

Зараджэнне і развіццё страхавой медыцыны ў Беларусі (XIX – першая палова XX стагоддзя)

УДК 368:61(476) «18/19»



Аляксей КАПЛЕЎ,
кандыдат гістарычных
навук

Аляксей КАПЛЕЎ. Зараджэнне і развіццё страхавой медыцыны ў Беларусі (XIX – першая палова XX стагоддзя). У артыкуле разглядаецца, як адбываўся працэс развіцця сістэмы страхавой медыцыны на беларускіх землях падчас іх уваходжання ў склад Расійскай імперыі, а таксама на працягу міжваеннага перыяду ў межах як Савецкай, так і Заходняй Беларусі. Паказаны перадумовы з’яўлення, станаўленне і адметныя асаблівасці функцыянавання страхавой медыцыны ў межах пабудовы адзінай савецкай сістэмы аховы здароўя ў БССР і дэцэнтралізаванай мадэлі аховы здароўя міжваеннай Польшчы.

Ключавыя словы: бальнічная каса, застрахованы, страхавая медыцына, ахова здароўя, медыцына.

Aliaksiej KAPLIYEŬ. Rise and development of insurance medicine in Belarus (the 19th - first half of the 20th century). The article examines the evolution of insurance medicine in Belarus in the times of the Russian Empire and in BSSR and Western Belarus during the interwar period. The article looks into the prerequisites for the emergence and development of insurance medicine and its distinctive features as part of the centralized public healthcare system in the BSSR and the decentralized public healthcare system in interwar Poland.

Keywords: health fund, insured person, insurance medicine, healthcare, medicine.

Добраахвотныя таварыствы ўзаемадапамогі

У сучаснай інфармацыйнай прасторы перыядычна згадваецца ідэя пашырэння ў Беларусі страхавой медыцыны як перспектыўнага шляху развіцця айчынай аховы здароўя. Між тым Беларусь ужо мае багаты гістарычны вопыт дзеяння страхавога сектара медыцыны. Артыкул раскрывае перадумовы з’яўлення страхавой медыцыны падчас знаходжання Беларусі ў складзе Расійскай імперыі, а таксама яе развіццё на працягу міжваеннага перыяду як у БССР, так і на тэрыторыі Заходняй Беларусі, што ўваходзіла ў склад Польшчы.

[ПРА АЎТАРА]

КАПЛЕЎ Аляксей Аляксандравіч.

Нарадзіўся ў 1991 годзе ў Мінску. Скончыў гістарычны факультэт Гомельскага дзяржаўнага ўніверсітэта імя Францыска Скарыны (2014), магістратуру гэтай ВУ (2015), аспірантуру Інстытута гісторыі НАН Беларусі (2018).

У 2014–2015 гадах працаваў малодшым навуковым супрацоўнікам, у 2014–2015 гадах – старшым захавальнікам фондаў музея Гомельскага палацава-паркавага ансамбля. У 2017–2018 гадах – вядучы навуковы супрацоўнік Дзяржаўнага архіва Мінскай вобласці. 3 2018 года – навуковы, з 2019-га – стар-

шы навуковы супрацоўнік аддзела навейшай гісторыі Беларусі Інстытута гісторыі НАН Беларусі.

Кандыдат гістарычных навук (2018).

Аўтар больш як 100 навуковых публікацый, у тым ліку дзвюх манаграфій.

Сфера навуковых інтарэсаў: гісторыя Беларусі міжваеннага перыяду, гісторыя медыцыны і аховы здароўя, медыка-санітарнае забеспячэнне насельніцтва і супрацьэпідэмічныя мерапрыемствы падчас ваенных канфліктаў першай чвэрці XX стагоддзя.

Перыяд канца XVIII – XIX стагоддзя звязаны з інтэнсіфікацыяй прамысловай вытворчасці, якая ў сваю чаргу ўплывала на ўмовы працы рабочых – яны станавіліся больш складанымі, адзначаўся рост траўматызму і захворванняў. Аднак нізкія заробкі і верагоднасць страты месца праз хваробы перашкаджалі працоўным карыстацца паслугамі кваліфікаваных лекараў. Таму людзі былі зацікаўлены ў гарантаванай медыцынскай дапамозе ў выпадку траўмы ці хваробы. Усе гэтыя тэндэнцыі прывялі да ўзнікнення добраахвотных таварыстваў узаемадапамогі працоўных, якія збіралі з усіх удзельнікаў пэўныя ўнёскі, якія ішлі на аплату іх лячэння ці на дапамогу сям’і ў выпадку смерці. Прыкладам такога тыпу аб’яднанняў можна лічыць яўрэйскія хеўры (ад яўр. «брацтва») – вядомыя з XVII стагоддзя таварыствы ўзаемадапамогі рамеснікаў, што дзейнічалі ў большасці буйных беларускіх гарадоў і аб’ядноўвалі рамеснікаў адной спецыяльнасці. Абавязковыя зборы з членаў хеўры ішлі на розныя патрэбы аб’яднання і ў значнай ступені менавіта на медыцынскую дапамогу ў выпадку хваробы. Напрыклад, у другой палове XIX стагоддзя з агульных збораў магілёўскай хеўры краўцоў 40 % ішло менавіта на выплаты трохрублёвых субсідый на лячэнне ў выпадку, калі хворы рамеснік не мог аплаціць лячэнне самастойна. Намаганнямі хеўры арганізоўваліся таксама начныя дзяжурствы пры хворых [1, с. 4].

