

ЛІКАРНЯНИ КАСИ ТА ЇХ РОЛЬ У СТАНОВЛЕННІ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ

АНОТАЦІЯ. У статті досліджено історичний аспект і роль лікарняних кас у становленні медичного страхування; проаналізовано етапи розвитку страхової медицини в Україні.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: медичне страхування, лікарняні каси, фабрично-заводська медицина, резервний капітал, страхові фонди.

АННОТАЦИЯ. В статье исследованы исторические аспекты больничных касс, их роль в становлении медицинского страхования; проанализированы этапы развития страховой медицины в Украине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: медицинское страхование, больничные кассы, фабрично-заводская медицина, резервный капитал, страховые фонды.

SUMMARY. The article investigates the historical aspect and the role of health insurance in the development of health insurance, the stages of development of health insurance in Ukraine.

KEYWORDS: medical insurance sickness funds, factory medicine, capital reserve and insurance funds.

Постановка проблеми. Українська держава вже мала певний досвід з організації медичного страхування в минулому — в до-революційний період і період нової економічної політики. Тому, на нашу думку, дослідження історичного досвіду може бути корисним з погляду фінансових та організаційних питань.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Формування правових основ, на які б спирався подальший розвиток медичного страхування, не можливе без хронологічного і теоретичного дослідження їх підґрунтя. В Україні основні проблеми теорії та практики медичного страхування досліджували вчені: О. Гаманкова, О. Губар, Ю. Гришан, М. Мних, В. Рудень, В. Нонко, Н. Нагайчук, Я. Шумелда та інші. Віддаючи належне дослідженням у цій сфері, слід зауважити, що бракує ґрунтовних досліджень, які узагальнюють історичний досвід розвитку медичного страхування.

Постановка завдання. Метою статті є дослідження історичного аспекту та ролі лікарняних кас при здійсненні медичного страхування.

Виклад основного матеріалу дослідження. Медичне страхування і страхова медицина в Україні своєю появою завдячують фабрично-заводській медицині, проявом якої стало виникнення лікарняних кас. Джерелом фінансування медичного страхування, що здійснювалось через лікарняні каси, були фонди соціального страхування. Їх кошти формувалися із внесків роботодавців і внесків робітників — членів лікарняних кас. Внески до лікарняних кас сплачувались на паритетній основі і становили третю частину коштів застрахованих і дві треті з доплат роботодавців. Особливістю допомоги, що надавалась, був її комплексний характер, що включав матеріально-грошову компенсацію втраченого заробітку та лікування [1, с. 48—50].

До початку Першої світової війни у Харківській і Київських губерніях було організовано відповідно 68 і 75,5 % запланованих до відкриття лікарняних кас, а в одному з промислових районів Півдня — Єкатеринбургській губернії існувало 135 лікарняних кас, ключові позиції в яких належали роботодавцям. Загальне охоплення соціальним страхуванням в Україні було дуже низьким і не перевищувало 2 % всього населення.

На той час в Україні функціонували лікарняні каси двох типів: заводські та об'єднані. Заводські каси здійснювали виплату допомоги за встановленими випадками, організовували надання безоплатної медичної допомоги робітникам і членам їхніх сімей. У 1913 році урядом були запропоновані доповнення до статуту лікарняних кас, що давали їм право організовувати лікарні, амбулаторії, санаторії, аптеки. З введенням цих доповнень медична допомога робітникам та членам їхніх сімей дещо покращилась і стала доступнішою. Лікарняні каси створювались не тільки у великих промислових містах України, а й в окремих повітах, губерніях, населених пунктах.

В подальшому страхова медицина набула свого розвитку в Україні після Лютневої революції 1917 р. Це знайшло свій прояв у поширенні медичного страхування практично на всі галузі промисловості й охопило практично всі верстви населення. Лікарняні каси почали активно збільшуватись, дрібні лікарняні каси зливались і виникали великі страхові організації — об'єднані лікарняні каси.

