

## ОПЫТ СССР И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО РОССИЙСКОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

*Пресняков К.А.,  
врач-невропатолог, хирург,  
психолог,  
Пенза, Россия*

**Аннотация.** В статье автор рассматривает историю становления государственной системы здравоохранения в Советской России. В статье выявляются основные проблемы современной системы медицинского страхования в России. Автором проанализирована негативная роль фондов медицинского страхования как посредников между пациентом, больницей и государством. Автор констатирует увеличение доли платной медицины, снижение качества и доступности медицинской помощи, неэффективность расходования средств фондами обязательного медицинского страхования.

**Ключевые слова:** реформа здравоохранения, страховая медицина, медицинское страхование, финансирование здравоохранения, Октябрьская революция, бесплатная медицина.

## EXPERIENCE OF THE USSR AND PROBLEMS OF MODERN RUSSIAN MEDICAL INSURANCE

*Presnyakov, K. A.  
neurologist, surgeon,  
psychologist,  
Penza, Russian Federation*

**Abstract.** In the article the author considers the history of the formation of the public health system in Soviet Russia. The article reveals the main problems of the modern system of medical insurance in Russia. The author analyzed the negative role of the Medical Insurance Funds as intermediaries between the patient, the hospital and the state. The author notes an increase in the share of paid medicine, a decrease in the quality and accessibility of medical care, inefficient spending of funds by the Mandatory Medical Insurance Funds.

**Key words:** Health care reform, insurance medicine, health insurance, health financing, The October Revolution, free medicine.

«Мы получили в наследство от самодержавия тяжёлый гнет разъедающих народный организм санитарных неблагополучий, равнодушно-лицемерную медицинскую бюрократию, бессильную земскую и городскую медицину, слабые ростки медицины рабочей и ясное сознание, что страна шаг за шагом неуклонно идёт к вырождению. Война, покрывающая Россию чёрными крыльями, приводит народные массы к последней черте физических и духовных страданий, исчерпав и так уж скудный остаток сил сопротивления», – писал З. П. Соловьев в одном из номеров газеты «Врачебная жизнь».

Дореволюционная медицина в Российской империи не представляла собой какой-либо системы. Выделялось несколько мало взаимодействующих между собой уровней: ведомственная, земская, городская государственная, фабричная медицина. Существовали также общественные объединения врачей, число которых постепенно увеличивалось с 60-х годов XIX века, а к октябрю 1917 года, по подсчётам исследователей, достигло 120. При этом в политическом отношении такие врачебные сообщества были ориентированы на социал-демократические ценности, но существовало и «левое крыло», куда входила малочисленная группа большевиков. Среди них и работал автор вышеприведённого высказывания З.П. Соловьев, участник Пироговского сообщества (наиболее представительного профессионального объединения врачей), будущий первый заместитель наркома здравоохранения.

В целом большевики не могли рассчитывать на массовую поддержку врачебного сообщества, однако в число первых декретов Советской власти входили декреты о социальном страховании, начала развиваться и расти страховая рабочая медицина (страховые кассы). По замечанию историка Рабиновича А.И., уже в 1919 году были сформированы фабричные лечебные учреждения, «построенные на новых началах и поставившие медицинскую помощь фабричным рабочим на небывалый до сего времени уровень». Постепенно начала выстраиваться система здравоохранения, несмотря на саботаж большевиков вообще и, врачей-большевиков в частности, со стороны Пироговского сообщества врачей, самого влиятельного из подобных объединений. Противостояли новой советской медицине и Союзы больничных касс (страховая медицина), наиболее влиятельными из которых были Московский и Петербургский. Ситуация осложнялась Гражданской войной и нарастающей эпидемией инфекционных заболеваний, что, конечно, требовало оперативного реагирования от Советской власти. Создание объединённого органа, который координировал бы медико-санитарное дело по всей стране, началось с создания Совета врачебных коллегий 24 января 1918 года.

11 июня 1918 года Совнарком утвердил проект создания Наркомздрава единогласно. Формирование единого управляющего органа здравоохранения – Наркомздрава – стало переломным моментом и в отношении врачей к Советской власти: врачи включались в работу в советских органах здравоохранения. Многие члены Пироговского общества, в том числе члены Правления, меняли свою позицию и переходили на сторону новой власти.

Была упразднена и страховая медицина – последний (IV) съезд Союза больничных касс проходил с 28 апреля по 2 мая 1919 года. Окончательным его решением стал роспуск самого союза.

На этом страховая медицина в Советском Союзе была упразднена. Позже, с переходом к НЭПу, снова появилась необходимость введения социального страхования и страховой медицины как его части, но это уже другая история.

