

УДК 94(477)

Мельничук О.А. Лікарняна допомога застрахованим в радянській Україні у 20 – 30-ті рр. ХХ ст. // Україна ХХ ст.: культура, ідеологія, політика. Збірник статей. – К.: Інститут історії України НАН України, 2007. – Вип. 11. – С. 147-164.

О.А. Мельничук

ЛІКАРНЯНА ДОПОМОГА ЗАСТРАХОВАНИМ В РАДЯНСЬКІЙ УКРАЇНІ У 20 – 30-ТІ РР. ХХ СТ.

Конституція України проголошує право громадян на соціальний захист, що включає необхідність забезпечення їх у разі настання соціальних ризиків. Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок внесків громадян, підприємств і організацій, а також бюджетних та інших джерел соціального забезпечення¹.

Втілюючи в життя положення Конституції, в державі планомірно здійснюється реформування системи соціального страхування, пристосування її до умов ринкової економіки. Наслідком реформування стала поява спеціальних нормативних актів, які гарантують громадянам України матеріальне забезпечення та надання соціальних послуг. На сьогодні із п'яти передбачених видів соціального страхування врегульовано і реалізовано на практиці чотири. На стадії обговорення та прийняття законопроект «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування».

Якщо для незалежної Української держави інститут державного соціального медичного страхування є новим явищем, то в історії поява страхової медицини відноситься до початку ХХ ст. У специфічній формі медичне страхування існувало і в радянській Україні 1920 – 30-х рр. На той час медична допомога застрахованим надавалася у вигляді: безпосередньо лікарняної та профілактичної (направлення на курорти, санаторії, будинки відпочинку). У своїй статті автор поставив за мету, через аналіз нормативних актів, загальної та спеціальної літератури, висвітлення діяльності страхових органів та органів охорони здоров'я розкрити теорію та практику надання лікарняної допомоги застрахованим в Україні у 20 – 30-ті рр. ХХ ст. Дослідження даної теми дасть змогу виявити характерні особливості радянської системи медичного страхування, вказати на її сильні та слабкі сторони, внести певні пропозиції до прийняття нормативних актів у цій сфері.

Проблема надання лікарняної допомоги застрахованим вказаного періоду не була об'єктом спеціального історичного дослідження, хоча окремі її аспекти знайшли відображення у працях істориків, юристів, економістів, працівників страхових органів того часу. Всю наявну літературу можна умовно розділити на декілька груп. Так, умови й порядок надання лікарняної допомоги вписані в збірниках нормативних актів². Практичні поради для застрахованих подані у відповідних довідниках та коментарях³. Діяльність страхових органів та органів охорони здоров'я по наданню лікарняної допомоги частково висвітлена у загальних працях із соціального страхування вказаного періоду⁴. Чисельні дані про: обсяг наданої медичної допомоги; осіб, що підлягають медичному страхуванню; кошти фонду медичної допомоги містяться у матеріалах статистики⁵.

У сфері медичного страхування радянська влада майже з самого початку відмежувалася від ідеї касової медицини, яка функціонувала в дореволюційній Росії та в країнах Заходу. Навіть інтенсивний її розвиток у 1917-1919 рр., шляхом поглинання фабричної медицини не був переконливим аргументом. Вбачалося, що з розширенням кола застрахованих втрачався історичний зміст касової медицини. На думку більшовицьких теоретиків соціалізація усіх економічних відносин вимагала і соціалізації медицини: касова медицина мала поступитися медицині соціалістичній. На

це звання претендувала загальногромадянська медицина органів охорони здоров'я, що отримала назву «радянська медицина». Як наслідок, в 1919 р. був виданий декрет про передачу усіх установ касової медицини у розпорядження органів охорони здоров'я. А отже, і надання медичної допомоги застрахованим покладалося на органи Народного комісаріату охорони здоров'я (НКОЗ)⁶.

Однак, оскільки на медичну допомогу застрахованим, окрім загальнодержавних коштів, відраховувалися і спеціальні страхові внески на лікарняну допомогу, виникла необхідність організаційного виокремлення медичної допомоги застрахованим від інших сфер діяльності НКОЗ. Цим пояснюється наявність у складі загальних органів охорони здоров'я спеціальних підрозділів. В РСФРР це були спеціальні відділення медичної допомоги застрахованим⁷.

З усіх союзних республік найбільш ефективною діяльністю таких структур виявилася в Україні, де за декретом РНК УСРР від 10 грудня 1921 р., при НКОЗ та на місцях організувалися відділи робочої медицини (рабмеди). Їм надавалися у повне розпорядження кошти фонду медичної допомоги (фонд «Г»), власна мережа лікувальних і профілактичних установ для обслуговування застрахованих та членів їх сімей. На них покладалося завдання забезпечити за страховими касами вплив на порядок надання медичної допомоги⁸. Контроль страхових органів за наданням медичної допомоги застрахованим здійснювався шляхом: спільного вироблення кошторисів і планів медичної допомоги; участі у призначенні завідувача відділом медичної допомоги застрахованих і в підборі медичного і адміністративного персоналу лікувальних установ⁹.

Першим нормативним актом більшовиків у сфері медичного забезпечення була постанова Раднаркому від 16 листопада 1917 р. «Про безкоштовну передачу лікарняним касама усіх лікувальних установ і підприємств, або, в разі відсутності таких, видачі грошових сум на їх створення». На підставі рішення уряду всі заводські амбулаторії, лікарні та інші лікарняні установи на підприємствах безкоштовно передавалися лікарняним касама. У разі невідповідності лікарняної установи нормам медичної допомоги чи її відсутності, підприємець був зобов'язаний видати лікарняній касі додаткові кошти для приведення її в належний стан або ж створення¹⁰. Для управління справами у сфері охорони здоров'я населення в січні 1918 р. була створена Рада лікарських колегій як найвищий медичний орган робітничо-селянського уряду.