Об'єднані лікарняні каси мали більші статутні резервні кошти, організовували надання амбулаторної та стаціонарної допомоги, в тому числі й хворим у домашніх умовах, екстрену медичну допомогу в нічний час, забезпечували постійні чергування медичного персоналу, надавали медичні послуги хворим на туберкульоз.

У дореволюційний період в Україні була створена власна система страхової медицини. Лікарняні каси стали перетворюватися на нові демократичні заклади, кошти на їх утримання формувалися за рахунок внесків підприємців. Джерелами формування коштів лікарняних кас стали внески учасників медичного страхування в розмірі від 1 до 2 %, а у разі чисельності учасників страхування менше 500 осіб — 3 % від заробітної плати та доплати власників підприємств [2, с. 57].

Кошти лікарняних кас формувалися як обіговий, так і резервний капітал. Резервний капітал формувався із відрахувань і доплат у розмірі 5 % і виконував функцію резерву обігових коштів, а в разі їх вичерпання спрямовувався на поточні потреби. Обіговий капітал складався із внесків і доплат, а також прибутків з майна каси та тимчасових надходжень, і спрямовувався на поточні витрати.

Відрахування до резервного фонду призупинялося, якщо вони сягали суми, рівної сумі витрат каси за останні два роки, і відновлювалася при розмірах витрат нижче цієї суми. У випадку непокриття поточних витрат обіговим капіталом правління лікарняної каси мало право вирішувати питання про збільшення величини внеску або скорочення витрат.

Відповідно до декрету Раднаркому України «Положення про страхування на випадок хвороби» від 2 травня 1919 року страхування у вигляді грошової допомоги поширювалося на всіх осіб, які зайняті в усіх галузях народного господарства. Страхування здійснювали загальноміські та окружні лікарняні каси за рахунок внесків роботодавців (10 % від фонду заробітної плати) та інших надходжень. Лікарняні каси надавали безкоштовну лікарську допомогу робітникам, у тому числі ліки та перев'язочні матеріали.

Зі зміною державного устрою виникли суперечності щодо становлення медичного страхування. Деякий час існували дві форми медичного забезпечення — страхова та державна. Проте керівники охорони здоров'я того часу дійшли висновку про недопустимість паралельного існування двох медицин — «страхової» і «державної». На початку 1921 року в Україні були повністю ліквідовані лікарняні каси [2, с. 49—51].

Початок другого етапу страхової медицини в Україні пов'язаний з переходом країни в березні 1921 року до нової економічної політики (НЕП), що для охорони здоров'я стало відходом від бюджетної системи фінансування і призвело до передачі медичних закладів на фінансування з місцевого бюджету з подальшим різким скороченням фінансування і введенням часткової оплати за отриману медичну допомогу.

Перед закладами охорони здоров'я постала проблема пошуку нових джерел фінансування. Ринкові відносини, які зароджувалися тоді в Україні, вимагали пристосування системи охорони здоров'я до її законів і реанімації страхової медицини.

Отже, зародження ринкових відносин обумовило відхід від бюджетного фінансування та створення так званої робітничої медицини — медицини для надання медичної допомоги обмеженому контингенту працюючих (робмед). НЕП створив сприятливі умови для відновлення принципів страхової медицини. В Україні було створено систему робітничої медицини.

Весь бюджет охорони здоров'я за період існування робітничої медицини в Україні складався із державних асигнувань, коштів місцевих бюджетів, страхового фонду медичної допомоги та інших джерел. Основну роль відіграв Декрет Раднаркому України від 10.12.1921 р. «Основне положення про соціальне забезпечення робітників і службовців на випадок тимчасової і постійної втрати працездатності та членів їх сімей на випадок хвороби годувальника». Відповідно до цього Декрету страхуванню підлягали робітники промислових підприємств, а також працівники, які були зайняті в сільському господарстві або перебували у підпорядкуванні промислових підприємств. Поряд із допомогою по тимчасовій непрацездатності, вагітності, пологах передбачалось надання безкоштовної медичної допомоги застрахованим в амбулаторії, стаціонарі, домашніх умовах, а також безкоштовне забезпечення ліками, бандажами, окулярами та стоматологічне протезування. Передбачалося також прикріплення згідно з угодою медичних закладів робітничої медицини до промислових підприємств для надання медичної допомоги робітникам і службовцям. Ці заклади обслуговували і незастраховане населення, якому надавалося відповідно 10 % обсягу стаціонарної і 20 % амбулаторної медичної допомоги [3, с. 114].

