

62-  
62182

на правах рукописи



РАТМАНОВ ПАВЕЛ ЭДУАРДОВИЧ

**МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЗАСТРАХОВАННЫМ НА ДАЛЬНЕМ  
ВОСТОКЕ В ПЕРВЫЕ ДЕСЯТИЛЕТИЯ XX ВЕКА**

07.00.10 – История науки и техники  
(История медицины)

Автореферат диссертации

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

МОСКВА 2002

Работа выполнена в Научно-исследовательском институте социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко РАМН и Дальневосточном государственном медицинском университете

Научный руководитель:

доктор медицинских наук,  
профессор М.Б.Мирский

Научный консультант:

доктор медицинских наук  
профессор Н.А.Капитоненко

Официальные оппоненты:

02 | 313547

62482 | или

Раїмаев П.А.

в.в. Чоерев

Л.А. Дор

зов на

учно-

ления

нцово

ИИИ

им.

Ведущая организация:

Защита диссертаци

на заседании диссертаци

онного комитета

исследовательского инс

титута здравоохранения им. Н

С диссертацие

социальной гигиен

Н.А.Семашко РАМН

Автореферат р

Ученый секретарь

Диссертационного с

кандидат медицинск

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Исторический опыт отечественной медицины и здравоохранения помогает правильно решать актуальные вопросы современности и намечать перспективы дальнейшего развития. Это чрезвычайно важно сейчас, когда здравоохранение различных регионов России находится в процессе реформирования и поиска оптимальных решений.

В последнее десятилетие особое внимание привлекают те проблемы здравоохранения, которые связаны с медицинским страхованием. В связи с этим возрос интерес к накопленному в первые десятилетия XX века отечественному опыту оказания медицинской помощи застрахованным в различных регионах страны, например, на Дальнем Востоке. История здравоохранения этого крупнейшего региона России изучена недостаточно, опыт медицинской помощи застрахованным не проанализирован и не обобщен. Материалы предприятия нами исследованы призваны восполнить этот пробел, сделать полезный опыт дальневосточного здравоохранения первых десятилетий XX века доступным современным медикам.

Целью исследования является объективное освещение и анализ исторического опыта процесса становления и развития системы оказания медицинской помощи застрахованным на Дальнем Востоке в первые десятилетия XX в.

В задачи исследования входило:

1. Проанализировать состояние медицинской помощи населению Дальнего Востока в начале XX в., рассмотреть политику органов власти, действовавших в этом регионе в период гражданской войны, в области здравоохранения и изучить деятельность дальневосточных больничных касс.
2. Проследить процесс становления и развития, особенности оказания медицинской помощи застрахованным в Дальневосточной республике (ДВР).

313547

02  
62482

30.10.02

провести сравнительный анализ законодательства ДВР в области социального страхования.

3. Выявить региональные особенности системы оказания и оплаты медицинской помощи застрахованным на Дальнем Востоке в 20-е гг.

4. На основании обобщения исторического опыта определить возможные направления развития обязательного медицинского страхования на Дальнем Востоке в ближайшие годы.

**Территориальные рамки исследования** - регион Дальнего Востока (в границах нынешних Приморского и Хабаровского краев, Амурской, Камчатской, Магаданской, Сахалинской областей, Корякского и Чукотского автономных округов, Республики Саха (Якутия) и Еврейской автономной области), а также Забайкальской и Прибайкальской областей (нынешних Читинской области и Республики Бурятия), которые в 20-е годы входили в состав Дальневосточной республики и Дальневосточной области.

**Методы исследования.** В исследовании были использованы: общеоисторический метод, метод историко-медицинского описания, методы исторического моделирования и сравнительно-исторического анализа, информационно-аналитический метод.

**Научная новизна.** Диссертация является первым историко-медицинским исследованием, в котором рассматривается проблема медицинской помощи застрахованным на Дальнем Востоке. В работе проанализированы ранее не исследованные аспекты истории здравоохранения Дальневосточного региона в первые десятилетия XX века. На основании изучения различных источников, многие из которых впервые введены в научный оборот, в работе впервые исследована политика разных режимов власти в области медицинской помощи застрахованным в различных областях Дальнего Востока в годы гражданской войны. Впервые проанализировано состояние медицинской помощи застрахованным в Дальневосточной республике, существовавшей в 20-е годы, и Закон ДВР "О социальном страховании". Рассмотрена деятельность дальневосточных

страховых касс, выявлены региональные особенности организации и финансирования медицинской помощи населению Дальнего Востока.

**Научно-практическая значимость** работы заключается в том, что она восполняет пробел в историко-медицинских исследованиях и вносит вклад в воссоздание объективной картины развития дальневосточного здравоохранения. Работа позволяет глубже понять многие особенности общественно-политического, экономического и социального положения региона в начале XX в.