Такі радикальні заходи радянської влади викликали опір серед представників страхових організацій та лікарняних кас, які виступали за страхову медицину, що базується на принципах «невтручання державної влади» та «повного самоврядування у справах лікарняних кас». Частина лікарняних кас відмовилася об'єднатися у загальноміські каси, передбачені декретом «Про страхування на випадок хвороби». У відповідь на такі дії більшовики провели чистки з метою вилучення з організацій неблагонадійних елементів¹¹.

Не в захваті від експериментів нової влади в області страхової медицини були і самі представники медичної інтелігенції. В кінці листопада 1917 р. правління Товариства ім. М. Пирогова прийняло та опублікувало резолюцію (журнал «Общественный врач». – 1917. – №9-10), в якій закликала лікарів саботувати заходи радянської влади у сфері охорони здоров'я. Надзвичайний з'їзд Товариства у середині березня 1917 р. прийняв рішення про організацію та проведення страйків в медичних установах. Однак, невдовзі, під впливом більшовицьких «переконливих аргументів» З.П.Соловйов, І.В.Русаков, А.Н.Сісін публічно заявили у пресі про свій вихід із складу керівних органів Товариства¹².

У новій програмі партії, прийнятій у 1919 р. на VIII з'їзді РКП(б) зазначалося лише, що медична допомога населенню має бути загальнодоступною, безкоштовною та кваліфікованою¹³.

У добу військового комунізму соціальне страхування робітників і службовців

було замінене соціальним забезпеченням, яке, за Положенням, затвердженим Раднаркомом 31 жовтня 1918 р., мало поширюватися також на ремісників та селян, що не експлуатують чужої праці. Витрати по соціальному забезпеченню покривалися за рахунок прямих асигнувань з бюджету. Всі види соціального страхування були централізовані у спеціальних установах – відділах соціального забезпечення та охорони праці, створених при місцевих органах радянської влади¹⁴. Проголошення соціального забезпечення селянства було продуманим тактичним кроком. Адже в умовах військової конфронтації майбутнє новоствореної держави значною мірою залежало від багаточисельної Червоної армії, яка переважно складалася із селян. Окрім того, перебування соціального забезпечення в руках держави давало змогу більшовикам здійснювати повний контроль над видачею адресної допомоги.

Перехід до ринкових відносин та запровадження госпрозрахункового принципу в період НЕПу змусили більшовиків кардинально переглянути систему соціального забезпечення. В складних господарських умовах держава намагається перекласти фінансовий тягар соціальних виплат на підприємства, установи, організації, при цьому підвищені розміри страхових внесків передбачалися для приватного сектору економіки. Проголошуючи принципи соціального страхування для робітників, правляча партія думала не лише про матеріальне забезпечення, але й про ідеологічний ефект. При відродженні капіталістичних відносин в економіці, для більшовиків важливим було переконати робітників у готовності здійснювати соціальні обіцянки. 4 вересня 1922 р. ЦК РКП(б) прийняв тези про соціальне страхування, в яких зазначалося, що лише складне економічне становище держави не дає змоги запровадити страхування в повному обсязі. Профспілкам відводилася роль організатора та ідейного керівника страхових організацій¹⁵.

15 листопада 1921 р. Леніним був підписаний декрет РНК «Про соціальне страхування осіб, зайнятих найманою працею». З цього часу і розпочинається новий етап у розвитку радянського соціального страхування. Нормативними актами, які започатковували систему медичного страхування в УСРР були постанови Ради Народних Комісарів УСРР: «Положення про соціальне забезпечення робітників та службовців на випадок тимчасової чи постійної втрати працездатності і членів їх сімей на випадок смерті годувальника» від 10 грудня 1921 р.¹⁶ та «Про соціальне забезпечення робітників та службовців» від 7 лютого 1922 р.¹⁷ Обидва нормативні акти були комплексними, оскільки передбачали надання різних видів допомоги, серед яких і безкоштовна медична допомога на випадок травмування та інших захворювань для всіх категорій робітників та службовців. У вищезазначених документах ставилося питання про організацію забезпечення медичною допомогою через систему соціального страхування.

Однак, оскільки керівництво організацією соціального страхування покладалося на Народний Комісаріат Соціального Забезпечення (Наркомсобез), то зачасти на місцях в роботі органів соціального страхування переважали «собезівські» методи. Цим, можливо, і пояснюється відсутність терміну «соціальне страхування» у назві обох постанов та законодавчих актів про соціальне страхування. Лише постановою ВУЦВК від 17 січня 1923 р. управління соціальним страхуванням переходило від Наркомсобезу до Уповнаркомпраці УСРР. Передача усіх функцій мала бути завершена не пізніше 1 лютого 1923 р.¹⁸ З цього часу лише розпочинається планомірна робота із організації державного соціального страхування, в тому числі – медичного.

Перехід на роботу в умовах нової економічної політики викликав суттєві зміни в роботі медичних установ та умовах праці медичних працівників. Значна кількість установ охорони здоров'я була знята з державного бюджету і переведена на місцеве забезпечення. Велике практичне значення в діяльності медичних установ відігравали принципи господарського розрахунку, розгорнулася боротьба за економію коштів. В цей період знову набуває актуальності питання про відокремлення органів соціального

страхування від держави.

Питання про запровадження страхової медицини розглядалося на V Всеросійському з'їзді професійних спілок у вересні 1922 р. Існувало дві точки зору. Одні делегати, аргументуючи свою позицію значним розміром страхових внесків та недовірою до органів охорони здоров'я, виступали за відродження страхової медицини. Інші, закликаючи зберегти єдину страхову медицину, пропонували надавати лікарняну допомогу застрахованим через органи охорони здоров'я, за участю і під контролем страхових кас. Остання пропозиція знайшла підтримку більшості делегатів і була внесена в резолюцію з'їзду¹⁹.

