случайных поступлений. Запасной капитал составлялся из отчислений от суммы взносов и приплат в размере 5 %, остатка годовых операций кассы и их пожертвований. Запасной капитал выполнял функцию резерва оборотных средств и в

случае их недостатка направлялся на текущие расходы [2].

В январе 1914 г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях. По Закону 1912 г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах:

1. Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях.
2. Амбулаторное лечение.
3. Родовспоможение.
4. Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

Принятая в 1912 г. система страхования рабочих была весьма несовершенной и вызывала обоснованную критику даже на заседаниях Государственной Думы. Эта система распространялась только на рабочих, занятых на сравнительно крупных предприятиях, а их дореволюционной России было немного. Кроме того, закон, охватывая 2 % населения России не распространялся на Сибирь, Дальний Восток и Среднюю Азию (Туркестан). 60 % всех расходов по страхованию оплачивали сами рабочие. Больничные кассы занимались фактически только страхованием от болезней и выдачей пособий. Таким образом, до 1917 г. страховой медициной были охвачены только рабочие крупных промышленных предприятий.

После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования (Новелла от 25.07.1917 г), включающие следующие основные концептуальные положения:

1. Расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одновременно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных).
2. Предоставление права больничным кассам объединяться, при необходимости, в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы).
3. Повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек.
4. Полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей.

Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьёзно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г. Временное Правительство под руководством А.Ф. Керенского также не смогло решить основные проблемы страхования, хотя число застрахованных увеличилось до 3 % общего населения России [7].

Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России «полного социального страхования» [4]. Основные положения Декларации были следующие:

- распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;

- распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы);

- возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство;

- возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы.

Проводимые Советским Правительством реформы способствовали осуществлению полного социального страхования на началах полной централизации. Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздравовской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31.10.1918 г., которым было утверждено «Положение о социальном обеспечении трудящихся». В новом Положении термин «страхование» был заменен на термин «обеспечение». Это соответствовало концепции Советского

Правительства о том, что через год после Октябрьской революции капитализм уже ликвидирован и Россия стала «социалистической» и, следовательно, капиталистический институт социального страхования должен был уступить свое место социалистическому институту социального обеспечения. Содержание Декрета от 31.10.1918 г. полностью этому соответствовало.

19.02.1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения», в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах [4]. Таким образом, этим Декретом кассовая медицина упразднялась. Результаты такой реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизились уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д.

С 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика, и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за период 1921-1929 гг. Например, 15.11.1921 г. издается Декрет «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом», в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособ-

ности. Для организации социального страхования на случай болезни были установлены страховые взносы, ставки которых определялись Советом Народных Комиссаров и дифференцировались в зависимости от числа занятых на предприятии лиц и условий труда. Впервые этим Декретом устанавливался порядок взимания взносов, при этом основными сборщиками стали комиссии по охране труда и социального обеспечения.

Этот этап можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в силу объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья.

Страховые законы 1912 г. на территорию Дальнего Востока не распространялись. Страховые реформы Временного Правительства, хотя формально и сняли запрет на создание страховых рабочих организаций на Дальнем Востоке, но не полностью отвечали реальному социально-экономическому положению в регионе.

Советские декреты о страховании рабочих были опубликованы в местной печати Дальнего Востока в январе 1918 г., однако никаких организационных мероприятий по их выполнению не было произведено. Ни создания больничных касс, ни реальных изменений в организа-

ции медицинской помощи рабочим в Приморской области в первой половине 1918 г. не произошло. В период 1919-1920 гг. на Дальнем Востоке фактически действовало страховое законодательство Временного Правительства. Введение закона Сибирского Временного Правительства (Правительства адмирала Колчака 1919 г.) о социальном страховании никакого влияния на оказание медицинской помощи дальневосточным рабочим и служащим не оказало. Попытки ввести социальное страхование на Дальнем Востоке предпринимались в Хабаровске и Владивостоке в 1918 г., в Чите и Благовещенске в 1919 г.

Одной из первых была открыта больничная касса в Благовещенске в 1920 г., которая имела несколько амбулаторий [10]. Касса испытывала дефицит врачей, часть из которых иммигрировала в соседний Китай или была мобилизована в действующую армию. Поэтому в некоторых амбулаториях кассы не было постоянного врача, а работали только фельдшеры.