**Фактические данные, содержащиеся в диссертации, будут полезны при написании обобщающих монографий и статей по истории здравоохранения и медицинского страхования в России. Результаты работы используются в учебном процессе на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Дальневосточного государственного медицинского университета при проведении занятий со студентами и на циклах повышения квалификации организаторов здравоохранения.**

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Медицинская помощь дальневосточным рабочим до 1917 г. была на низком уровне, а в отдаленных районах полностью отсутствовала. Отсутствие единой политики в области здравоохранения на Дальнем Востоке в период гражданской войны привело к ухудшению медицинской помощи населению. Созданные к 1920 г. больничные кассы не сумели повсеместно организовать медицинскую помощь застрахованным.

2. Из-за тяжелого социально-экономического положения и продолжавшейся гражданской войны в Дальневосточной республике работа страховых касс была ограничена, и поэтому медицинская помощь оказывалась только незначительной части населения. Законодательство Дальневосточной республики в области здравоохранения во многом повторяло нормы советских декретов 1917 г.

3. В Дальневосточной республике организация медицинского страхования проводилась по территориальному принципу. Это во многом

предопределило последующее развитие на Дальнем Востоке медицинской помощи застрахованным.

4. Медицинская помощь застрахованным на Дальнем Востоке в 20-е гг. была организована иначе, чем в других регионах России. Страховые кассы в дальневосточном крае сами организовывали и финансировали медицинскую помощь застрахованным, используя при этом часть средств из фонда пособий по временной нетрудоспособности.

**Апробация работы.** Основные положения исследования доложены и обсуждены на межрегиональной научно-практической конференции "Актуальные проблемы теории и практики юридического образования на пороге XXI столетия" (Хабаровск, 1999 г.), на Хабаровском краевом конкурсе молодых ученых и аспирантов (Хабаровск, 2000 г.), на научно-практической конференции "Медицина и здравоохранение в годы войны и мира" (Москва, 2000 г.), на межрегиональной научно-практической конференции "Актуальные вопросы развития медицины на транспорте на рубеже 21 века" (Владивосток, 2000 г.), на международной научной конференции "Интеграция Дальнего Востока России в систему мирохозяйственных связей" (Хабаровск, 2000 г.), на научно-практической конференции "Актуальные проблемы развития добровольного медицинского страхования в Хабаровском крае" (Хабаровск, 2000 г.), на научной конференции Отдела истории медицины и здравоохранения НИИ социальной гигиены, экономики и организации здравоохранения им. Н.А.Семашко (Москва, 2001).

По теме исследования опубликовано восемь печатных работ.

**Объем и структура работы:** Диссертация состоит из: введения; обзора литературы и характеристики источников; 3 глав содержащих основные результаты собственных исследований; заключения; выводов; списка литературы и источников, включающего 362 наименования, в т.ч. 33 архивных; приложения. Работа изложена на 156 страницах текста, содержит 22 таблицы и 6 рисунков.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность, определены цели, задачи исследования, показана научная новизна и практическая значимость работы, сформулированы основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе представлен обзор литературы, дана характеристика источников. Литература по теме представлена в трех разделах. В начале приведен обзор литературы по истории здравоохранения на Дальнем Востоке, затем проанализирована литература по социальному страхованию и медицинской помощи застрахованным, вышедшая в первой половине XX в., с точки зрения освещения в ней процессов, происходивших на Дальнем Востоке. Третий раздел представлен литературой по истории медицинской помощи застрахованным и современному здравоохранению. Впервые проведен обзор иностранной литературы по истории медицинского страхования в России. На основе анализа литературы делается вывод, что многие аспекты развития здравоохранения на Дальнем Востоке до сих пор не были изучены.

В обзоре опубликованных источников подчеркивается, что важными источниками по дореволюционному периоду явились отчеты генерал-губернаторов, обзоры Приморской, Амурской и Забайкальской областей, данные Приморского справочного бюро по рабочему вопросу. При изучении здравоохранения в годы гражданской войны одним из основных источников оказалась местная периодическая печать. Нами были использованы различные архивные материалы – из фондов Государственного архива Хабаровского края (фонд Дальсовнаркома, фонд Правительства ДВР, фонд Народного Собрания ДВР, фонд Приамурского губернского совета профсоюзов) и фондов Российского государственного исторического архива Дальнего Востока (фонд фабричной инспекции Амурской области, фонд Врачебного управления Амурской области, фонд Дальревкома, фонд Далькрайисполкома).

Вторая глава посвящена особенностям организации медицинской помощи на Дальнем Востоке до 1920 г. В начале XX в. Дальний Восток был одним из самых динамично развивавшихся регионов России, что в немалой степени было обусловлено его географическим и военно-политическим расположением. В то же время, высокие темпы прироста населения и особенности заселения в начале XX в. оказывали негативное влияние на организацию медицинской помощи на Дальнем Востоке.

Медицинская помощь в городах Дальнего Востока начале XX в. была организована лучше, чем на селе. В этом отношении Дальний Восток был полной противоположностью Европейской России, где земская медицина была лучше городской. Причем это касалось не только постановки дела и интенсивности работы медико-санитарных организаций, но и относительных расходов на здравоохранение. Основной чертой всех городских мероприятий на Дальнем Востоке в деле организации медицинской помощи населению были бессистемность и случайность.

