

© А. В. РЕШЕТНИКОВ, 1995
УДК 614.255.5 (470)

А. В. Решетников

ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Отдел социально-гигиенического планирования и прогнозирования состояния здоровья населения Сибири при Президиуме СО РАМН, Новосибирск

В законе "О медицинском страховании граждан в РФ" не нашли отражения механизмы финансирования обязательного медицинского страхования. В связи с этим представляется актуальным исторический анализ обеспечения ресурсами обязательного медицинского страхования и принципов оплаты предоставленных лечебно-профилактическим учреждением услуг на основе изучения материалов Государственного архива Новосибирской области (ГАНО) с 1922 по 1930 г., а также законодательных и нормативных актов, принятых в этот период.

В феврале 1922 г. декретами Совета Народных Комиссаров были установлены страховые взносы для предприятий всех форм собственности, где использовался наемный труд, которые уплачивались в зависимости от числа работников, опасности и вредности условий производства: I разряд — 5,5%, II разряд — 6%, III разряд — 6,5%, IV разряд — 7% фонда оплаты труда.

В дальнейшем неоднократно производилась корректировка структуры взносов на социальное страхование, что было связано прежде всего с улучшением общей экономической ситуации и увеличением ассигнований на нужды здравоохранения. После принятия постановления ВЦИК и СНК (от 17.08.27) сложилась структура распределения взносов на социальное страхование, представленная в табл. 1.

Помимо этого, Постановлением СНК № 108-1 от 21.11.27 были установлены размеры отчислений на образование республиканских и местных фондов медицинской помощи застрахованным (ФМПЗ) в виде 10% отчислений в каждый вышестоящий фонд от всех поступлений по страховым взносам на организацию медицинской помощи застрахованным на территории соответствующих административных территорий. С учетом поступающих финансов в ФМПЗ осуществлялось планирование лечебной помощи застрахованным¹. Эти планы были построены на основе сметного финансирования с учетом сметных поступлений из ФМПЗ, ассигнований органов здравоохранения на содержание лечебных учреждений, обслуживающих застрахованных (местный и государственный

бюджет), средств, поступающих по договорам с предприятиями на оказание медицинской помощи, дополнительных ассигнований на оказание медицинской помощи застрахованным за счет экономии по другим страховым фондам.

В части, касающейся использования средств, поступающих из ФМПЗ и из бюджета, перспективный план разрабатывался до конца финансового года, а корректировка осуществлялась ежеквартально в зависимости от ассигнований из бюджета, поступлений из ФМПЗ и экономии в других социальных фондах. Планы и сметы составлялись с целью бо-

Таблица 1

Структура распределения взносов на социальное страхование (1926—1927) (в % от фонда оплаты труда)

Разряды, группы	Взносы, зачисляемые в фонды социального страхования		Отчисления в фонд рабочего жилищного строительства	Всего
	в фонды, состоящие в распоряжении органов социального страхования	в фонды медицинской помощи застрахованным		
Нормальный тариф				
Разряд по опасности и вредности:				
I	11,3	4,2	0,5	16
II	12,8	4,7	0,5	18
III	13,8	5,7	0,5	20
IV	15,3	6,2	0,5	22
Временный льготный тариф				
Группа:				
1-я	6,3	3,2	0,5	10
2-я	7,3	4,2	0,5	12
3-я	7,3	2,2	0,5	10
4-я	9,8	3,7	0,5	14

¹ ГАНО, 1924, ф. 1134, оп. 1, д. 65.

Таблица 2
Структура финансирования здравоохранения Сибирского края
в 1925—1926 г. (в руб.)

Источник финансирования здравоохранения	1925 г.	%	1926 г.	%
Местный бюджет	3 795 101,7	60,4	5 563 444,5	61,3
Государственный бюджет	477 440,3	7,6	1 023 277,5	11,3
ФМПЗ	2 010 739	32	2 489 044	27,4
Итого...	6 283 281	100	9 075 766	100

лее полного учета расходования средств, поступающих из разных источников.

В плане были определены принципы финансирования всех видов медицинской помощи, оказываемой застрахованным.