Не менш гострою виявилася дискусія щодо безкоштовності медичної допомоги. Страхова нарада, скликана Народним комісаріатом соціального забезпечення (НКСЗ) прийняла навіть рішення про створення самостійної організації страхування робітників. Іншу точку зору висловлював НКОЗ РСФСР, який наполягав на медичному обслуговуванні застрахованих органами і установами охорони здоров'я разом із страховими організаціями. Вирішення суперечки було передано на розгляд ЦК партії. Однак позиція правлячої партії залишалася незмінною: в умовах диктатури пролетаріату справа страхування робітників не може бути незалежною від органів пролетарської влади. Партійне керівництво вказало на необхідність збереження єдності медико-санітарної організації під керівництвом органів охорони здоров'я²⁰.

Однак практика медичного страхування свідчила про інше. Українська рада професійних спілок (УРПС), окремі центральні правління профспілок при проведенні страхових компаній неодноразово вказували на необхідність посилення впливу страхових органів на роботу з надання лікарняної допомоги застрахованим. На початку звітного 1925-26 р. розширений пленум УРПС за доповіддю рабмеду НКОЗ та співповіді Головстраху про становище медичної допомоги застрахованим в Україні, признав також необхідним більш чітко оформити існування рабмедів в загальній структурі органів охорони здоров'я. Відповідні матеріали після погодження із профспілками були передані на розгляд уряду. 3 лютого 1926 р. було видано постанову ВУЦВК та РНК УСРР «Про забезпечення застрахованих та членів їх сімей медичною допомогою»²¹.

В постанові вперше визначалися основні та спеціальні види медичної допомоги, які включали: першочергову допомогу при раптових захворюваннях та нещасних випадках; амбулаторне лікування; лікування у фабрично-заводських медичних пунктах, допомогу при родах; часткове стаціонарне лікування, лікарняну допомогу на дому; лікування в установах для боротьби із соціальними хворобами (туберкульозні та венерологічні диспансери); завершення лікування хворих на курортах, медико-механічних та фізико-терапевтичних пунктах; перебування в установах по охороні материнства і дитинства; обстеження здоров'я робітників, вивчення шкідливих умов праці тощо.

Плани проведення робіт з надання медичної допомоги застрахованим і членам їх сімей розроблялися органами охорони здоров'я спільно із органами соціального страхування та професійними об'єднаннями і затверджувалися відповідними виконавчими комітетами, а у всеукраїнському масштабі – РНК УСРР. Для кваліфікованого обслуговування застрахованих медичною допомогою у складі Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР засновувався відділ робочої медицини, а у складі окружних інспектур охорони здоров'я в промислових округах – бюро робочої медицини²². Постановою ВУЦВК від 13 травня 1926 р. був затверджений список 35 округів, в яких мали бути створені бюро робочої медицини²³. За своєю посадою завідувач відділом робочої медицини входив до складу колегії НКОЗ УСРР, а завідувачі бюро робочої медицини обіймали посади заступників окружних інспекторів охорони здоров'я. При Народному комісаріаті і окружних інспектурах охорони здоров'я засновувалися постійні робочі наради, які скликалися не рідше 1 раз в

тиждень і обговорювали найважливіші питання поточної роботи, здійснювали контроль за видатками фонду медичної допомоги застрахованим та виконанням затверджених планів. До складу наради при НКОЗ УСРР входили: Народний комісар охорони здоров'я, завідувач відділом робочої медицини та по одному представнику від Всеукраїнської ради професійних спілок, Головного управління соціального страхування, відділу охорони праці Народного комісаріату праці, Центрального управління професійної спілки медико-санітарної праці, інших центральних управлінь найкрупніших союзів. Подібним був склад робочих нарад при окружних інспектурах охорони здоров'я. Головоцстрах брав активну участь в усіх засіданнях та нарадах при рабмеді НКОЗ, зокрема при обговоренні бюджету центрального та окружних рабмедів, плану будівництва лікувальних установ. Всі циркуляри та інструкції НКОЗ, що стосувалися надання медичної допомоги застрахованим, як правило виходили за спільним підписом НКОЗ та НКТ²⁴.

Організація медичного страхування та забезпечення застрахованих медичною допомогою відповідно до законодавства покладалася на Народний Комісаріат Охорони Здоров'я УСРР, Народний Комісаріат Охорони Здоров'я АМСРР і округові інспектури охорони здоров'я. Джерелом для забезпечення застрахованих і членів їхніх родин лікарською і лікарсько-профілактичною допомогою виступали фонди медичної допомоги застрахованим і кошти, асигновані на охорону здоров'я з державного та місцевих бюджетів. Розмір грошових сум, відрахованих страховими касами на медичну допомогу складав в середньому 28% усіх страхових доходів. Усі ці кошти зосереджувалися у фонді «Г», який до 1924-25 р. існував як дотаційний, згодом – як основний²⁵.

Розмір страхового фонду медичної допомоги постійно збільшувався. Так, у 1923 р. в УСРР по фонду «Г» поступило 12 млн. крб. страхових внесків, у 1924-25 р. – 18 млн. крб.,²⁶ 1925-26 р. – 24,5 млн. крб.,²⁷ 1926-27 р. – 30,5 млн. крб.²⁸

Подальша динаміка росту витрат на медичну допомогу в УСРР у розрахунку на одного застрахованого виглядала наступним чином: у 1924-25 р. – 18 крб.; 1925-26 р. – 23,5 крб.; 1926-27 р. – 26 крб.; 1927-28 р. – 25 крб.; 1928-29 р. – 25,5 крб.²⁹

Значно зросла частка коштів із державного бюджету у фонд медичної допомоги застрахованим із передачею керівництва соціальним страхуванням профспілкам. Із 798,3 млн. крб. передбачених витрат на соціальне страхування в УСРР у 1934 р. – 219,5 млн. крб. планувалося витратити на медичну допомогу застрахованим. У 1935 р. ця цифра збільшилася до 325 млн крб. (для порівняння у 1931 р. на медичну допомогу витрачалося 84,5 млн. крб.³⁰

Медична допомога застрахованим та їх родинам надавалася безкоштовно в загальних лікарських установах, а також в установах, спеціально призначених для застрахованих. По великих містах, промислових округах і районах, з великою кількістю застрахованих, організовувалася спеціальна мережа лікарських установ, призначена для обслуговування застрахованих. Список міст і округ, де організовувалася окрема мережа лікарських установ для застрахованих, затверджувався Народним комісаріатом охорони здоров'я УСРР, за погодженням із Всеукраїнською радою професійних спілок і народним комісаріатом праці УСРР, а в АМСРР – Народним комісаріатом охорони здоров'я АМСРР, за згодою із Молдавською крайовою радою професійних спілок і Народним комісаріатом праці АМСРР³¹.