На Дальнем Востоке в начале XX в., несмотря на высокую интенсивность развития региона, промышленное производство значительно отставало от общероссийского уровня. Отмечались "распыленность" населения по большой территории, высокая степень миграции вследствие сезонности работ и большого количества иностранных рабочих. Все это отрицательно сказывалось на организации медицинской помощи населению Дальнего Востока. Более того, эти причины оказывали свое негативное влияние еще в течение многих лет.

Ситуация с оказанием медицинской помощи дальневосточным рабочим до 1917 г., особенно в отдаленных районах, была неудовлетворительной. В регионе не было, по существу, объективных предпосылок к улучшению этой ситуации, а начавшаяся гражданская война еще больше ее усугубила. Законодательное обеспечение организации лечебной помощи рабочим на Дальнем Востоке в начале XX в. носило узко производственный характер. В

результате на большинстве дальневосточных предприятий организация медицинской помощи рабочим целиком зависела от воли предпринимателя.

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.

Что касается добровольных видов страхования (страховые товарищества, общества взаимного вспоможения и т.д.) то, на Дальнем Востоке до 1917 г. они не были развиты что отсрочило появление первых добровольных касс до 1919-1920 гг.

Хотя 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 проведено. Ни создания добровольных касс, ни реальных изменений в организации медицинской помощи рабочим в Приморской области в первой половине 1918 г. не произошло: только наиболее крупные и богатые предприятия предоставляли своим работникам квалифицированную медицинскую помощь, а те кто трудился на небольших и отдаленных предприятиях, были совсем лишены медицинской помощи.

В период 1919-1920 гг. на Дальнем Востоке фактически действовало страховое законодательство Временного правительства. Введение закона Сибирского Временного правительства (правительство адмирала Колчака, 1919) о социальном страховании никакого влияния на оказание медицинской помощи дальневосточным рабочим и служащим не оказало. Между тем, в условиях продолжавшейся гражданской войны организация охраны здоровья рабочих постоянно ухудшалась. Связано это было как с недостатками самого закона, так и с политической местными органами власти, не допуская создания самоуправляемых организаций рабочих.

Попытки ввести социальное страхование на Дальнем Востоке предпринимались в Хабаровске и Владивостоке в 1918 г., в Чите и Благовещенске в 1919 г. Но наряду с попытками введения государственной и страховой медицины для рабочих, на Дальнем Востоке *существовала инициатива* воплотить в жизнь идею организации медицинской помощи рабочим на основе благотворительности.

Одной из первых была открыта больничная касса в Благовещенске (1920). Благовещенская больничная касса, у которой было несколько амбулаторий, с первых дней своей деятельности заняла заметное место в системе организации медицинской помощи. В то время как большая часть предприятий Благовещенска испытывала финансовые трудности и не была в состоянии организовать лечебную помощь своим работникам, больничная касса располагала для этого достаточными денежными средствами, а также организационными возможностями. Правда, эта касса испытывала большие трудности с подбором медицинского персонала. Во время гражданской войны часть врачей эмигрировала в соседний Китай, а часть была мобилизована в действующую армию. Поэтому в некоторых амбулаториях кассы не было постоянного врача, а работали только фельдшеры.

На основе изучения документальных источников мы пришли к выводу, что во время гражданской войны на Дальнем Востоке не было единой политики по введению социального страхования в крае. В различных губерниях органы власти использовали разнообразные законы, исходя из своей политической позиции и социально-экономической ситуации на территории.

Большую роль в популяризации идей социального страхования и организации медицинской помощи застрахованным на Дальнем Востоке в период гражданской войны сыграли М.С.Бинасик, А.К.Флегонтов, А.М.Малицкий, С.К.Саяпин и др.

Удачный опыт введения медицинского страхования в Благовещенске в 1920 г. во многом объясняется увеличением роли профсоюзов и

применением прогрессивного советского страхового декрета. Во Владивостоке, напротив, больничные кассы организованы не были, потому что военные действия гражданской войны в меньшей степени затронули этот город, власть здесь находилась под контролем интервентов, а в качестве базового закона при введении социального страхования был выбран закон Временного правительства.

В третьей главе представлена характеристика системы медицинской помощи застрахованным в Дальневосточной республике (1920-1922 гг.). Сложная международная и военно-политическая обстановка в начале 1920 г. привела Советское правительство к временному отказу от установления советской власти в Забайкалье и на Дальнем Востоке и образованию на этой территории Дальневосточной республики (ДВР).

С момента образования "буферной" Дальневосточной республики в апреле 1920 г., ее Правительство выбрало курс на отделение социального обеспечения от единого государственного здравоохранения. Были организованы два самостоятельных 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 ноября 1920 г. в ведение государства были изъяты все лечебные и фармацевтические учреждения, т.е. фактически была объявлена монополия государства на медицинскую помощь.