Амбулаторное лечение и помощь на дому. План предусматривал порядок снабжения и работы каждого учреждения, оказывающего застрахованным этот вид медицинских услуг. В отношении каждого учреждения предусматривались преимущественное или исключительное обслуживание застрахованных, часы их приема, обеспеченность медперсоналом, условия оплаты труда, оборудование и др.

Формы финансирования амбулаторий определялись по калькуляции стоимости 1 посещения с оплатой из ФМПЗ за число посещений, с распределением долей покрытия расходов по смете содержания амбулатории за счет средств бюджета и средств ФМПЗ пропорционально установленной средней норме приема застрахованных и незастрахованных граждан, с полным покрытием всех расходов за счет ФМПЗ или за счет ФМПЗ и других отчислений из страховых взносов, содержание медработников, оказывающих помощь на дому, осуществлялось за счет средств ФМПЗ.

Стационарное лечение и родовспоможение. В планах предусматривались фактическая потребность в койках (использовались ориентировочные нормы, сложившиеся в местной практике), нагрузка и условия оплаты труда медперсонала, наличие оборудования, нормы на питание.

Стационарное лечение оплачивалось на основании калькуляции, рассчитанной по смете в соответствии с предыдущими фактическими затратами. Некоторые стационарные учреждения были полностью переведены на финансирование из ФМПЗ. В сельской местности стационарное лечение обеспечивалось только из средств бюджета.

Лекарственная помощь. Лекарства, отпускаемые из аптек, оплачивались за счет средств ФМПЗ.

Другие виды медицинской помощи. Лабораторные анализы оплачивались в соответствии с составленной калькуляцией из ФМПЗ.

В план включались и другие виды медицинской помощи, указанные в соглашениях между Народным комиссариатом здравоохранения (НКЗ) и Народным комиссариатом труда (НКТ). Лечение инфекционных заболеваний осуществлялось только из средств бюджетов. Содержание административно-хозяйственного аппарата органов здравоохранения осуществлялось только из средств бюджета, а не за счет страховых взносов ФМПЗ.

За расходование средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи застрахованным, по их целевому использованию несли ответственность заведующий здравотделом и заведующий подотделом медицинской помощи застрахованным.

Финансирование лечебных учреждений, обслуживающих и застрахованных, производилось непосредственно подотделом медицинской помощи застрахованным органа управления здравоохранением, перед которым руководители указанных учреждений отчитывались в использовании выделенных им средств. Все расходы по содержанию лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь как застрахованным, так и незастрахованным гражданам, покрывались в конечном счете пропорционально числу обслуживаемых пациентов.

Для динамического анализа финансовой обеспеченности системы социального страхования на случай болезни необходимо уточнить принципы формирования подушевого норматива на 1 застрахованного.

Страховые кассы (территориальные и транспортные) производили из средств социального страхования отчисления в фонды медицинской помощи застрахованным в следующих

размерах: ежегодно при утверждении единого бюджета социального страхования Союза ССР Совет Народных Комиссаров устанавливал средний размер отчислений из средств социального страхования на 1 застрахованного в фонды медицинской помощи (норматив действовал на территории СССР), а также средний норматив для каждой союзной республики и в отдельности для транспорта.

Указанные средние нормативы отчислений на 1 застрахованного устанавливались исходя из фактических средних размеров отчислений в истекшем бюджетном году. Эти средние размеры могли быть увеличены в целях соответствующего покрытия расходов по новому строительству лечебных и профилактических учреждений, по повышению качества медицинской помощи застрахованным и по увеличению заработной платы медперсоналу.

На основе установленных для отдельных союзных республик средних размеров отчислений на 1 застрахованного в порядке, предусмотренном законодательством союзной республики, устанавливались нормативы этих отчислений для территориальных страховых касс по отдельным административно-территориальным единицам этой республики. Эти нормативы устанавливались с таким расчетом, чтобы по всей союзной республике размер отчислений на 1 застрахованного в общем не превысил среднего размера отчислений, установленного для данной союзной республики.

Средние нормативы отчислений на 1 застрахованного для всех транспортных страховых касс по каждой союзной республике устанавливались Советом социального страхования при НКТ СССР по согласованию с постоянными представителями союзных республик.