У далейшым прынцып узаемнай дапамогі лёг у аснову канцэпцыі «бальнічнай касы» (ад ням. *Krankenkasse*), якая аб’ядноўвала працоўных аднаго ці шэрагу прадпрыемстваў. Бальнічныя касы ў выпадку хваробы ці страты працаздольнасці выплачвалі неабходныя для лячэння працоўных сродкі з уласнага фонду, што складаўся з рэгулярных унёскаў саміх працоўных ды іх наймальнікаў. З пашырэннем колькасці бальнічных кас у Еўропе ўкаранілася ідэя ўсеагульнага страхавання працоўных, яна атрымала назву «мадэль Бісмарка» (ад прозвішча яе творцы канцлера Германіі Ота фон Бісмарка). Абавязковае медыцынскае страхаванне працоўных у апошняй чвэрці XIX стагоддзя распаўсюдзілася на тэрыторыі Германіі і Аўстра-Венгрыі і такім чынам наблізілася да межаў Расійскай імперыі.

Аднак на працягу XIX стагоддзя Расійская імперыя заставалася пераважна аграрнай дзяржавай з не такой вялікай колькасцю прадпрыемстваў, як у Еўропе. У Расійскай імперыі ў гэты перыяд павольнымі тэмпамі развівалася фабрычная медыцына. Так, згодна з часовым палажэннем Камітэта міністраў ад 26 жніўня 1866 года, уласнікі заводаў павінны былі ўтрымоўваць шпіталі для сваіх працоўных у разліку 1 ложка на 100 чалавек. Але развіццё фабрычнай медыцыны ішло досыць марудна і па максімальных падліках ахоплівала не болей за 1/3 прамысловых прадпрыемстваў [2, с. 10–11].



Бальніца Добрушскай папяровай фабрыкі. Пачатак XX стагоддзя

Крыніца: Беларускі дзяржаўны архіў кінафотафонадакументаў, № 0-097283.

«Мадэль Бісмарка» і першыя бальнічныя касы ў Беларусі

З рэалізацыяй у Расійскай імперыі праграмы «Вялікіх рэформаў» у другой палове XIX стагоддзя імкліва ўзрос яе прамысловы патэнцыял: колькасць працоўных у Расіі ў 1897 годзе склала некалькі мільёнаў чалавек. Між тым умовы працы рабочых значна пагаршаліся. Паводле статыстыкі, якая прыводзілася ў дакладах удзельнікаў дарэвалюцыйных беларускіх лекарскіх з'ездаў, фабрычныя працоўныя звярталіся па медыцынскаю дапамогу ў 5 разоў часцей як сельскае насельніцтва і ў 3,5 раза часцей за астатнія катэгорыі гарадскога насельніцтва [3, с. 468–469].

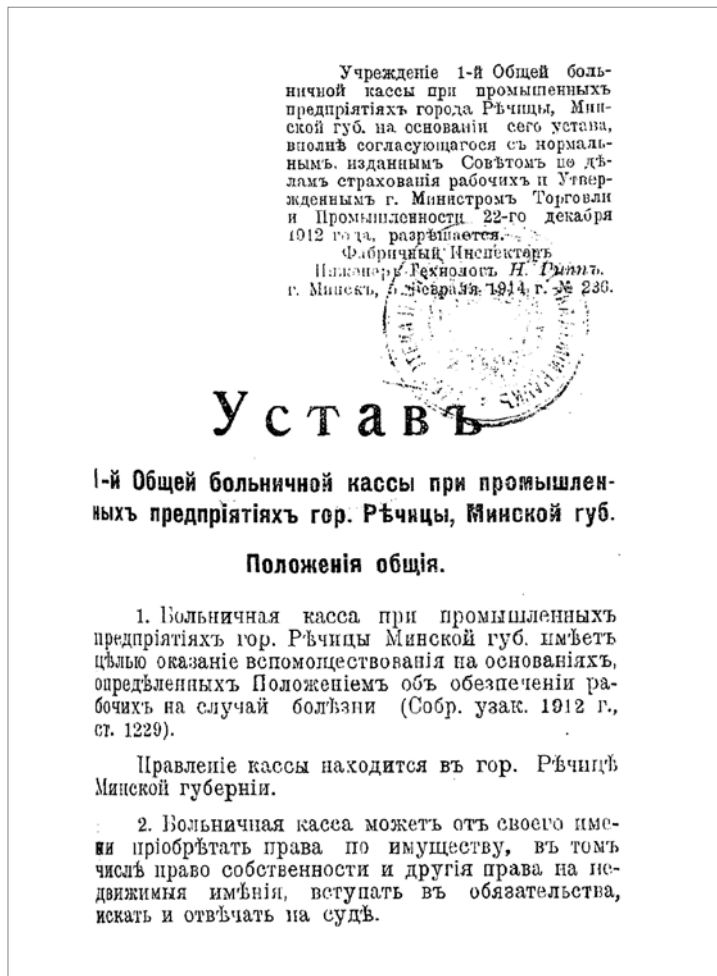
Нягледзячы на гэта, да пачатку XX стагоддзя элементы страхавой медыцыны ўводзіліся толькі ў асобных галінах прамысловасці, пераважна здабываючай і горнай, што былі мала распаўсюджаны на тэрыторыі Беларусі. Аднак рэвалюцыйная сітуацыя і рост працоўнага руху прымусілі рэалізаваць у Расійскай імперыі абавязковую страхавую медыцыну. За ўзор узялі нямецкую мадэль Бісмарка. Згодна з законам «Аб страхаванні на выпадак хваробы» ад 23 чэрвеня 1912 года, ад уладальнікаў прадпрыемстваў патрабавалася забяспечыць сваіх працоўных належнай медыцынскай дапамогай, таксама прадугледжвалася стварэнне на ўсіх прадпрыемствах з колькасцю супрацоўнікаў болей як 20 чалавек бальнічных кас, куды ўносілі сродкі як працоўныя (1–3% ад заробку ў залежнасці ад памераў прадпрыемства), так і наймальнікі (даплачвалі 2/3 унёску працоўнага). Кіраванне справамі касы ажыццяўляла праўленне, што абіралася на агульным сходзе членаў касы. Сабраныя грошы дазвалялі рэалізаваць два галоўныя механізмы забеспячэння працоўных у выпадку захворвання: права на грашовыя выдаткі і права на атрыманне бясплатнай медыцынскай дапамогі падчас хваробы [4, с. 855–867].