27 апреля 1921 г. Учредительное собрание приняло Конституцию (Основной закон) ДВР. В ст. 144 Конституции республики провозглашалось социальное страхование лиц наемного труда с возложением взносов на нанимателей. Таким образом, несмотря на то, что руководство ДВР изначально выбрало курс на организацию единой медицины (по образцу РСФСР), избранное на свободных выборах Учредительное собрание ДВР, в

гражданской войны, где ранее отсутствовала сеть страховых учреждений. В результате этого на территории ДВР в конце 1921 г. и в начале 1922 г. большей части рабочих и служащих бесплатная медицинская помощь не предоставлялась.

В 1921 г. в Дальневосточной республике вновь начали свою работу амбулатории нескольких больничных касс. Например, в Чите касса, работавшая до того в соответствии с законом Сибирского Временного правительства, открыла свою больницу. И за неполный месяц касса сумела полностью организовать медицинскую помощь застрахованным и членам их семей.

Небольшие объемы медицинской помощи, предоставленные кассами ДВР в первые месяцы работы своих лечебных учреждений, объясняются небольшим числом застрахованных и финансовыми затруднениями касс из-за задолженности страхователей по страховым взносам. Вместе с тем, на фоне полного отсутствия бесплатной медицинской помощи гражданскому населению открытые Читинской и некоторыми другими больничными кассами своих медицинских учреждений имело для здравоохранения республики огромное значение, т.к. означало фактическую ликвидацию монополии Минздрава ДВР на организацию медицинской помощи. Следует добавить, что из-за дороговизны лечения венерических и других хронических заболеваний представители страховых касс подняли вопрос о нормах врачебной помощи участникам касс: эту функцию было предложено передать областным страховым присутствиям. В результате нормы медицинской помощи застрахованным в ДВР так и не были выработаны, и лечебная помощь в различных дальневосточных страховых кассах оказывалась в разных объемах и неодинакового качества.

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 целые категории трудящихся – транспортники, горнорабочие,

котором заметную роль играли профсоюзы, решило закрепить в Основном законе республики норму о социальном страховании рабочих и служащих.

Срок от начала разработки законопроекта "О социальном страховании" до принятия закона занял всего 9 месяцев. Если для европейских демократий такой срок считался бы очень быстрым (Государственная Дума дореволюционной России рассматривала закон "Об обеспечении рабочих на случай болезни" в течение 7 лет), то в Дальневосточной республике, где законотворчество отличалось динамизмом, рассмотрение и принятие Закона "О социальном страховании" проходило дольше, чем других законов.

В основу закона ДВР "О социальном страховании" были положены страховые декреты советского правительства (1917), но при этом в положения закона были внесены отдельные коррективы. Так, была изменена структура акта. В отличие от всех предыдущих законов о социальном страховании, действовавших на территории России, единый закон ДВР не был разделен на три отдельных закона, а включал положения о страховом совете, страховых присутствиях и страховых кассах.

Закон устанавливал обязательное страхование на все виды социального риска; в первую очередь в ДВР было введено страхование на случай временной утраты трудоспособности. Действие закона распространялось на всех занятых по найму трудящихся ДВР, при продолжительности их работы не менее шести дней, без дискриминации по социальному происхождению и занимаемому в царской России должностям. Лица свободных профессий, ремесленники, кустари и прочие страховались по решению страхового совета на началах добровольного страхования.

Несмотря на все положительные стороны закона ДВР "О социальном страховании", он во многом был декларативным и не полностью соответствовал реальному положению в республике. Хотя в законе были тщательно прописаны все процедуры формирования руководящих и координирующих органов социального страхования, в нем не было учтено, что эти процедуры трудно выполнимы в государстве, все еще охваченном

большая часть госслужащих. Из-за недостатка средств страховой совет и страховые присутствия также не могли в достаточной мере проводить свою работу. Предприятия и учреждения часто уклонялись от страхования своих сотрудников, а сами лица наемного труда не были осведомлены о значении и задачах социального страхования. Влобаков в республике остро ощущался дефицит подготовленных страховых работников. В работе показана роль в организации медицинской помощи застрахованным в ДВР организаторов социального страхования на Дальнем Востоке Я.Я.Петровица, А.И.Кнохт, Г.Г.Гладких, Л.И.Пинхасика, К.Я.Лукса и др.

Наш анализ показывает, что для Дальнего Востока не вполне применимы общепринятые этапы развития отечественного медицинского страхования. Хронологически и организационно становление медицинского страхования на Дальнем Востоке отличается от развития данных процессов не только в Европейской России, но и в соседнем Сибирском регионе. В Сибири первые больничные кассы возникли в 1917 г., а уже с конца 1919 г. развитие социального страхования пошло по общесоветскому пути. На Дальнем Востоке до 1917 г. не были развиты добровольные виды страхования (страховые товарищества, общества взаимного вспоможения и т.д.), что отсрочило появление первых больничных касс до 1919-1920 гг.

Этап становления "единой медицины", пришедший в Советской России на 1919-1921 гг., в ДВР прошел в более короткие сроки, заняв всего один год (осень 1920 г. - осень 1921 г.). В 1922 г., когда в РСФСР начала формироваться государственная бюджетно-страховая модель здравоохранения, в ДВР в соответствии с законом "О социальном страховании" стала активно развиваться страховая медицина.