За время существования Советского государства была создана самая прогрессивная для своего времени модель здравоохранения – модель Семашко, которая в кратчайшие сроки позволила справиться с такими проблемами,

как массовые эпидемии и инфекционные заболевания, отсутствие квалифицированных медицинских специалистов и качественных медикаментов.

И в 1978 году Всемирная организация здравоохранения признала систему здравоохранения в СССР, выстроенную коммунистической партией, самой эффективной в мире. И странам Запада, цивилизованным государствам, ВОЗ рекомендовала брать пример с СССР. И брали. В таких европейских странах, как Дания, Финляндия, Швеция, Испания, Греция, Великобритания, Ирландия, Португалия, в том или ином виде существует такая модель.

Остальные страны Европы используют систему обязательного медицинского страхования, такую, которую внедрили и в постсоветской России. Сразу стоит принять во внимание тот факт, что охват населения таким страхованием разный. Только в четырёх странах Европы застрахованы абсолютно все граждане (Франция, Бельгия, Люксембург и Италия). В остальных странах обладателями бесплатных страховок являются от 70 % населения (например, в Голландии) до 85% (Германия). В любом случае страховой медицинский полис могут позволить себе не все.

И вот после распада Советского Союза мы снова возвращаемся к дореволюционному уровню: к системе обязательного медицинского страхования. При этом отметим, что перенимая «передовой» европейский опыт, наше государство его финансово не обеспечивает: в Европе на здравоохранение тратят 7% ВВП, а у нас – меньше 3%.

Кто только сейчас не критикует реформированную демократами, неоднократно менявшими окраску и своё название с начала 1990-х годов, систему здравоохранения?! Что требовали реформаторы лучшей в мире системы здравоохранения!? Почему они вдруг в период перестройки требовали реформ системы здравоохранения, которую международное сообщество признало самой лучшей в мире?!

Даже после 1991 года после принятия Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» полностью не было возможности сразу и масштабно изменить существовавшую систему государственного здравоохранения. Но вот после контрреволюционного переворота середины 1990-х темпы реформирования стали наращиваться. С 1995 года страховщикам запретили проводить операции добровольного медицинского страхования по договорам, предусматривающим возврат страхователю неизрасходованной на оплату лечения части страхового взноса по окончании срока страхования. Далее обратились к изменению системы подготовки кадров в медицинских вузах: убрали государственные экзамены на втором курсе, начали сокращать часы преподавания дисциплин, экзамены заменяли зачётами.

Всем памятливы 1990-е годы, когда работающим людям не платили длительное время зарплату. Не стали исключением и медицинские работники. Если на заводах и фабриках деньги заменяли натуральным продуктом, то врачам никто продукты не выдавал. И такая противоестественная ситуация – нищета работающих – сохранялась в течение семи лет. До 2003 года. С начала XXI века столетней давности модель здравоохранения стала в России основной. При этом финансовое и материальное обеспечение медицины

всё ухудшалось: не закупалось медицинское оборудование, народ в больницы шёл со своими матрасами, одеялами, простынями, покупал 10 метров марли, бинты на операцию, лекарства для стационарного лечения, ремонтировал физиотерапевтические аппараты для своего лечения.

Основная установка нового демократического курса, сформированная в середине 1990-х, сохранилась в двухтысячных: деньги в здравоохранении (как и в образовании, пенсионном обеспечении и т.п. социально важных отраслях) – это чёрная дыра экономики. Нужно, чтобы граждане новой России сами платили за лечение. Ещё было далеко до системы автострахования, а граждане стали платить за своё лечение, за будущее лечение. Создалась система трёхзвенного финансирования системы здравоохранения: государство, местный бюджет и страховые компании. Но никто из этой троицы не собирался вкладываться в здравоохранение. Ни государство в лице «демократов», ни местный бюджет (у которого всё забирала Москва, а возвращать и не собиралась), ни фонды системы медицинского страхования.

Фонды медицинского страхования (ФОМС) – это частные предприятия, собирающие с официально работающих граждан и появляющихся коммерсантов налог в медицинскую страховую компанию, но не ставящие себе задачу инвестирования в здравоохранение. Каждый месяц с белой зарплаты работающего идут отчисления в ФОМС на случай заболевания и получения травмы. При этом заболевший и травмированный должен медицинскую услугу согласно «полису» здесь и сейчас получить. Такая уж специфика болезней и травм. Есть только несколько видов медицинской помощи, оставшейся вне ФОМС. Это психиатрическая услуга, онкологическая, противотуберкулёзная, экстренная медицинская помощь службы 03 и три дня в хирургическом отделении при экстренной операции – это всё государство оставило у себя. На это оно обязуется выделять средства. Всё остальное – по страховой категории.