Управління медичною допомогою у структурі Наркомату охорони здоров'я України здійснював відділ робітничої медицини. Охорона здоров'я робітників залежала ще й від закладів Наркомпраці та органів соціального страхування. Для узгодження діяльності цих відомств на місцях створювалися губернські страхові ради, а в центрі — Українська страхова рада. З метою організації спеціалізованих видів медичної допомоги для робітників у 1923 році було створено лікарняне бюро.

Відповідно до видів соціального страхування, всі надходження розподілялись між п'ятьма фондами: фондом «А»; фондом інвалідності — фондом «Б»; фондом безробіття — фондом «В»;

фондом лікарняної допомоги — фондом «Г»; резервним фондом. Фонд лікарської допомоги «Г» розглядався як дотаційний до державного бюджету і давав змогу залучити гарантовані додаткові кошти для покращення медичного обслуговування робітників та їх сімей. Головне призначення страхового фонду (85 % асигнувань) — створення основного фонду лікарської допомоги для витрат на місцях органами Наркомату. Із залишкової частини фонду 10 % передавалося Наркомату охорони здоров'я для створення запасного фонду лікарняної допомоги [3, с. 114].

На відміну від республік колишнього Союзу, робітнича медицина в Україні набула значного розвитку, її мережа була тісно пов'язана з працюючими через страхові каси, фабричні та заводські комітети, представники яких входили до складу адміністративно-господарських комісій при поліклініках. Число робітничих поліклінік зросло від початку їх створення з 54 до 101 у 1923 році. Тоді ж у підпорядкування робітничої медицини перейшли всі лікувальні заклади. У 1923 р. у Харкові було відкрито перший інститут робітничої медицини.

Таким чином, в Україні було створено власну модель страхової медицини — систему робітничої медицини. У 1927 році згідно з постановою уряду «Про утвердження принципу державної охорони здоров'я» її було скасовано і розпочато функціонування державної системи охорони здоров'я з централізованою формою управління, характерною ознакою якої стало монопольне володіння наданням медичних послуг. Відтоді в Україні почалося функціонування державної системи охорони здоров'я. Період 60-х — 80-х років відзначився занепадом галузі охорони здоров'я. Найвагоміші чинники, що стали причиною занепаду галузі, були такими.

Бюджетне фінансування галузі, основними характеристиками якого були централізоване планування та управління фінансами. Фінансування лікувально-профілактичних закладів здійснювалось за нормативами затрат, яке не було пов'язане з кінцевими, соціально значущими показниками, такими, як закінчений випадок лікування хворого та ін., а більш орієнтувалось на кількісні показники, такі, як кількість ліжок у стаціонарі, кількість відвідувань за зміну в амбулаторно-поліклінічній ланці, забезпеченість відповідними фахівцями (лікарями) тощо. Для оцінки стану здоров'я населення почав використовуватися показник середньої тривалості життя. В сукупності названі показники визначали величину ресурсів, необхідних для функціонування закладів та установ охорони здоров'я. Порядок фінансування, що існував, не

сприяв інтенсифікації й ефективності роботи медичного персоналу. Розвиток галузі здійснювався екстенсивним шляхом, рівень заробітної плати медичних працівників був нижчим, порівняно із середньою заробітною платою у народному господарстві. Залишковий принцип фінансування призвів до зниження обсягу інвестицій у галузь охорони здоров'я. Так, частка державного бюджету, що виділялась на ці цілі, у 1960 р. становила — 6,6 %, у 1970 р. — 6,1 %, у 1980 р. — 5,0 %, у 1985 р. — 4,6 % [4, с. 383—391].