В четвертой главе представлены особенности системы оказания и оплаты медицинской помощи на Дальнем Востоке в советский период (1922-1933 гг.). После присоединения Дальневосточной республики к РСФСР Дальневосточным революционным комитетом (Дальревкомом) было принято принципиальное 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 здравоохранения на Дальнем Востоке были не в состоянии принять на себя содержание всех лечебных учреждений края. В-третьих, увеличение размера страховых взносов с 10% до уровня 16-22% от фонда оплаты труда тяжело бы отразилось на финансовом положении дальневосточных предприятий.

В начале 1923 г. социальное страхование на Дальнем Востоке сохранило те же формы и содержание, как и при ДВР. Осуществлялось только два вида страхования: пособия по временной нетрудоспособности 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. Согласно указаний ВЦСПС эти изменения должны были происходить постепенно и осторожно, без нарушения обычной нормальной работы органов социального страхования

Таким образом, только с 1924 г. социальное страхование на Дальнем Востоке строилось и действовало на общесоветских началах и положениях. Исключение составляли только две стороны страховой работы: организация медицинской помощи застрахованным и распределение страховых взносов по фондам.

В Амурской и Забайкальской губерниях лечебная помощь находилась в руках страховых касс до осени 1924 г. Это отступление от принятых положений в области социального страхования получило санкцию президиума ВЦСПС, который, заслушав доклад председателя Дальбюро ВЦСПС, постановил временно не передавать медицинскую помощь застрахованным органам здравоохранения. Передача лечебных заведений закончилась 1 октября 1924 г. на основании соглашения, заключенного 9



июня 1924 г. между Уполномоченными Наркомздрава и Наркомтруда на Дальнем Востоке и утвержденном Дальревкомом.

Второе существенное отступление относилось к области фондирования страховых сумм. При разработке вопроса о введении на Дальнем Востоке в действие "Положения о фондах социального страхования" Дальневосточное управление социального страхования установило, что расходы дальневосточных страховых касс на медицинскую помощь не могут быть уложены в рамки установленного процента отчислений страховых взносов в фонд "Г". Между тем, по фонду "А" (пособия по временной нетрудоспособности) получались остатки. Поэтому Дальсоцстрах по согласованию с Дальбюро ВЦСПС постановил временно сохранить фонды "А" и "Г" слитыми в один объединенный фонд, из которого до 45% поступлений могло расходоваться на лечебную помощь.

Дальний Восток в 20-е годы был объединен в единую область. Схожесть положения дел в районах Дальнего Востока с одной стороны, и отличие всей Дальневосточной области от центра России с другой, потребовало централизации власти на уровне региона. Дальневосточный революционный комитет, имея конечной целью переход социального страхования на Дальнем Востоке на общесоветские принципы, за два года постепенно реформировал медицинское страхование в крае. При этом достижения дальневосточных страховых касс не были уничтожены, а возможности страховой медицины активно использовались для организации квалифицированной медицинской помощи рабочим и служащим.

На Дальнем Востоке в 20-е гг. административная проблема организации медицинской помощи застрахованным была переведена в политическую плоскость. Объективно лечебная помощь, находившаяся в ведении страховых касс, была лучше и дешевле медицинской помощи, которая была в руках органов здравоохранения; однако поддержкой государства пользовались zdravotделы. Несмотря на то, что само существование лечебных учреждений, подчинявшихся органам социально страхования,

входило в противоречие с действовавшим тогда советским законодательством, дальневосточные профсоюзы и работники страховых касс края получали в этом вопросе поддержку ВЦСПС. С другой стороны, дальневосточные отделы здравоохранения регулярно получали директивы из Наркомздрава, и лично от наркома Н.А. Семашко о скорейшей передаче медицинской помощи из страховых касс в органы здравоохранения.

Высший орган исполнительной власти на Дальнем Востоке в те годы — Дальревком — в этом вопросе занял нейтральную позицию: поддерживая передачу лечебной помощи застрахованным в органы здравоохранения, он старался согласовать все разногласия по данному вопросу и не допустить ухудшения медицинской помощи рабочим и служащим.

Период противостояния между органами социального страхования и профсоюзами с одной стороны, и органами здравоохранения с другой, на Дальнем Востоке длился почти 2 года. За это время страховые кассы охватили социальным страхованием (и медицинской помощью в частности) большую часть рабочих и служащих края. Для этого была создана обширная сеть лечебных заведений, обслуживавших исключительно застрахованных. В то же время следует отметить, что квалифицированной медицинской помощью были обеспечены преимущественно рабочие и служащие губернских городов; в уездах, на селе, а также на транспорте, качество медицинской помощи было не всегда удовлетворительным.

После передачи лечебного дела из страховых касс в отделы здравоохранения осенью 1924 г. медицинские учреждения для застрахованных сохранили свою обособленность, причем в наибольшей степени благодаря работе отделений медицинской помощи застрахованным, страховых совещаний и активной позиции дальневосточных профсоюзов.