Фактически ФОМС не являются страховщиками – это посредники (никакого риска у страховщиков нет, потому что своими деньгами они не рискуют). Страховой принцип сейчас – риск заплатить деньги за медицинскую помощь – несёт на себе государство. Оно собирает деньги с тех, кто может платить, и платит за тех, кто болеет: здоровый платит за больного. И у государства есть риск – денег может не хватить. Если бы наше государство, декларирующее свою «социальную ориентированность», представляло собой настоящего «страховщика», оно могло бы в случае нехватки основных средств дополнить их ещё и дополнительными, покрыв страховые риски (рисковая модель). Но государство этого не делает, а вместо этого, когда денег не хватает, риски эти становятся не государственными. У государства денег на пациентов нет, поэтому риски здравоохранения становятся частными: пациент либо не получает необходимой помощи, если она не оплачена, либо платит за неё сам (а не ФОМС, деньги им не тратятся).

Ключевая проблема здесь, на наш взгляд, состоит в том, что большинство стран шло (и идёт) по пути создания системы здравоохранения, в которую в систему социальных гарантий государства встроены медики.

Современная Россия пытается решить противоположную задачу – трансформировать административный рынок советского здравоохранения в современный страховой бизнес. Так между государственным бюджетом и государственными учреждениями здравоохранения возникла частная прослойка страховых компаний. Но вот здесь и возникает конфликтный треугольник: больница, пациент, ФОМС.

Чем меньше работающий застрахованный человек будет обращаться в поликлинику, тем больше останется денег в этом фонде; чем больше больница будет назначать видов лечения пациенту, тем меньше останется денег в ФОМС.

А теперь перейдем к экономике. Теперь каждая поликлиника обязана делать расчёт стоимости посещения врача каждым пациентом. При грубом округлении стоимость одного посещения врача пациентом составит 350 рублей. При этом в среднем врач должен принять за один рабочий день 12 – 15 человек, зарабатывая в среднем от 4.200 до 5.200 рублей (350 x12-15). То есть эту сумму за один день на одного врача ФОМС должен перечислить поликлинике. Если там 10 врачей принимает в день 4,200 – 5,250 x10 = 42,200 - 52,500 рублей. А в месяц, например 25 дней, 1 312 500 рублей в месяц. То есть миллион рублей ФОМС должен перечислить в поликлинику!

Деньги приносит в поликлинику только врач, а не медсестра, не санитарка, не главный врач. А рядовой врач, ведущий приём пациентов.

Что нужно ФОМС? Правильно. ЧТОБЫ В ПОЛИКЛИНИКЕ НЕ БЫЛО ВРАЧА. Нет врача, не надо перечислять денег в поликлинику. А деньги всё равно идут в ФОМС.

Что надо, что не было врача в поликлинике? А) Что бы главный врач и министр здравоохранения не принимали врача на работу. Б) Платить врачу такую зарплату, чтобы он сам ушёл из поликлиники.

Как это сделать? Презентом в виде премии. Кому? Тому, кто решает кадровые вопросы. Значит, нужно собрать все больницы и поликлиники под одним руководством. Если десять самостоятельных в кадровом отношении больниц, то презенты нужно десятирным главврачам и министру делать. А если оставить одного главврача и одного министра? То всего лишь двум «благополучателям».

Хорошо! Замечательно. Но финансы все равно каждый день идут в ФОМС, и они остаются невостребованными.

Уточним: приём и лечение у узкого специалиста (ЛОР, окулист, травматолог, уролог, гинеколог, стоматолог, эндоскопист и пр.) стоят больше. Значит, их нужно убрать в первую очередь. И оставить врача общей практики, который должен заменить 15 специалистов одновременно! Вот если он будет в день принимать столько, сколько выше перечисленные плюс как физиотерапевт, невролог, инфекционист, то это же значительно удешевит стоимость оказания медицинских услуг для ФОМС и государства. Но...сколько он может обслужить человек и как? Качество оказания медицинских услуг? Ответ, к сожалению, совершенно очевиден.

Теперь перейдем к стационарной медицине. В стационаре идёт оплата не врача, а койкоместа. Каковы действия для оптимизации расходов? Правильно. Нужно сокращать койки, то есть их оптимизировать. Что мы и видим. Количество коек в городе Пензе приблизилось к уровню 1955 года. Но сколько в 1955 году было жителей в Пензе! И сколько к 1990 году? Границы городов, например Пензы, увеличились в пять раз. Как и Кузнецка, как и Сердобска, ... количество жителей возросло. Нет коек, нет врача в стационаре. Например, количество коек 10 в стационаре больницы, врач уходит в отпуск, врач простудился и заболел гриппом, ушёл на больничный. Он единственный врач данного профиля! Значит, нужно всех больных выписать, и на время отпуска отделение закрывается. Сколько денег сэкономит ФОМС? Несколько десятков миллионов.