Щодо промислової медицини, то з 1840 р., робітники мали лише формальне право на лікарську допомогу за рахунок працеводців і в 1870 р., вони самі стали створювати страхові каси. Статут такого об'єднання обіцяв безоплатну медичну, лікарську, грошову допомогу у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності. Відшкодовувалося і стаціонарне лікування, оплачувалася тижнева допомога при пологах. Добровільні страхові каси створювалися і підприємцями. Страхові внески становили 1,5 % від заробітної плати.

У 1907 р. вийшов закон, що об'єднав більшість галузевих підприємств у єдину державну касу, яка підпорядковувалася Державному управлінню з робітничого страхування і діяла через місцеві опорні пункти.

Внески робітників збільшилися до 3 %, а з 1918 р., до 4 % від заробітку. Роботодавці були зобов'язані виплачувати 50 % допомоги з тимчасової непрацездатності і у разі захворювань, 100 % — при травмах. З 1907 року право на отримання безплатної медичної допомоги поширилося на членів сімей застрахованих.

Згідно з Положенням страхові каси гарантували застрахованим і їхнім сім'ям протягом тринадцяти тижнів безкоштовну медичну допомогу, ліки, допомогу на випадок непрацездатності в сумі 60 % від заробітку, а у разі пологів — 100 %. На випадок смерті також передбачалась фінансова допомога членам сім'ї застрахованого.

Процес організації страхових кас відбувався повільно. Застраховані не завжди отримували медичну допомогу в необхідному обсязі, терміни лікування і перебування в страхових касах скорочувалися до мінімуму.

Страхові каси, які існували в Україні до Другої світової війни, відіграли важливу роль у забезпеченні соціального захисту населення. Ця форма з добровільної перейшла в обов'язкову і дала можливість функціонувати різним системам медичного забезпечення.

Висновки з проведеного дослідження. Узагальнюючи вищевикладену хронологію історичного досвіду проведення медичного страхування в Україні, можна зробити висновок, що страхова медицина і окремі види медичної допомоги вже діяли тривалий час на території України, які при бажанні можна запозичити в період підготовки до переходу охорони здоров'я на страхові засади.

Література

1. *Ермилов В.С.* Історичні паралелі медичного страхування минулого та сьогодення нашої країни // В.С. Ермилов. Охорона здоров'я України — 2001. — №2. — С. 48—50.
2. *Высоцкая О.В., Длугунович М.В., Дяченко М.А.* История страховой медицины и ее современные продукты в странах СНГ и за рубежом // Под ред. Высоцкой О.В. М. — К.: Вести, 1997. — 57 с.
3. *Таран В.В.* Страницы истории страховой медицины // В.В. Таран, Ю.В. Вороненко. Страховая медицина (вопросы, теории, истории, опыт, перспективы развития). Материалы выездного пленума Всесоюзного общества историков медицины — Москва — Луганск, 1991. — С. 49—51.
4. *Стецюк Т.І.* Історичний досвід побудови вітчизняної медицини на страхових засадах // Стецюк Т.І. — «Проблеми трансформації соціально-економічної системи в Україні». / Збірник наукових праць за матеріалами науково-практичної конференції. — Острозька академія. Серія «Економіка» 2004 р. — С. 383—391.

Статтю подано до редакції 01.10.2012 р.

УДК 368.032.1

Супрун А.А., канд. екон. наук, доц.,
доцент кафедри фінансів,
Криворізького економічного інституту
ДВНЗ «Криворізький національний університет»

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОВЕДЕННЯ РЕОРГАНІЗАЦІЇ СТРАХОВИХ КОМПАНІЙ В ЯКОСТІ ІНСТРУМЕНТУ АНТИКРИЗОВОГО УПРАВЛІННЯ

АНОТАЦІЯ. У статті надається теоретичний підхід до проведення реорганізації в страхових компаніях, визначено відмінність між поняттями «реструктуризація» і «реорганізація», вказано на особливості проведення реорганізацій страховиків відповідно до діючого