Про ріст мережі лікарських установ, що утримувалися коштами соцстраху свідчать такі показники. У період з 1931 по 1934 рр. кількість медпунктів першої допомоги зросла від 1 327 до 2 220; медсанцехів з 27 до 60; амбулаторіїв з 312 до 353; поліклінік з 185 до 301; ліжок в лікарнях з 13 884 до 21 696. В територіальному плані найкращі показники виявилися у промисловому районі Донбасу. В 1934 р. тут функціонувало 70 поліклінік, 467 амбулаторіїв, 692 медичних пункти першої допомоги, 20 медсанцехів, 27 тубдиспансерів, 15 665 ліжок у лікарнях. Застрахованих у вказаний

період обслуговували 2518 лікарів та 7182 осіб середнього медичного персоналу³².

Відповідно до законодавства, правом на безплатну медичну допомогу за кошти фонду медичної допомоги застрахованим мали право користуватися такі категорії застрахованих: особи, що працювали в наймах (робітники й службовці) та члени їх родин; безробітні: які отримували допомогу в порядку соціального страхування; що мали право отримувати допомогу, але не отримували її через закінчення терміну її отримання; які працювали у колективах, організованих комітетами бірж праці й які були в їхньому віданні, а також на громадських роботах, організованих біржами праці; члени родин безробітних; інваліди праці й родини померлих або безвісно відсутніх застрахованих і інвалідів праці, що отримували пенсію порядком соціального страхування або ж особи, що отримували персональні пенсії за постановою ВУЦВК від 2 травня 1923 р. „Про персональні пенсії і допомоги особам, що мають виключні заслуги перед республікою,“; особи, що отримували пенсію за постановою ВУЦВК та РНК від 11 листопада 1925 р. „Про пенсійне забезпечення викладачів вищих шкіл і робітничих факультетів, а також наукових робітників“; інваліди праці, яким припинено виплату пенсії на підставі того: що вони працювали у торгівлі й особистих промислах, вільних від оподаткування державним промисловим податком; якщо вони були у складі інвалідних кооперативних об'єднань, або через їхню майнову забезпеченість; члени родин інвалідів; учні – члени професійних спілок і члени їхніх родин. При цьому інваліди мали право на безкоштовну медичну допомогу до втрати права на пенсію³³.

Особливістю радянського соціального страхування 20 – 30-х рр., у тому числі медичного, було здійснення його із врахуванням колишніх «собезівських» принципів. Тобто радянська влада надавала право користуватися послугами з надання медичної допомоги, поряд із застрахованими, тим категоріям населення, які становили її соціальну опору.

Так, за постановою РНК УСРР від 15 вересня 1927 р., правом на отримання амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги в порядку соціального страхування користувалися: особи командного складу, звільнені з лав Червоної армії; представники військових категорій громадянської війни, керівники радянсько-партійного апарату та особи, що мали «заслуги місцевого значення». Право на безкоштовну медичну допомогу за рахунок фонду медичної допомоги застрахованим мали також особи, що були на повному утриманні вищезазначених осіб: батьки; діти, брати й сестри віком до 16 років, а якщо вони навчалися — до 18 років, а також непрацездатні діти, що втратили до 16 років працездатність, незалежно від віку; дружина; діти-приймаки віком до 16 років. З числа членів родин учнів право на безкоштовну медичну допомогу мали тільки дружина й діти. В окремих виключних випадках, за постановою окружної інспектури охорони здоров'я й окружної страхової каси, право на безплатну медичну допомогу коштом фонду медичної допомоги застрахованим могло бути надане й іншим членам родин, якщо ці члени родин були на їх утриманні³⁴.

Більшовики, в цілому, негативно ставилися до ідеї соціального захисту селянства. Аргументація була проста: селянин, що має власне господарство, в меншій мірі вразливий до соціальних ризиків. Влада пропонувала підтримувати найбільш пролетаризовані верстви села за рахунок створених комітетів взаємодопомоги, побудованих на принципах самофінансування. Забезпечення медичною допомогою теж здійснювалося за залишковим принципом. Лише в період суцільної колективізації виняток був зроблений для членів колгоспів та їх сімей. В постанові РНК СРСР від 31 січня 1930 р. «Про порядок обслуговування сільського населення медичною допомогою» зазначалося про необхідність позачергового медичного обслуговування даних категорій за «активну участь у справі перебудови сільського господарства на соціалістичних засадах»³⁵. За законодавством таким правом могли також користуватися особи, «що зазнали інвалідності чи хвороби, внаслідок куркульського насилля»³⁶. При зверненні таких осіб до лікувальних установ їх пропонувалося обслуговувати нарівні з

робітниками міст.

