

П. Э. Ратманов, Н. А. Капитоненко, В. В. Захарченко

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ В 20-Е ГОДЫ

Дальневосточный государственный медицинский университет

В соответствии с законом РФ "О медицинском страховании граждан РФ" в 1993 г. на Дальнем Востоке было введено обязательное медицинское страхование. Между тем уже в 20-х годах на Дальнем Востоке работала сеть страховых касс, осуществлявших в том числе и страхование по болезни. В этой связи является актуальным изучение исторического опыта страховой медицины в дореволюционное время и медицинского страхования в первые годы советской власти. Представляется важным анализ исторических особенностей внедрения и развития медицинского страхования на Дальнем Востоке с учетом малонаселенности районов, большой площади края и значительной отдаленности от центра страны. Этот опыт может и должен быть использован при определении путей дальнейшего развития медицинского страхования.

Исследования в области истории страховой медицины появились еще в 20-х годах. Следует особенно отметить работы Н. А. Вигдорчика, В. Д. Карибского, Н. А. Семашко. Отделом истории медицины и здравоохранения НИИ им. Н. А. Семашко РАМН под руководством проф. М. Б. Мирского в конце 80-х годов началось изучение отечественного опыта медицинского страхования. Отделом проведено три симпозиума, посвященных этой теме. Под руководством академика Ю. П. Лисицына было выполнено исследование по страховой медицине. Однако углубленное исследование по истории страховой медицины на Дальнем Востоке не проводилось [1].

Нами были изучены материалы съездов и конференций профсоюзных организаций, протоколы совещаний работников органов социального страхования, заведующих губернскими и транспортными отделами здравоохранения, законодательные акты и постановления центральных и местных органов власти, статистические справочники, публикации в периодической печати.

В годы гражданской войны в особом буферном государстве — Дальневосточной Республике (ДВР), которая существовала с 1920 по 1922 г., был принят закон "О социальном страховании" от 10 января 1922 г., разработанный Дальневосточным советом профессиональных союзов. Но отсутствие опыта в страховом деле, недостатки закона и главным образом тяжелое хозяйственное и финансовое положение ДВР мешали более быстрому распространению социального страхования. К моменту ликвидации ДВР в ноябре 1922 г. в республике работали лишь 3 страховые кассы (Читинская, Благовещенская, Верхнеудинская), которые охватывали только городские районы, да и то частично. В конце 1922 г. во всех страховых кассах было всего 10 тыс. застрахованных [6].

После присоединения Дальневосточной Республики к РСФСР особым постановлением Дальревкома от 21 ноября 1922 г. на Дальнем Востоке было временно сохранено действие Закона "О социальном страховании", принятого правительством ДВР 10 января 1922 г. Это же постановление было подтверждено Дальревкомом 26 декабря 1922 г. при введении на Дальнем Востоке Кодекса законов о труде, причем глава XVII кодекса, содержащая положения о социальном страховании, временно в действие не вводилась [3].

Закон от 10 января 1922 г. устанавливал обязательное социальное страхование (страхование от всех видов социального риска, т. е. болезни, потери заработка, инвалидности, материнства и др.) всех лиц, занятых по найму, и добровольное страхование для лиц свободных профессий, а также для самостоятельных производителей. Введение отдельных видов страхования должно было происходить постепенно, в зависимости от развития производительных сил края. В первую очередь были введены два вида страхования: по временной нетрудоспособности и оказание лечебной помощи застрахованным. Все расходы возлагались на предпринимателей, устанавливался 10% страховой взнос с общей суммы заработной платы без тарификации по степени вредности и опасности (из них около 4,5% шло на медицинскую помощь). Закон от 10 января 1922 г., возлагая на страховые кассы обязанность обеспечить застрахованных лечебной помощью, не решал вопроса о порядке и форме организации этой помощи. Кассам предоставлялось право самим организовывать медицинскую помощь, они могли также передать организацию лечебной помощи органам здравоохранения на договорных началах [5]. Поскольку у органов здравоохранения ДВР отсутствовали и силы, и средства для постановки лечебной помощи, страховые кассы повсюду были вынуждены сами