Анализ ассигнований на здравоохранение на Дальнем Востоке показывает, что основным источником финансирования медицины в крае были местные бюджеты и фонды медицинской помощи застрахованным. К

концу 20-х гг. в структуре финансирования здравоохранения выросла доля средств государственного бюджета.

При организации медицинской помощи застрахованным на Дальнем Востоке в 20-е гг. был нарушен принцип общественной солидарности и распределения рисков. Рабочие и служащие на Дальнем Востоке в 20-е гг. составляли около 10% населения, а расходы на лечебную помощь этой категории граждан составляли 30-35% всех расходов на здравоохранение в Дальневосточном крае.

В 20-е годы страховые кассы, помимо организации медицинской помощи застрахованным, вели работу по выдаче пособий по временной нетрудоспособности. Лечебная помощь и денежные пособия рассматривались как страхование одного страхового риска – временной потери трудоспособности.

Более низкий уровень оплаченных дней по временной утрате трудоспособности в Дальневосточном крае по сравнению с СССР объяснялся рядом обстоятельств: затруднения с регистрацией временной нетрудоспособности в отдаленных районах; более низкий уровень заболеваемости на Дальнем Востоке из-за преобладания в структуре населения лиц молодого трудоспособного возраста; малое количество женщин, работавших по найму и дававших тогда повышенную заболеваемость; значительно меньшее число отпусков по беременности и родам, как следствие меньшего числа женщин-работниц и значительного контингента бессемейных рабочих, главным образом, восточных и занятых на сезонных работах.

С ликвидацией в 1927 г. на Дальнем Востоке отделений медицинской помощи застрахованным и страховых совещаний лечебная помощь, финансируемая за счет страховых взносов, окончательно потеряла даже относительную независимость от органов здравоохранения.

В конце 20-х гг. организация медпомощи застрахованным на Дальнем Востоке перешла на новый этап. К этому времени с развитием

промышленности стала очевидной недостаточность существовавшей тогда лечебной сети для застрахованных, необходимо было принять меры по организации квалифицированных специальных видов медпомощи, приблизить стационарную и амбулаторную лечебную помощь к месту жительства застрахованных, укомплектовать медперсоналом и медикаментами лечебные учреждения в уездах, а также организовать медицинскую помощь застрахованным в местах сезонных работ.

Таким образом, если в начале 20-х гг. приоритетным направлением работы дальневосточных страховых касс была организация медицинской помощи застрахованным, то 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, курортной работе и капитальному строительству.

В 1933 г. произошла передача функций управления социальным страхованием в ведение профсоюзов, т.е. территориальный принцип организации социального страхования был заменен отраслевым. После этого ассигнования по фонду медицинской помощи застрахованным были включены в общий бюджет здравоохранения, что привело к образованию исключительно бюджетной медицины.

В заключении подводятся итоги исследования и кратко обобщаются материалы, изложенные в диссертации.

Зависимость государственного здравоохранения от наполняемости государственного бюджета особенно остро сказалась в начале 90-х гг. Именно тогда, с переходом всей экономики к рыночным отношениям, возникла необходимость в проведении преобразований в сфере здравоохранения и привлечении дополнительных источников финансирования, каким стало медицинское страхование.

Проводившаяся в 90-е годы в России организационная реформа основывалась как на международном опыте, адаптированном к местным условиям, так и на приоритетных проблемах охраны национального

общественного здоровья. Медицинское страхование в здравоохранении стало необходимым инструментом выхода из экономического кризиса здравоохранения.

Реализация Закона РФ "О медицинском страховании граждан в РФ" на территориях Дальневосточного региона, как и везде по РФ, происходила по индивидуальному, значительно отличающимся друг от друга схемам. Различные модели ОМС в дальневосточном регионе объясняются особенностями географического положения территорий, низкой плотностью населения и его концентрацией в городах. Поэтому зачастую страховые компании ограничивают свои интересы пределами крупными городами и районных центров.

Внедрение схемы организации ОМС без страховых медицинских организаций в отдельных субъектах Российской Федерации связано с малочисленностью и низкой плотностью населения, отсутствием страховых компаний, работающих в системе обязательного медицинского страхования. Поэтому применение этой модели целесообразно для сельской местности и районов с малой плотностью населения, где объективно затруднена деятельность страховых организаций и их конкуренция друг с другом. Кроме того, модель организации обязательного медицинского страхования такая, в которой участвуют только государственные структуры без участия страховых медицинских организаций, представляется самой экономичной моделью.

Таким образом, на ссодняшнем этапе развития системы ОМС в стране отчетливо видны достижения и недостатки используемой модели. Очевидным фактором является то, что медицинское страхование, являясь одним из путей реформирования, представляет собой не только целевой дополнительный источник финансирования, но и является механизмом контроля качества медицинской помощи, совершенствования организации и медицинской помощи, формирования экономических рычагов управления и взаимодействия на основе договоров всех участников системы ОМС.