Право на отримання безплатної медичної допомоги за кошти фонду медичної допомоги застрахованим надавалося Народним комісаріатом охорони здоров'я спільно з Народним комісаріатом праці за погодженням із Всеукраїнською радою професійних спілок. Підтвердженням права слугувала медична книжка, яку видавали органи охорони здоров'я: застрахованим, що працювали, на підставі розрахункових книжок та інших рівнозначних документів; безробітним – на підставі книжок для одержання допомоги з причини безробіття або на підставі реєстраційних карток бірж праці; інвалідам праці – на підставі документів, що підтверджували одержання пенсії порядком соціального страхування, а особам, що одержували персональну пенсію, – на підставі документів, що підтверджували її одержання. Усі підтверджуючі документи вважалися дійсними за наявності позначки про виплату заробітної платні, про сплату членських внесків, зробленої не пізніше, як за два місяці до подачі документів в установу. Кожен застрахований, що мав утриманців, на підтвердження цього подавав відповідні посвідчення домоуправління або району міліції чи сільради.

Законодавець визначав чіткий порядок надання медичної допомоги. Вказувалося, що прийом працюючих застрахованих в поліклініках і амбулаторіях проводиться в неробочий час. Цьому мав бути підпорядкований порядок роботи медичного персоналу. В робочий час медична допомога могла надаватися: членам родин застрахованих; безробітним; інвалідам; застрахованим, що перебувають у відпустці або звільнені від роботи через хворобу; робітникам підприємств і установ, що працюють у декілька змін; робітникам, що змушені їздити з місця роботи додому залізницею; хворим, що потребують негайної допомоги, коли їх посилає на прийом медпункт, а де такого немає – завком³⁷. У стаціонарні лікарські установи хворих направляли виключно органи охорони здоров'я (окружна інспектура охорони здоров'я, поліклініка, амбулаторія), лікарсько-контрольні комісії і, в окремих випадках, також і лікарі.

Лікарсько-контрольні комісії знаходилися в підпорядкуванні органів охорони здоров'я (рабмедів). У великих містах діяли декілька комісій. Райони переважно обслуговувалися роз'їзними ВКК. На 1925-26 р. у 33 округах України працювало всього 240 таких комісій. Головами ВКК 16 округів були представники профспілок, в інших округах та районах – представники страхових кас. Робота комісій проходила, як правило, у позаробочий час. У місцевостях з великою кількістю застрахованих засідання комісій відбувалися щоденно, в інших – 2 рази на тиждень. В середньому по Україні на кожному засіданні розглядалися справи 30-35 осіб³⁸.

Робота комісій, головним чином, полягала в тому, що вони надавали тривалі відпустки по тимчасовій непрацездатності. Для контролю за правильним наданням відпусток з жовтня 1925 р. при ВКК був запроваджений інститут лікарів-контролерів на дому. На кожні 10 тисяч застрахованих, що обслуговувалися ВКК припадав один лікар-контролер. При виявленні порушень пропонувалося переглядати склад ВКК. З питань лікарського контролю та експертизи Головним управлінням соцстраху разом із рабмедом було скликано спеціальну Всеукраїнську нараду лікарів, що працювали в органах контролю та експертизи³⁹.

Лікарні не мали права відмовляти в прийомі хворим, що потребували невідкладної допомоги. Не підлягали прийому в стаціонарні лікувальні установи хворі, що потребували тільки амбулаторного лікування, або ж хворі на хронічні захворювання. Вони направлялися в спеціальні лікувальні установи.

Перебуваючи у лікарні, хворий був зобов'язаний підпорядковуватися встановленому порядку. В разі невиконання таких хворих виписували. Осіб, які потребували швидкої невідкладної допомоги, приймали до лікарні негайно, з наступним повідомленням відповідних органів⁴⁰. Згідно із постановою ВУЦВК і РНК УСРР від 15 грудня 1926 р. медичні установи зобов'язані були надавати невідкладну

допомогу, в тому числі при пологах, і надомним працівникам. Робітниці, що не мали своїх квартир за два місяці до пологів, або ж з немовлям, приймалися в будинки „Матері й дитини“, а також в будинки „Матері-пролетарки“ (з майстернями) у першу чергу⁴¹.

В разі звернення застрахованих із скаргами в страхкаси, професійні чи інші організації на діяння адміністрації лікувальних установ, скарги пересилалися в терміновому порядку (не через жалібника) до окружної інспектури охорони здоров'я або в комісію охорони здоров'я при поліклініці. Останні проводили розслідування з участю представників страхкас і профспілок, а про прийняте рішення повідомляли організації, що переслали скаргу⁴².

Окремо законодавець визначав порядок надання спеціальної медичної допомоги. Зазначалося, що відправлення застрахованих хворих в спеціальні лікарські установи, може здійснюватися при наявності належних показань на спеціальне лікування. Душевно і нервово хворі, епілептики, туберкульозні хворі, що їм спеціальне лікування не могло дати реальної допомоги, повинні були лікуватися на місцях в межах республіки й ні в якому разі не направлялися в іншу республіку. Як виняток, направляли при відсутності потрібних спеціальних лікарських установ, кваліфікованих спеціалістів або ж коли спеціальна лікарська установа суміжної союзної республіки знаходилася ближче від місця направлення хворого.

Органи, що направляли хворих, повинні були обов'язково забезпечити їх коштами на переїзд в обидва кінці й на дорожні витрати. Передбачалися також витрати на тимчасове проживання хворих, при неможливості негайного поміщення в лікарські установи або при амбулаторному лікуванні. Про необхідність отримання хворими коштів на всі зазначені потреби зазначалося в супровідних документах. Для запобігання випадкам направлення хворих в момент відсутності потрібних для них вільних ліжок чи тимчасового закриття спеціальних лікарських установ, орган, що направляв хворих, з приводу кожного хворого завчасно повідомляв орган охорони здоров'я. Направляючи хворих на спеціальне лікування, зокрема на рентген та радіолікування, органи, що направляли, обов'язково забезпечували їх детальними історіями хвороби з усіма потрібними обстеженнями⁴³.