С момента образования «буферной» Дальневосточной республики (ДВР) в апреле 1920 г., ее Правительство выбрало курс на отделение социального обеспечения от единого государственного здравоохранения. Были организованы два министерства здравоохранения и общественного призрения. Таким образом, первоначально в основу социальной политики ДВР был взят опыт Советской России. После распространения суверенитета ДВР на территорию всего региона, постановлением

Правительства ДВР от 11.11.1920 г. в ведение государства были изъяты все лечебные и фармацевтические учреждения, т.е. фактически была объявлена монополия государства на медицинскую помощь [6]. К ноябрю 1922 г., когда ДВР была ликвидирована, страховые кассы на Дальнем Востоке были организованы лишь в губернских городах, да и охватывали далеко не всех рабочих и служащих этих городов. Не были застрахованы многочисленные категории трудящихся – транспортники, горнорабочие, большая часть госслужащих. Из-за недостатка средств страховой совет и страховые присутствия также не смогли в достаточной мере обеспечить свои обязательства. Предприятия и учреждения часто уклонялись от страхования своих сотрудников, а сами лица наемного труда не были осведомлены о значении и задачах социального страхования [11].

Для Дальнего Востока не вполне применимы общепринятые этапы развития отечественного медицинского страхования. Так, например, в Сибири первые больничные кассы возникли в 1917 г., а уже с конца 1919 г. развитие социального страхования пошло по общесоветскому пути. В 1922 г., когда в РСФСР начала формироваться бюджетно-страховая модель здравоохранения, в ДВР в соответствии с законом «О соци-

альном страховании» стала активно развиваться страховая медицина.

После присоединения ДВР к РСФСР Дальревкомом было принято решение временно не вводить на территории Дальнего Востока социальное страхование в тех формах, в каких оно тогда существовало в Советской России. Во-первых, после пяти лет гражданской войны власть в крае была очень слабой и реально не могла организовать социальное страхование рабочих и служащих по всем видам социального риска. Во-вторых, органы управления здравоохранения на Дальнем Востоке не в состоянии принять на себя содержание всех лечебных учреждений края. В-третьих, увеличение страхового взноса с 10 % до уровня 16-22 % от фонда оплаты труда отразилось тяжело на финансовом положении предприятий.

В начале 1923 г. социальное страхование на Дальнем Востоке сохраняя те же формы и содержание, как при ДВР. Осуществлялось только два вида страхования: пособия по временной нетрудоспособности и лечебная помощь застрахованным и лечебная помощь застрахованным. Страховые взносы взимались в размере 10 % от заработной платы без тарификации по степени вредности и опасности производства. Вместе с тем, подготовка к перестройке социального страхования на общесоветские принципы началась с конца 1922 г. Таким образом, только с 1924 г. социальное страхование на Дальнем Востоке строилось и действовало на обще советских началах и положениях [12].

В Амурской и Забайкальской губерниях лечебная помощь находилась в руках страховых касс до осени 1924 г. После передачи лечебного дела и активной позиции дальневосточных профсоюзов, а из страховых касс в отделы здравоохранения в 1924 г. медицинские учреждения для застрахованных сохраняли свою обособленность, причем в наибольшей степени благодаря работе отделений медицинской помощи застрахованным, страховых совещаний.

В конце 20-х и начале 30-х гг., с усилением роли отделов здравоохранения, страховые органы стали основное внимание уделять обеспечению застрахованных пособиями, врачебному контролю, курортному делу, капитальному строительству.

В 1933 г. произошла передача функций управления социальным страхованием в ведение профсоюзов. После этого ассигнования по фонду медицинской помощи застрахованным были включены общий бюджет здравоохранения, что привело к образованию исключительно бюджетной медицины [13].

Новый этап развития ОМС на Дальнем Востоке связан с принятием федерального закона «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ», который был принят 28 июня 1991 г. Практическая реализация закона началась в субъектах Дальнего Востока с 1993 г с

создания десяти территориальных фондов ОМС и их филиалов.

Заключение

Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» не соответствовал современным требованиям к организации обязательного государственного социального страхования, прежде всего в части создания действенных механизмов обеспечения прав граждан на бесплатное оказание медицинской помощи.