Нормативы отчислений на 1 застрахованного для отдельных транспортных касс по данной республике устанавливались Центральным управлением социального страхования НКТ СССР на основе постановлений Центральной транспортной бюджетной комиссии при НКЗ соответствующей союзной республики. Они устанавливались с таким расчетом, чтобы размер отчислений на 1 застрахованного по отдельным видам в общем не превысил среднего размера отчислений по всему транспорту в целом. Если к началу нового бюджетного года не были установлены нормативы отчислений на медицинскую помощь застрахованным, то эти отчисления производились в размерах, установленных в истекшем бюджетном году. После установления размеров отчислений на новый бюджетный год страховые кассы производили соответствующие перерасчеты.

В составе единых финансовых ресурсов социального страхования СССР, а также по союзным республикам и транспорту СНК утверждал ориентировочную сумму ассигнований из средств социального страхования на медицинскую помощь застрахованным. Эти суммы исчислялись исходя из средних нормативов отчислений на 1 застрахованного для всего СССР, отдельных союзных республик и транспорта и предполагаемого на предстоящий бюджетный год числа застрахованных по всему СССР, отдельным республикам и транспорту.

Несмотря на такой принцип формирования подушевого норматива на 1 застрахованного, имелся значительный дефицит средств в ФМПЗ. В связи с этим в своем директивном письме Центральное управление социального страхования НКТ (№ 012/00/27 от 23. 07. 28) рекомендовало всем страховым органам поддерживать расширение существующей лечебной и лечебно-профилактической сети лишь в меру действительной, неотложной потребности застрахованных и в соответствии с реальными финансовыми возможностями; особенно тщательно проверять необходимость нового большого строительства, планы и сметы по ним, добиваясь при установлении источников и размеров финансирования фактического осуществления Постановления СНК СССР от 24.05.28 "Об увеличении ассигнований на большое строительство из бюджетных средств"; добиваться анализа ведения всего хозяйства лечебных учреждений путем рационально проводимой экономии в расходах, снижения административно-хозяйственных затрат, снижения стоимости медикаментов, а также более рационального использования и полной нагрузки медперсонала при одновременном соблюдении законодательства о труде; при установлении размера дотации из ФМПЗ на зарплату медперсонала, обслуживающего застрахованных, исходить из необходимости сохранения существующей доли расходов на зарплату из ФМПЗ.

Придавая особо важное значение усилению общественно-го контроля за медицинской помощью застрахованным и правильным расходованием отпускаемых на эту цель средств, страховым органам совместно с профсоюзами, рабоче-крестьянскими инспекциями, местной печатью предлагалось провести проверку работы органов здравоохранения по орга-

Сеть лечебно-санитарных и детских учреждений Новосибирска (в 1926—1927 гг.) и сметная стоимость их содержания (в руб.)

ЛПУ	Численность		Сметная стоимость	Местный бюджет	ФМПЗ
	коек	сотрудников			
1-я хирургическая больница	100	75	60 000	45 000	15 000
2-я акушерско-гинекологическая больница	70	66	61 500	—	61 500
3-я городская больница	130	81	57 682	57 682	—
1-я инфекционная больница	60	52	38 000	38 000	—
5-я терапевтическая больница	85	59	47 000	25 000	22 000
7-я офтальмологическая больница	40	21	21 500	21 500	—
Закаменский родильный приют	25	28	21 000	21 000	—
Родильный приют на ул. Холодильной	8	12	9 000	—	9 000
Городское неврологическое отделение	20	14	11 000	—	11 000
Итого...	538	408	326 682	208 182 (63,7%)	118 500 (36,3%)

низации медицинского обслуживания застрахованных, привлекая к этому контролю широкие массы застрахованных.