Народний комісаріат охорони здоров'я УСРР визначав умови, за яких проводилося лікування хворих на заїкування та алкоголізм: курс лікування встановлювався не менший за три місяці; лікування проводилося безкоштовно амбулаторно, але хворий мусив перебувати в Харкові виключно за свій кошт протягом цього терміну. Якщо хворий погоджувався на ці умови, він або відповідна інспектура охорони здоров'я повинні були узгодити безпосередньо із Психоневрологічним інститутом (Харків, вул. Карла Лібхнета, №4) термін початку лікування, і тільки після одержання позитивної відповіді їхати до Харкова⁴⁴. Порядок постачання протезами й ортопедичними апаратами застрахованих хворих визначався об'їзником НКОЗ УСРР від 24 квітня 1925 р. У ньому зазначалося, що постачання протезами й різними ортопедичними апаратами та їх ремонт здійснювали протезні заводи в Харкові та Києві, які перебували у віданні НКОЗ України та їх відділи – ремонтні майстерні, що їх відкривали у відповідних районах України. Правом на постачання протезами й ортопедичними апаратами коштом держави користувалися інваліди громадянської й імперіалістичної війн, взяті на облік органами соцзабезу, застраховані інваліди праці й ті, що отримували пенсію порядком соціального страхування, члени КНС та їх родини, а також пролетарська молодь, що навчалася. Продукція протезних заводів поміж окремими групами інвалідів розподілялася таким чином: група А) інваліди червоноармійці – 30%; група Б) інваліди імперіалістичної війни – 30%; група В) інваліди праці, робітники й службовці – 30%; група Г) інваліди – незаможні селяни та решта селян – 7%; група Д) інваліди – пролетарські студенти – 3%. Діти до 18 років відносилися до групи, в залежності від соціального стану батьків. До груп „Г“ і „Д“

могли відносити й інвалідів, що не перебували на соціальному забезпеченні, і не були застраховані⁴⁵.

Клопотання осіб, що потребували протезування, про занесення їх до однієї з груп інвалідів і про виготовлення й видачу протезів або ортопедичних апаратів поступали в районні або окружні виконкоми за місцем постійного перебування прохачів з доданням відповідних документів, що засвідчували право на одержання протезу за кошт держави. Одержані заяви з усіма висновками виконкоми направляли: щодо інвалідів громадянської й імперіалістичної війни до окрсобезів; щодо членів КНС і селянства – до окружної КНС; щодо інвалідів праці й тих, що одержували пенсії порядком соціального страхування, – до окрінспектур охорони здоров'я; щодо інвалідів транспорту – в дорожні й водні відділи охорони здоров'я. Медичне освідчення інвалідів і встановлення потреб й характеру протезно-ортопедичної допомоги здійснювали бюро лікарської експертизи окрінспектур охорони здоров'я. Їм надавалося право встановлювати черговість для протезування або постачання ортопедичними апаратами. У своїй роботі бюро було зобов'язано керуватися такими правилами: в першу чергу зараховувалися інваліди – робітники високої кваліфікації і відповідальні робітники, а також інваліди, що позбулися обох ніг чи обох рук; в другу чергу зараховувалися інваліди середньої кваліфікації та інваліди середнього ступеня каліцтва; в третю чергу – решта інвалідів і члени родин інвалідів. На позачергове одержання протезів і ортопедичних апаратів мали право такі категорії інвалідів: хворі, для яких спеціальна ортопедична допомога була потрібна в терміновому порядку в зв'язку з особливими медичними показаннями з постанови бюро лікарської експертизи, а також медкомісії при протезних заводах; інваліди, що працювали біля верстата, якщо відсутність протезу не давали змоги стати до роботи; висококваліфіковані й відповідальні робітники, що мали великі заслуги в революційній, радянській і професійній діяльності, або особливо визначні робітники на ділянці науки, техніки та в інших галузях – на підставі відповідних посвідчень центральних органів Радянської влади й окружних партійних і професійних органів. З посвідченнями від бюро лікарської експертизи інвалідів відповідні органи направляли на протезні заводи⁴⁶.

Отже, підсумовуючи сказане, зазначимо, що в період 20 – 30-х рр. ХХ ст. забезпечення хворих лікарняною допомогою здійснювалося через медичне страхування. У цій сфері на території УСРР діяли як загальносоюзні, так і республіканські нормативні акти. В радянському законодавстві досить детально визначалися основні та спеціальні види медичної допомоги, які охоплювали досить широкий спектр лікарняних послуг. Обслуговування застрахованих здійснювалося як у загальних, так і в спеціальних лікарняних установах у робочий та позаробочий час.

Однак медичне страхування 20-х рр. мало і свою специфіку. Оскільки своїм існуванням радянська держава завдячувала, насамперед, багаточисельній армії, законодавець передбачив право військових на отримання безкоштовної медичної допомоги поряд із застрахованими соціально незахищеними категоріями населення. Серед останніх переважну частку становили робітники, клас, що слугував соціальною опорою радянського режиму.

Окрім того, забезпечення лікарняною допомогою застрахованих знаходилося у віданні двох структур: страхових кас та органів охорони здоров'я. Недостатній вплив страхових органів на процес надання лікарняної допомоги негативно позначався на ефективності та якості такої допомоги. Зачасти, лікарі, не зв'язані із страховими касами та страхуванням, давали можливість скористатися коштами фонду особам, які не потребували такої допомоги, що, в свою чергу, негативно позначалося на бюджеті кас. Лікувально-контрольні комісії і бюро експертизи теж знаходилися у розпорядженні органів охорони здоров'я. Все це ускладнювало роботу страхових кас і було предметом постійних суперечок.

Продовжуючи розвідки у даному напрямку, на наш погляд, слід висвітлити

умови й порядок надання профілактичної медичної допомоги, включаючи розвиток санаторно-курортного будівництва та функціонування мережі будинків відпочинку.

¹ Конституція України. – К., 2006. – Ст. 46.