Не были созданы условия, при которых центральным элементом системы обязательного медицинского страхования является застрахованный гражданин. Закрепление права выбора страховой медицинской организации одновременно за страхователем и гражданином привело к фактическому устранению граждан от участия в выборе страховой медицинской организации. Отсутствие требований об оплате медицинских услуг в сфере обязательного медицинского страхования по полному тарифу не давало возможности обеспечить право граждан на свободный выбор медицинской организации, вне зависимости от формы собственности.

Не были установлены требования к размеру страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан со стороны органов государственной власти субъектов Российской Федерации, что приводило к существенному различию финансового обеспечения оказания медицинской

помощи и, как следствие, качества и объема медицинской помощи, оказываемой в различных субъектах Российской Федерации. Не был определен правовой статус Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования как субъектов системы обязательного медицинского страхования. Отсутствовали положения о единой базе данных застрахованных лиц в Российской Федерации, что приводит трудностям в предоставлении медицинской помощи за пределами субъекта Российской Федерации, в котором застрахован гражданин. Отсутствовали нормы, раскрывающие права страховых медицинских организаций по контролю объемов, сроков и качества медицинской помощи. Была несовершенна структура управления системой обязательного медицинского страхования.

Список литературы

1. Ашмарина С.В. Разработка закона 1903 г. о страховании промышленных рабочих / С.В. Ашмарина // Историки размышляют. Сборник статей. Вып. 3. – М., 2002.
2. Больничные и страховые кассы (отечественный опыт медицинского страхования) / В.В. Гришин [и др.]; ред. О.П. Щепин. – М.: Фирма «АЙС», 1997. – 226 с.
3. Вакарина Е.А. Социальное страхование рабочих в горнорудной промышленности Российской империи второй половины XIX – начала XX века (правовой аспект) / Е.А. Вакарина, Е.А. Назарова // Общество и право. – 2017. – № 2 (60). – С. 228-231.
4. Декреты Советской власти. Т. Т.1. 25 октября 1917 г. – 16 марта 1918 г. – М.: Государственное издательство политической литературы, 1957. – 625 с.
5. Ермаков Д.Н. Сравнительный анализ развития права социального страхования в России и Германии (вторая половина XIX – первая четверть XX вв.) / Д.Н. Ермаков // Государство И Право. – 2011. – № 4. – С. 74-87.
6. Исаков А.В. Развитие здравоохранения Дальнего Востока / А.В. Исаков. – Благовещенск, 1976. – 152 с.
7. Мирский М.Б. Страховая медицина в России при Временном Правительстве (февраль – октябрь 1917 г.) / М.Б. Мирский, С.В. Львова // Бюллетень НИИ им. Семашко. – 1992. – № 1. – С. 121-128.
8. Мустафин Р.Р. Деятельность касс взаимопомощи рабочих и Закон 1903 года о вознаграждении потерпевших от несчастных случаев в Российской империи / Р.Р. Мустафин // Гражданское общество в России и за рубежом. – 2011. – № 4. – С. 26-31.
9. Положение о горнозаводском населении казенных заводов ведомства Министерства финансов: высочайше утверждено 8 марта

1861 г // Полное собрание законов

Российской империи : П. – Т. 36 №

719.

10. Ратманов П.Э. Из истории добровольного страхования в России и на Дальнем Востоке / П.Э. Ратманов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2001. – № 1. – С. 36.
11. Ратманов П.Э. Из истории медицинского страхования в Дальневосточной республике / П.Э. Ратманов // Дальневосточный медицинский журнал. – 2000. – № 1. – С. 53-55.
12. Ратманов П.Э. Медицинское страхование на Дальнем Востоке в 20-е годы / П.Э. Ратманов, Н.А. Капитоненко, В.В. Захарченко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – № 6. – С. 53-54.
13. Ратманов П.Э. Опыт организации обязательного медицинского страхования в Хабаровском крае в 20-е годы / П.Э. Ратманов, Н.А. Капитоненко // Вестник ОМС. – 2000. – № 1. – С. 23-24.
14. Хаконова И.Б. Содержание и значение законов от 23 июня 1912 г. в развитии российского страхового права в отношении промышленных рабочих / И.Б. Хаконова // Наука и образование: хозяйство и экономика; предпринимательство; право и управление. – 2013. – № 5 (36). – С. 83-88.