Вместе с тем, сегодня практически каждый субъект федерации реализует индивидуальную модель ОМС, причем эти модели различаются не только организационной структурой, но и видами оплаты медицинской помощи, структурой цен на медицинские услуги, участием в программе ОМС отдельных лечебно-профилактических учреждений и т.д. Однако самой большой проблемой обязательного медицинского страхования на Дальнем Востоке является недостаточное финансовое покрытие территориальных программ ОМС.

Изучая, на основании исторического опыта, состояние современного здравоохранения мы пришли к выводу, что перераспределение рисков на уровне территорий и муниципальных образований, приемлемое для стран с высоким уровнем доходов, поставило население различных субъектов федерации и муниципальных образований на Дальнем Востоке в 90-е гг. в неравные условия, поскольку существовавшие механизмы выравнивания условий предоставления медицинской помощи практически не действовали.

Как показывает международный опыт, консолидация финансовых ресурсов, направляемых на здравоохранение, на местном уровне должна быть только переходной формой к более высоким уровням объединений средств. Так, с увеличением уровня доходов населения и подъемом официальной экономики ВОЗ рекомендует развивать национальные системы обязательного социального страхования, а также увеличивать государственную долю в финансировании здравоохранения.

Учитывая то, что на Дальнем Востоке, как и в России в целом, исторически сложилась традиция государственного здравоохранения, и учитывая также тенденции развития систем здравоохранения в мире, система оказания медицинской помощи населению Дальнего Востока России должна двигаться в сторону большего участия государства. Скорость такого движения, по нашему мнению, в первую очередь, будет зависеть от развития экономики в регионе в целом, а не от принятия административных решений.

Исторический опыт Дальнего Востока 20-х гг., а также зарубежный опыт (например, Латинской Америки) говорит, что при принятии решений об объединении финансовых ресурсов здравоохранения обычно большую роль играют интересы органов власти, крупных финансово-промышленных групп, профсоюзов и политических партий, а не потребности населения и социальной справедливости. При определении путей развития здравоохранения на Дальнем Востоке мы предлагаем в первую очередь учитывать вопросы оказания медицинской помощи.

Как показывает исторический опыт, низкая плотность населения и небольшое число жителей в территориях на Дальнем Востоке является фактором для координации действий на более высоком, чем субъект федерации, уровне. Одной из форм такого объединения может быть координация действий в организации медицинской помощи населению на уровне всего региона. Опыт медицинской помощи застрахованным в 20-е гг. свидетельствуют об эффективности выравнивания условий и общей координации действий на уровне Дальнего Востока. Институциональной основой регионального объединения средств в наши дни может послужить Дальневосточный федеральный округ.

Знакомство с опытом работы страховых касс 20-х гг. свидетельствует, что создание фондов медико-социального страхования, где будут перераспределены риски по выплате пособий по нетрудоспособности и по оказанию медицинской помощи, также является способом большей консолидации средств. Недостатками такого объединения могут быть значительные первоначальные административные издержки, приоритет выплат пособий по нетрудоспособности перед оплатой медицинской помощи и потеря государственного контроля над здравоохранением. Кроме того, исторический опыт показывает, что объединение медицинской помощи и выплат пособий на Дальнем Востоке застрахованным показала свою эффективность только во время упадка экономики и только в относительно небольшой период времени.

В результате нашего исследования удалось установить, что на Дальнем Востоке в XX в. при организации медицинской помощи населению в большей мере заимствовался зарубежный, а не собственный исторический опыт. Поэтому сейчас при определении путей развития здравоохранения на Дальнем Востоке, наряду с использованием достижений зарубежного здравоохранения, целесообразно использовать и отечественный исторический опыт организации медицинской помощи, в котором учтены территориальные особенности.

## ВЫВОДЫ

1. Из-за низкого уровня развития промышленности, распыленности предприятий по большой территории, низкой организации рабочих, высокой степени миграции, вследствие сезонности работ, и большого количества иностранных рабочих в начале XX в. на Дальнем Востоке не было социально-экономических предпосылок к организации больничных касс и медицинской помощи застрахованным в регионе. До 1917 г. лечебная помощь рабочим в Приамурском генерал-губернаторстве финансировалась преимущественно за счет городского больничного сбора.

2. Организация медицинской помощи застрахованным в Благовещенске в 1920 г. связана с катастрофическим состоянием медицинской помощи рабочим и служащим города, а также с участием рабочих в органах власти, увеличением роли профсоюзов и применением прогрессивного советского страхового дехрета. Во Владивостоке, напротив, больничные кассы не были созданы, потому что военные действия гражданской войны в меньшей степени затронули этот город, власть здесь находилась под контролем интервентов, а в качестве базового закона при введении социального страхования был выбран закон Временного правительства.

3. Тяжелая экономическая ситуация и продолжающаяся гражданская война вынудили Правительство Дальневосточной республики отойти от принципов единого государственного здравоохранения и перейти к

социальному страхованию рабочих и служащих, и созданию страховых касс, организующих медицинскую помощь застрахованным. Однако развитие сети страховых учреждений не получило должного развития. К моменту ликвидации ДВР страховые кассы были организованы лишь в некоторых губернских городах и охватывали далеко не всех рабочих и служащих этих городов.