² Горбунов А. И., Гутерман Б.Н., Усиков А.Я. Действующее законодательство по социальному страхованию СССР и РСФСР. Под ред. проф. Е.Н. Даниловой. – М.: Гострудиздат, 1930. – 774 с.; Гутцайт В. Систематический сборник постановлений и распоряжений по социальному страхованию. – М.: Изд-во НКССО, 1923. – 79 с.; Данилова Е.Н. Действующее законодательство о труде Союза ССР и союзных республик. Сборник в 2-х тт. Т.1. – М.: Издательство НКТ «Вопросы труда», 1929. – 957 с.; Збірка постанов по державному соціальному страхуванню. – К.: Радянська торгівля, 1937. – 30 с.; Інструкція про порядок видачі застрахованим лікарняних листків. – Харків: Ворошиловець, 1937. – 14 с.; Кац Р. и Сорокин Н. Социальное страхование. Сборник законодательных и директивных материалов. Изд. 2-е. – М.: Профиздат, 1936. – 498 с.; Сборник действующего законодательства по социальному страхованию на Украине. Под общей редакцией И.И. Фреймана. – Харьков: «Вопросы труда», 1926. – 499 с.; Сборник постановлений и распоряжений по социальному страхованию. – Харьков, 1923. – 332 с.; Трапезников В. Основы трудового права. Общедоступная систематизация законов о труде. – М.-Л.: Вопросы труда, 1925. – 255 с.; Фрейман И.И. Финансовая система социального страхования. Сводка правил, регулирующих финансовые взаимоотношения органов соцстраха со страхователями – Харьков: Вопросы труда, 1927. – 108 с.; Фрейман И.И. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків: Питання праці, 1929. – 270 с.; Эрдели Б.В. Законодательство о труде в зарубежных странах. Выпуск 3. Социальное страхование. Сравнительный обзор иностранного и советского законодательства. – М.: Вопросы труда, 1927. – 45 с. та ін.

³ Баевский И. Л. Справочник застрахованного. Социальное страхование рабочих, служащих, инвалидов, безработных и членов их семей. – М., 1923. – 174 с.; В помощь страховому работнику. Справочник постановлений и распоряжений по выдаче пособий и пенсий застрахованным и по оказанию лечебной помощи. – М.: Издание дорстрахкассы, 1928. – 107 с.; Громов Н.А. Справочник по социальному страхованию – тарификации предприятий и учреждений, взиманию страховых взносов и выплате пособий и пенсий. – Л.: Издательство Леноблисполкома и Ленсовета, 1934. – 211 с.; Зубков С. А. Справочник для уполномоченных по социальному страхованию (страхуполномоченных и застрахованных). О правилах и порядке выдачи пособий и пенсии и оказания врачебной медицинской помощи застрахованным и их семьям. – Симферополь, 1925. – 100 с.; Кац Р. и Сорокин Н. Справочник по социальному страхованию для фабзавместкомов. Изд. 4-е. – М.: Профиздат, – 1940. – 371 с.; Печников Г. И. Справочник для предприятий и учреждений по выплате пособий и пенсий по социальному страхованию. – Л., 1933. – 116 с.; Справочник по вопросам труда и социального страхования. Составили: Фурман М., Данилевич В. – М.: Вопросы труда, 1939. – 128 с.; Справочник по охране труда и социальному страхованию. Под ред. С. Каплуна. – М.-Л.: Вопросы труда, 1924. – 338 с.; Трефилов И. М. Страховик. Справочник по вопросам социального страхования и медицинской помощи застрахованным. Изд. 2-е. – М.: Вопросы труда, 1927. – 428 с.; Фішман С. Довідна книжка застрахованого. Що повинен знати кожен застрахований робітник та службовець про порядок одержання допомоги, пенсії, меддопомоги? – Черкаси, 1927. – 34 с.

⁴ Баевский И. Л. Практика социального страхования в СССР. – М.: Вопросы труда, 1925. – 208 с.; Вигдорчик Н. А. Социальное страхование в общедоступном изложении. – М.: Вопросы труда, – 1927. – 190 с.; Вигдорчик Н. А. Теория и практика социального страхования. Вып. I. – Теоретические основы социального страхования. – М.-Петроград: Книга, 1919. – 139 с.; Вигдорчик Н. А. Теория и практика социального страхования. Вып. 4. Кассовая медицина. – М.-Петроград: Книга, 1923. – 152 с.; Вишневецкий А. Развитие советского законодательства о социальном страховании. М.: Вопросы страхования, 1923. – 116 с.; Горбунов А.И. Государственное социальное страхование в СССР. – М.: Профиздат, 1938. – 40 с.; Данский Б. Г. Социальное страхование раньше и теперь. Изд. 2-е. – М.: Вопросы труда, 1928. – 251 с.; Забелин Л. В. Социальное страхование в жизни рабочего СССР. – М.: Гострудиздат, 1930. – 90 с.; Забелин Л. Теоретические основы социального страхования. – М.: Вопросы труда, 1926. – 223 с.; Любимов Б. Против извращения основ советского соцстраха. – М.: Профиздат, 1934. – 133 с.; Любимов Б. Социальное страхование в прошлом и настоящем. – Харьков: Главполитпросвет, 1923. – 48 с.; Теттенборн З.Р. Советское социальное страхование. – Л.: Тип им. Гуттенберга, 1926. – 136 с. Чорний Б. Соціально страхування. – Х.: Український робітник, 1927. – 113 с.

⁵ (Материалы по статистике социального страхования на Украине. Под ред. проф. Э.М. Кагана. Вып. I. – Харьков: Издание главного управления социального страхования на Украине, 1927. – 148 с.; Материалы по статистике социального страхования на Украине. Под ред. И.И. Фреймана и проф. Э.М. Кагана. Вып. II. – Харьков: Издательство «Вопросы труда», 1927. – 205 с.; Социальное страхование в 1924-1925 гг. Материалы к страховой компании. – М.: Вопросы труда, 1925. – 118 с.; Социальное страхование на транспорте. Обзор с 1 октября 1922 г. по 1 октября 1923 г.. – М.: Издательство НКТ, 1924. – 67 с.; Социальное страхование на Украине в 1925-1926 гг. – Харьков: Издание народного комисариата труда УССР, 1927. – 123 с.; Соціально страхування на Україні у 1926-1927 рр. (Статистичні та фінансові

матеріали. – Харків, 1928. – 144 с.; Статистические материалы по труду и социальному страхованию за 1925-1926 год. Под ред. Л.Я. Минца и И.Ф. Энгеля. – М.: Вопросы труда, 1927. – 88 с.; Статистические материалы по труду и социальному страхованию за 1926-1927 год. Под ред. Л.Я. Минца и И.Ф. Энгеля. – М.: Вопросы труда, 1927. – 48 с.