браться за организацию медпомощи застрахованным. Таким образом, на Дальнем Востоке реализовалась модель страховой медицины, когда страховые кассы сами содержали медицинские учреждения. Общее руководство и контроль за деятельностью страховых касс возлагались на губернские страховые присутствия и на Краевой страховой совет. И совет, и присутствия строились на началах выборного паритета представительства страховых и работодателей с особым представительством профсоюзов и отделов труда.

Тогда же была начата подготовка к постепенному проведению "советизации" социального страхования на Дальнем Востоке. Так, участие представителей страхователей в органах управления соцстраха было отменено уже в конце 1922 г. Постановлением Дальревкома от 26 июня 1923 г. были упразднены страховой совет и страховые присутствия. Вместо совета и присутствий были созданы по образцу Советской России Дальневосточное и губернские управления социального страхования. 10 августа 1923 г. Дальревком издал постановление о введении на Дальневосточном водном и железнодорожном транспорте всех видов социального страхования в соответствии с общими положениями о социальном страховании. До издания этого постановления на железных дорогах Дальнего Востока страховые кассы еще не были организованы, а на Амуре существовала водно-транспортная касса, созданная в соответствии с Законом от 10 января 1922 г. [3].

В 1923 г. начался подлинный рост социального страхования на Дальнем Востоке. За год число застрахованных увеличилось более чем в 7 раз. Страхование не только полностью охватило рабочих и служащих ближайших районов, но и проникло даже в такие отдаленные уголки, как Анадырь, Камчатка, Командорские острова и Сахалин. За год количество страхователей увеличилось более чем в 3,5 раза (табл. 1) [7].

Преобладали частные страхователи, которые составляли 3/4 общего числа страхователей. Однако на них приходилась лишь 1/5 часть всех застрахованных. На одного частного страхователя приходилось в среднем 4,5 застрахованного, на каждого государственного страхователя — 65,5 застрахованного.

При таком быстром росте числа страхователей и застрахованных не могла оставаться без изменений и страховая сеть. На 1 октября 1922 г. на Дальнем Востоке она включала страховой совет, 4 губернских страховых присутствия и 3 страховые кассы. Аппарат общего управления и руководства преобладал над низовыми организациями, непосредственно обслуживающими застрахованных. За год, т. е. к 1 октября 1923 г., сеть значительно перестроилась. В нее входили: Дальневосточное управление социального страхования, 5 губернских управлений страхования, 20 страховых касс, в том числе 16 территориальных и 4 транспортные. Как видно, выросли главным образом низовые подразделения. Особенно интенсивно страховая сеть развивалась в 1923 г. Почти в каждом уездном центре возникла своя страховая касса. Большинство этих касс оказались малочисленными по числу застрахованных и слабыми в финансовом отношении. Поэтому уже в конце 1923 г. начался процесс укрупнения страховых касс, мелкие кассы превращались в страховые пункты более мощных касс. Так образовались Забайкальская, Амурская и Приморская губернские кассы, охватывающие районы целой губернии и имеющие на местах разветвленную сеть страховых пунктов и уполномоченных. К началу 1925 г. страховая сеть была окончательно реорганизована. Вместо прежних 16 территориальных касс стало существовать только 6, из них 4 губернские и 2 районные. В среднем на каждую страховую кассу приходи-

Таблица 1

Развитие сети социального страхования на Дальнем Востоке (1922—1926 гг.)