По имеющимся данным² проанализируем реальное распределение финансовых потоков: местный бюджет, государственный бюджет, средства ФМПЗ. Наиболее показательным для проведения динамического анализа распределения ресурсов были 1925 и 1926 гг., так как это период уже сложившегося взаимодействия между страховыми органами и органами управления здравоохранением, когда были практически отработаны взаиморасчеты названных выше источников и не были приняты новые нормативные акты, ведущие к реорганизации системы социального страхования на случай болезни. Структура финансирования здравоохранения в эти годы представлена в табл. 2, из которой видно, что средства ФМПЗ, отпускаемые на финансирование медицинской помощи только застрахованным (а также членам их семей), составляли треть всех средств, выделяемых на здравоохранение.

Мы также провели анализ по данным³ отчетов Сибкрайздравотдела структуры расходов ФМПЗ на организацию отдельных видов медицинской помощи застрахованным (рис. 1). Необходимо отметить, что, помимо финансирования специализированных видов медицинской помощи, административно-хозяйственные расходы составили 5% всех поступающих из страховых касс в ФМПЗ средств.

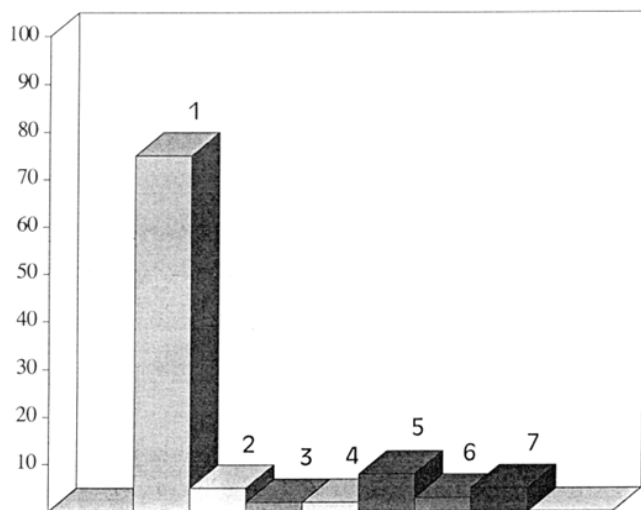


Рис. 1. Структура расходов ФМПЗ (по данным Сибкрайздравотдела в 1926 г.).

По оси абсцисс: 1 — плата за оказанные медицинские услуги — 75%, 2 — социально-значимые заболевания — 5%, 3 — охрана материнства, младенчества, охрана здоровья детей и подростков-рабочих — 2%, 4 — санпросветрбота — 2%, 5 — расходы, связанные с отправкой больных на специализированное лечение в другие города — 8%, 6 — протеграивание — 3%, 7 — административно-хозяйственные расходы (в том числе запасной фонд) — 5%; по оси ординат — средства ФМПЗ.

По источникам финансирования все лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) были разделены на 3 типа: финансируемые только из средств ФМПЗ, финансируемые из средств местного бюджета, но получающие дотации из средств ФМПЗ (пропорционально числу пролеченных застрахованных и незастрахованных больных) и финансируемые из средств государственного бюджета, но получающие дотацию из ФМПЗ.

В табл. 3 представлены учреждения с указанием их ко-личественной мощности, численности персонала, сметной стоимости содержания и источников финансирования. Из государственного бюджета средства не выделялись.

По решению бюджетной комиссии при органе управления здравоохранением, созданной в соответствии с решением СНК (при ликвидации подотделов медицинской помощи застрахованным и краевого страхового рабочего совещания), также были утверждены сметы расходов из средств ФМПЗ на дотации ЛПУ, находящимся в сельской местности, на заработную плату медперсоналу лечебно-санитарных и детских учреждений в Новосибирске, а также на строительство ЛПУ.

Мы также изучили структуру расходов финансовых средств ФМПЗ в ЛПУ, где затраты осуществлялись по принципу сметного финансирования (рис. 2).

Необходимо отметить, что дотации на заработную плату медперсоналу составляли до 30% всех поступающих в ЛПУ средств ФМПЗ.