4. Положения Закона Правительства ДВР "О социальном страховании" от 10 января 1922 г. большей частью повторяли нормы Декрета ВЦИК РСФСР от 22 декабря 1917 г. Между тем, закон ДВР "О социальном страховании" был гораздо либеральнее советского декрета, из него были исключены нормы, характерные для "военного коммунизма", что соответствовало демократическому укладу Дальневосточной республики.

5. После установления на Дальнем Востоке советской власти (ноябрь 1922 г.) развитие здравоохранения в Дальневосточной области отличалось рядом особенностей. Во-первых, на Дальнем Востоке до 1924 г. действовал Закон Правительства ДВР "О социальном страховании", во-вторых, дальневосточные страховые кассы сами организовывали и финансировали лечебные заведения, и, в - третьих, по постановлению Дальневосточного управления социального страхования фонды медицинской помощи застрахованным и пособий по временной нетрудоспособности были слиты в один объединенный фонд.

6. В 20-е гг. на Дальнем Востоке принципы бесплатной и равной для всех медицинской помощи не получили развития. Из-за сохранявшейся в течение нескольких лет угрозы иностранной интервенции и неустойчивости советской власти рабочий класс здесь получил больше привилегий в получении медицинской помощи. Дальневосточные страховые кассы создали целую сеть медицинских учреждений, которые оказывали бесплатную квалифицированную лечебную помощь исключительно застрахованным и членам их семей. На Дальнем Востоке больше, чем где-либо в РСФСР, существовала страховая медицина.

7. Анализ исторических источников показывает, что объединение медицинской помощи и выплат пособий застрахованным на Дальнем Востоке показало свою эффективность только во время упадка экономики, в относительно небольшой период времени. С укреплением власти советов в конце 20-х гг., подъемом экономики и увеличением налоговых поступлений в бюджеты всех уровней значение страховых взносов в структуре расходов на здравоохранение постепенно сокращалась.

8. Исторический опыт свидетельствует, что учитывая низкую плотность населения в территориях Дальнего Востока и высокую дифференцированность дальневосточных субъектов федерации в оказании населению медицинской помощи, с целью выравнивания условий в регионе целесообразна координация действий на уровне нескольких субъектов федерации (Дальневосточный федеральный округ).

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Ратманов П.Э., Литовка П.И. Социальное законодательство Дальневосточной республики // Актуальные проблемы теории и практики юридического образования на пороге XXI столетия: Сборник материалов межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 60-летию юридического факультета ХГАЭП. Хабаровск, 7-8 октября 1999 г. – Хабаровск: ХГАЭП. – С.116-119.
2. Ратманов П.Э. Из истории медицинского страхования в Дальневосточной республике // Дальневосточный медицинский журнал. – 2000. – №1. – С.53-55.
3. Капитоненко Н.А., Ратманов П.Э. Опыт организации обязательного медицинского страхования в Хабаровском крае в 20-е годы // Вестник ОМС. – 2000. – №1. – С.23-24.
4. Ратманов П.Э. Лекарственное обеспечение и страховая медицина на Дальнем Востоке // Вестник РГМУ. – 2000. – №2(12). – С.205.

5. Ратманов П.Э., Капитоненко Н.А. Государственное здравоохранение и медицинское страхование в Дальневосточной республике // Медицина и здравоохранение в дни войны и мира: Материалы научно-практической конференции, посвященной 55-летию победы в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг. Москва, 25-26 апреля 2000 г. – Москва, 2000. – С.81-82.
6. Ратманов П.Э. Из истории медицинского страхования на дальневосточном транспорте // Актуальные вопросы развития медицины на транспорте на рубеже 21 века: материалы межрегиональной научно-практической конференции. Владивосток, 28-29 июня 2000. – Владивосток, 2000. – С.87-88.
7. Ратманов П.Э., Капитоненко Н.А., Захарченко В.В. Медицинское страхование на Дальнем Востоке в 20-е годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000. – №6. – С.53-54.
8. Ратманов П.Э. Из истории добровольного страхования в России и на Дальнем Востоке // Дальневосточный медицинский журнал. – 2001. – №1. – С.36.

Лицензия на издательскую деятельность № 00248  
 выдана Министерством Российской Федерации по делам печати,  
 телерадиовещания и средств массовых коммуникаций  
 от 28 сентября 1999 г.

Лицензия на полиграфическую деятельность ПЛД № 53-407  
 выдана Государственным Комитетом Российской Федерации  
 по печати от 5 марта 1999 г.

Подписано к печати 18/11-2002.

Тираж 100

Зак. № 11-Р.

Цена договорная

Издание Научно-исследовательского института  
 социальной гигиены, экономики и управления  
 здравоохранением им.Н.А.Семашко РАМН  
 103064, Москва, ул.Воронцово поле, 12