Все говорят: нужно жить в правовом поле. Да, правильно. Значит за уменьшение объемов и несвоевременное предоставление медицинской помощи нужно претензии предъявлять в правовом поле: гражданское общество, как известно, недоразвитое в нашей стране должно объединиться хотя бы по такому в прямом смысле жизненно важному вопросу, как контроль над системой здравоохранения.

Только после этого у нас сдвинется что-то в качестве оказания медицинских услуг. За медицинскую услугу каждый официально работающий человек ежемесячно платит из своей «белой» зарплаты в страховой фонд, и он вправе требовать согласно полису качественной и своевременной медицинской помощи.

А пока результаты развития страховой медицины малоудовлетворительны. По результатам анализа Счётной палаты, на 2016 год система обязательного медстрахования потеряла на работе страховщиков 30,5 млрд. руб. с учётом взысканий с клиник и расходов на делопроизводство. Страховые компании, обходящиеся системе в 25 млрд. руб., во многом дублируют функции территориальных фондов ОМС, но не выполняют в полном объёме своих обязательств, треть их имеет признаки финансовой неустойчивости. 25,4 млрд. руб. пошло на ведение дел; 4,45 млрд. руб. – это причитающаяся страховым организациям часть штрафов (в 2016 году – от 15% до 25% штрафов, наложенных на медучреждения). Наконец, 0,6 млрд. руб. составляют бонусы от экономии целевых средств в системе ОМС, а ведь целевые средства на 8,5 млрд. руб., по данным Счётной палаты, просто не были израсходованы в системе ОМС в 2015 году, страховщики 4,5 млрд. руб. обратили в свой доход, а 4 млрд. руб. вернули в систему.

Проблема озвученной неэффективности состоит, скорее в том, что нынешняя крайне неясная роль страховщиков в здравоохранении делает их работу малоосмысленной и не влияющей на работу всей системы, но усложняющей работу медиков в целом (так, 43% нарушений приходится на неправильное оформление медицинской документации). Исследование Счётной палаты лишь показывает, как разнообразно страховые компании выполняют неуместную роль в нестраховом по факту здравоохранении.

В итоге, как вывод из сказанного, приведём верное, на наш взгляд, высказывание президента Лиги защитников пациентов А. Саверского: «Ведь возврат к рисковому частному страхованию – это возврат на сто-двести лет назад, когда в Европе и США страховые компании набирали силу, но сейчас основные страны склоняются к бюджетному финансированию, а это – вид государственного страхования».

УДК 93+94 DOI: 10.24045/conf.2017.1.31

## **РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ**

*Андросова Л.А.,  
кандидат социологических наук,  
доцент кафедры «Философия и социальные коммуникации»,  
Пензенский государственный университет,  
Пенза, Россия*

**Аннотация:** В статье анализируется роль и значение Октябрьской революции, революционно-интернационалистическая идеология, вдохновителем и организатором которой была партия большевиков, её Центральный комитет, возглавляемый В.И. Лениным. Рассматриваются первые шаги правительства, декреты, издаваемые в первые дни после свершения революции. Анализируются условия, в которых свершилась революция, а так же разрабатываемые программы строительства нового общества.

**Ключевые слова:** революция, интернационалистическая идеология, большевики, декреты, революционные массы, пролетариат, народные комиссары.

## **ROLE AND IMPORTANCE OF THE OCTOBER REVOLUTION**

*Androsova L.A.  
Candidate of sociological Sciences,  
associate professor of «Philosophy and social communication» department  
Penza State University, Penza, Russian Federation*

**Abstract.** The article analyzes the role and significance of the October Revolution, the revolutionary internationalist ideology, inspired and organized by the Bolshevik Party, its Central Committee headed by V.I. Lenin. Consider the first steps of the government, the decrees issued in the first days after the accomplishment of the revolution. The conditions under which the revolution was accomplished, as well as the programs for the construction of a new society, are analyzed.

**Key words:** Revolution, internationalist ideology, Bolsheviks, decrees, revolutionary masses, the proletariat, people's commissars.

100 лет назад великие потрясения изменили жизнь российского государства и повлияли на дальнейшую судьбу всего мира. Великая Октябрьская революция явилась беспрецедентной в истории человечества революцией, преодолев «смуту» возникшую в результате банкротства царского режима, решила важнейшую национальную задачу – восстановив на большей части территории России единую государственность. И в этом «собрании»