⁶ Вигдорчик Н. А. Социальное страхование в общедоступном изложении. – М.: Вопросы труда, 1927. – С. 189.

⁷ Положення про відділення медичної допомоги застрахованим від 20 листопада 1922 р. // Вопросы страхования. – 1923. – №3. – С.12-14.

⁸ Трефилов И. М. Страховик. Справочник по вопросам социального страхования и медицинской помощи застрахованным. Изд. 2-е. – М.: Вопросы труда, 1927. – С. 233.

⁹ Положення про порядок організації медичної допомоги застрахованим від 4 березня 1924 р. // Вопросы страхования. – 1924. – №9. – С.7.

¹⁰ СУ РСФСР. – 1917. – №3. – Ст.34.

¹¹ Родионова Е. И. История социального страхования в СССР. Под ред. Н.А. Виноградова. Вып. 1. – М.: Профиздат, 1966. – С.21.

¹² Вигдорчик Н. А. Социальное страхование в общедоступном изложении. – М.: Вопросы труда, – 1927. – С.124.

¹³ Всесоюзная коммунистическая партия (большевиков) о социальном страховании. Сборник документов. Подготовили к изданию А. Таубер и И. Ахматовский. – М.: Профиздат, 1940. – С.32.

¹⁴ Положение о социальном обеспечении трудящихся. Утверждено Совнаркомом 31 октября 1918 г. – Одеса: Издание Одеського Губтрудсобеза, 1920. – 48 с.

¹⁵ Всесоюзная коммунистическая партия (большевиков) о социальном страховании. Сборник документов. Подготовили к изданию А. Таубер и И. Ахматовский. – М.: Профиздат, 1940. – С.32.

¹⁶ ЗУ УСРР. – 1922. – №4. – Ст.59.

¹⁷ ЗУ УСРР. – 1922. – №6. – Ст. 95.

¹⁸ ЗУ УСРР. – 1923. – №4. – Ст.53.

¹⁹ Данский Б. Г. Социальное страхование раньше и теперь. Изд. 2-е. – М.: Вопросы труда, 1928. – С. 102.

²⁰ Родионова Е. И. История социального страхования в СССР. Под ред. Н.А. Виноградова. Вып. 1. – М.: Профиздат, 1966. – С.25.

²¹ Социальное страхование на Украине в 1925-1926 гг. – Харьков: Изд. НКТ УССР, 1927. – С.14.

²² ЗУ УСРР – 1926. – №7-8. – Ст.71.

²³ Вісти. – 1926. – 27 травня.

²⁴ Сборник действующего законодательства по социальному страхованию на Украине. Под общ. ред. И.И. Фреймана. – Харьков, 1926. – С. 195.

²⁵ Милотин Б. Три года советского социального страхования. – М.: Вопросы труда, 1926. – С. 48.

²⁶ Социальное страхование в 1924-1925 гг. Материалы к страховой компании. – М.: Вопросы труда, 1925. – С. 91.

²⁷ Социальное страхование на Украине в 1925-1926 гг. – Харьков: Изд. НКТ УССР, 1927. – С.108.

²⁸ Соціальне страхування на Україні у 1926-1927 рр. (Статистичні та фінансові матеріали. – Харків, 1928. – С.130.

²⁹ Забелин Л. В. Социальное страхование в жизни рабочего СССР. – М.: Гострудиздат, 1930. – С. 71.

³⁰ Борисов Й. Що дає соцстрах робітників. – Харків: Український робітник, 1935. – С.25.

³¹ Постанова ВУЦВК і РНК УСРР від 21 вересня 1927 р. //ЗУ УСРР. – 1927. – № 46. – Арт. 210.

³² Борисов Й. Що дає соцстрах робітників. – Харків: Український робітник, 1935. – С.26.

³³ Постанова РНК УСРР від 15 квітня 1927 р. // ЗУ УСРР. – 1927. – № 13. – Ст. 177.

³⁴ Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929. – С. 111.

³⁵ Горбунов А. И., Гутерман Б.Н., Усиков А.Я. Действующее законодательство по социальному страхованию СССР и РСФСР. Под ред. проф. Е.Н. Даниловой. – М.: Гострудиздат, 1930. – С. 372.

³⁶ Постанова ЦИК та РНК СССР від 16 листопада 1929 р. // СЗ СССР. – 1929. – №71. – Ст.673.

³⁷ Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929. – С. 112-113.

³⁸ Социальное страхование на Украине в 1925-1926 гг. – Харьков: Изд. НКТ УССР, 1927. – С.17.

³⁹ Данский Б. Г. Социальное страхование раньше и теперь. Изд. 2-е. – М.: Вопросы труда, 1928. – С. 120.

⁴⁰ Бюлетень НКОЗ УСРР. – 1921. – № 2.

⁴¹ ЗУ УСРР – 1926. – №80. – Арт. 488.

⁴² Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929. – С. 113.

⁴³ Трефилов И.М. Страховик. Справочник по вопросам социального страхования и медицинской помощи застрахованным. – М., 1927. – С.218.

⁴⁴ Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929. – С. 115.

⁴⁵ Сборник действующего законодательства по социальному страхованию на Украине. Под общ. ред. И.И. Фреймана. – Харьков, 1926. – С. 210.

⁴⁶ Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929. – С. 117.