Субъекты страхования	На 01.01.22	На 01.01.23	На 01.01.24	На 01.01.25	На 01.01.26
Застрахованные	1148	10 833	77 740	101 918	119 919
Страхователи	121	492	4 234	7 795	8 456
Страховые кассы	1	4	14	10	10

Таблица 2

**Финансовая деятельность дальневосточных страховых касс
(1924—1925 гг.)**

Полугодие	Поступило страховых взносов	Израсходовано и перечислено в центр	% расхода по отношению к приходу
	тыс. руб.		
I 1924 г.	2591	2002	77,3
II 1924 г.	3307	2944	89,1
I 1925 г.	3320	3170	95,5

лось почти по 11 тыс. застрахованных. На местах существовало 18 страховых пунктов и 54 уполномоченных [6].

Число транспортных касс осталось без изменений: 2 водные — Амурская и Тихоокеанская и 2 дорожные — Читинская и Уссурийская. Однако и в транспортных кассах низовая сеть заметно расширилась: в 1925 г. работало 11 участковых касс, 13 страховых пунктов и около 20 страховых уполномоченных [6].

С 1 января 1924 г. Закон ДВР от 10 января 1922 г. был полностью заменен соответствующими советскими декретами. Было введено страхование от инвалидности и безработицы на началах общесоветского тарифа страховых взносов. В дальнейшем социальное страхование на Дальнем Востоке пошло уже по общесоветскому пути развития. Исключение составляли только две стороны страховой работы: организация медпомощи застрахованным и фондирование страховых взносов.

Страховые кассы Дальнего Востока (в Забайкалье и Приамурье) пошли по пути создания своих собственных лечебных заведений в силу практической необходимости. Это был единственный путь для обеспечения застрахованных более или менее удовлетворительной медпомощью. Органы здравоохранения не имели достаточного количества лечебных заведений и достаточных средств как по центральной, так и по местной смете. Поэтому они не смогли бы сделать больше, чем кассы, и вынуждены были бы часть страховых сумм тратить на построение лечебной сети, обслуживающей в том числе и незастрахованных.

В то же время следует отметить и другой опыт на Дальнем Востоке. В Приморской губернии лечебная помощь с самого начала была передана здравотделам на договорных началах. В Амурской и Забайкальской губерниях обслуживание застрахованных в сельских местностях также было передано по договорам органам здравоохранения. При этом постоянно высказывались нарекания со стороны профсоюзов и работников соцстраха, что средства лечебного фонда включались в общую смету доходов губздравов по местным бюджетам и что медпомощь, находящаяся в руках здравотделов, была очень низкого качества [3]. С 1 октября 1924 г. оказание медпомощи застрахованным было передано в ведение органов здравоохранения на основах особого соглашения дальневосточных уполномоченных Наркомздрава и Наркомтруда, которое было утверждено Дальревкомом. Но и после этого страховые органы кое-где были вынуждены напрямую оплачивать медпомощь застрахованным.

Второй особенностью страховой медицины Дальнего Востока было изменение фондирования страховых сумм, установленного центром. Дальневосточные страховые кассы не имели твердого подразделения по отдельным видам страховой помощи. Страховые кассы производили свои расходы по фактическим потребностям и возможностям. Дальневосточное управление социального страхования установило, что расходы дальневосточных страховых касс не могут быть уложены в рамки установленного процента отчислений от страховых взносов в фонд Г (лечебная помощь), в то время как по фонду А (пособия по временной нетрудоспособности) получают значительные остатки. Дальсоцстрах по согласованию с Дальбюро ВЦСПС постановил временно слить фонды А и Г в один фонд, из которого до 45% всех расходов могли составлять расходы на лечебную помощь. Это постановление не встретило возражений в Центральном управлении социального страхования [3].