Учитывая, что финансирование ЛПУ осуществлялось, как правило, из нескольких источников, основными из которых были средства бюджета и ФМПЗ, мы рассмотрели принципы взаимодействия этих финансовых потоков, когда средства ФМПЗ расходовались на расширение медицинской помощи застрахованным и повышение ее качества. В крупных про-

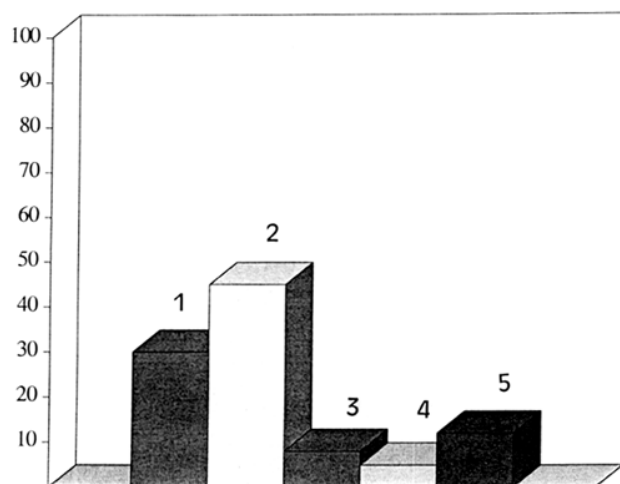


Рис. 2. Структура расходов средств ФМПЗ в ЛПУ.

По оси абсцисс: 1 — дотации к заработной плате — 30%, 2 — приобретение медикаментов, предметов ухода за больными — 45%, 3 — питание больных — 8%, 4 — хозяйственные расходы — 5%, 5 — приобретение инструментов, мягкого и твердого инвентаря — 12%; по оси ординат — средства ФМПЗ в ЛПУ.

²ГАНО, 1926, ф. 1353, оп. 1, д. 17.

³ГАНО, 1926, ф. 1353, оп. 1, д. 16.

мышленных районах Сибирского края, где имелись лечебные учреждения для обслуживания только застрахованных, при условии их достаточной мощности и оснащенности, а также возможности оказания медицинской помощи в необходимом объеме, их финансирование осуществлялось только за счет средств ФМПЗ. Капитальное строительство объектов здравоохранения, а также приобретение нового оборудования для вновь открываемых ЛПУ финансировалось из средств государственного и местного бюджетов, а также ФМПЗ в соответствии с планируемым использованием этих учреждений для обслуживания застрахованных и других категорий населения.

Средства на финансирование здравоохранения направлялись в следующем порядке. В ЛПУ составлялась единая смета расходов без разделения по источникам финансирования. После соответствующей экспертизы в отделе здравоохранения сметы передавались в финансовый орган, который устанавливал лимиты средств местного бюджета. Далее сметы передавались в бюджетную комиссию, которую возглавлял заведующий (заместитель заведующего) отделом здравоохранения, где устанавливались размеры ассигнований из ФМПЗ.

При распределении средств ФМПЗ выделялись дотации, необходимые учреждениям, финансируемым из государственного бюджета, но находившимся в подчинении территориальных органов управления.

В ЛПУ, находившихся в подчинении НКЗ и финансируемых из средств государственного бюджета, также со-

ставлялись сметы, которые рассматривались в Центральной бюджетной комиссии при НКЗ для определения дотаций из республиканского ФМПЗ.

Окончательное утверждение смет и распределение средств местного бюджета и ФМПЗ осуществлялись исполнительным комитетом территории.

Страховые взносы, подлежащие зачислению в ФМПЗ, с апреля 1929 г. стали вноситься страховыми кассами на текущие счета отделов здравоохранения, с которых далее поступали на счета ЛПУ, имевших смешанное финансирование (из бюджета и ФМПЗ).

Ассигнования из ФМПЗ учитывались в ЛПУ отдельно, без включения в балансовый отчет по использованию бюджетных средств. Отделы здравоохранения вели отдельный учет средств, выделенных ЛПУ по бюджету и из ФМПЗ.

В случае неиспользования выделенных средств в конце года их остатки зачитывались на следующий год пропорционально числу обслуженных больных (застрахованных и незастрахованных).

Таким образом, мы пришли к заключению, что при разработке механизма финансирования и планирования использования ресурсов целесообразно обратиться к историческому опыту, что позволит своевременно провести коррекцию и принять оптимальные управленческие решения.

Поступила 29. 03. 95