До 1 января 1924 г. все страхователи Дальнего Востока уплачивали страховые взносы в размере 10% от фонда заработной платы. С введением всех видов социального страхования и расшире-

нием видов обеспечения размеры взносов на Дальнем Востоке были определены по общесоветским нормам. Размер взносов колебался по отдельным предприятиям от 10 до 22% фонда оплаты труда, но в среднем по всем кассам Дальнего Востока составлял 15,5%. С 1 октября 1924 г. размеры взносов понизились. Средний размер взноса по Дальневосточному краю был уже только 13%. В 1926 г. средний страховой тариф упал до 12,8% по территориальным кассам и до 11,95% по транспортным, что обуславливалось льготным тарифом для всех основных отраслей промышленности края и государственных учреждений [4]. Из табл. 2 видно, что процент расхода страховых касс по отношению к приходу постоянно рос, частично это было связано с увеличением числа застрахованных, а также инвалидов и безработных. Снижение размеров страховых взносов и постоянный рост расходов привели к серьезным финансовым затруднениям. Во второй половине 1925 г. некоторые кассы были уже дефицитными [6].

Задолженность предприятий по страховым взносам была большой проблемой для дальневосточных страховых касс. В 1923 г. по территориальным кассам она достигала 21,3% от общей суммы причитающихся взносов, а по транспортным кассам — даже 59,4%. В 1924 г. расходы на медпомощь составили 57,4% всех расходов, организационные — 13,2%. В 1925 г. на лечебную помощь было израсходовано 37,1% всех затрат, на орграсходы — 8,1% [2].

Постановлением Дальревкома от 26 июня 1923 г. на Дальнем Востоке был образован централизованный запасный капитал из следующих средств: из 50% отчисления от запасного капитала страховых касс по состоянию на 1 июля и из остатков сумм бывшего страхового совета. В дальнейшем в этот капитал ежемесячно поступали отчисления страховых касс в размере 5% от полученных страховых взносов. 1 января 1924 г. запасной капитал Дальневосточной области был слит со Всероссийским запасным фондом соцстраха при условии хранения сумм дальневосточного фонда на Дальнем Востоке и предоставления Дальсоцстраху права распоряжения текущим счетом запасного фонда [3].

Медицинское страхование на Дальнем Востоке получило развитие на 10 лет позже, чем в Центральной России, и, несомненно, сыграло положительную роль в становлении здравоохранения региона. Оно позволило привлечь дополнительные финансовые средства на развитие медицинской помощи. После гражданской войны на Дальнем Востоке фактически отсутствовала бесплатная медицинская помощь. Страховые кассы создали и содержали целую сеть медицинских учреждений, что увеличило доступность лечебных услуг. В условиях Дальнего Востока это потребовало перераспределения средств между различными видами социального обеспечения, фонды лечебной помощи и пособий по временной нетрудоспособности были временно объединены. С организации страховых касс в ДВР и до конца 20-х годов медицинское страхование эффективно выполняло свою функцию.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вигдорчик Н. А.* Теория и практика социального страхования. — Пб.—М., 1919—1926. — Вып. 1—8; *Карибский В. Д.* Основы организации медицинской помощи застрахованным. — М., 1931; *Лисицын Ю. П., Стародубов В. И.* и др. Медицинское страхование. — М., 1995; *Семашко Н. А.* // Изв. НКЗ РСФСР. — 1922. — № 5—6. — С. 1—2.
2. Положение труда на Дальнем Востоке. — Чита, 1924. — С. 42—44.
3. Профсоюзы Дальнего Востока в 1923 г. (отчет Дальбюро ВЦСПС). — Чита; Владивосток, 1924 — С. 84—97.
4. Резолюции 2-го Дальневосточного краевого совещания работников органов социального страхования. 28 нояб. — 3 дек. 1926 года. — Хабаровск, 1927. — С. 3—30.
5. Собрание узаконений и распоряжений правительства ДВР. — 1922. — № 1(17). — Ст. 16 — С. 41—56.
6. Три года советского строительства в Дальневосточном крае. Первому краевому съезду Советов. Отчет Дальревкома за 1922—1925 гг. — Хабаровск, 1926. — С. 232—235.
7. Труд в ДВК: Статистический справочник 1923, 1924 и 1925 годы. — Хабаровск, 1926. — С. 154—157.

Поступила 21.02.00