Новая галіна медыцыны развівалася даволі імкліва: у пачатку 1913 года з'явіліся першыя бальнічныя касы ў Мінску і Віцебску, а ўжо ў канцы года толькі на тэрыторыі Мінскай губерні дзейнічалі 16 бальнічных кас. Страхавыя таварыствы ўтварыліся таксама ў Гомелі, Віцебску, Мазыры і іншых гарадах. У выніку на 1 мая 1914 года на тэрыторыі Беларусі функцыянавала 92 бальнічныя касы, у якіх удзельнічаў 37 801 чалавек, ці звыш 2/3 працоўных Беларусі [5, с. 28].

Аднак у цэлым дарэвалюцыйная страхавая медыцына ахапіла не больш як 0,5% насельніцтва Беларусі і ўвогуле не закранала вясковую мясцовасць. Падчас Першай

Копія статута агульнагарадской бальнічнай касы г. Рэчыцы

Крыніца: Расійская дзяржаўная бібліятэка.



сусветнай вайны праз мабілізацыю і разбурэнні колькасць застрахованых знізілася яшчэ больш. Паводле справаздачы бальнічнай касы Мінска і павета, на 1 студзеня 1916 года ў яе складзе заставалася толькі 1047 працоўных [6, с. 3].

Нават пасля заканчэння актыўных баявых дзеянняў страхавыя ўстановы не заўсёды былі здольныя да аднаўлення. Так, рэзалюцыя Першай губернскай канферэнцыі прадстаўнікоў прафсаюзаў Магілёўскай губерні ў ліпені 1918 года абвясціла: «...прымаючы да ўвагі нязначную колькасць працоўных... вырашана бальнічных кас не адкрываць» [7, с. 4].

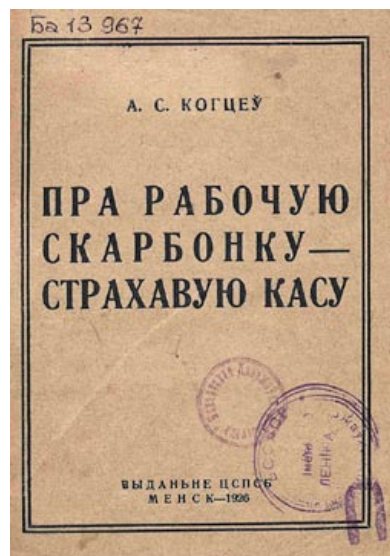
Пасля Кастрычніцкай рэвалюцыі бальшавікі разглядалі бальнічныя касы як сродак падтрымання салідарнасці працоўных, а таму развівалі страхавую медыцыну. Адным з першых захадаў савецкай улады стала канцэнтрацыя пад кантролем бальнічных кас лячэбных устаноў, якія знаходзіліся ва ўласнасці прамысловых прадпрыемстваў, што было рэалізавана дэкрэтам Савета народных камісараў «Аб бясплатнай перадачы бальнічным касам усіх лячэбных устаноў» ад 14 лістапада 1917 года.

Але ўжо ў 1918 годзе канцэпцыя развіцця медыцыны змянілася. Бальшавікамі быў створаны Народны камісарыят аховы здароўя (НКАЗ). На падмурку прынцыпаў агульнадаступнасці і бясплатнасці медыцынскай дапамогі пачала фарміравацца адзіная савецкая сістэма аховы здароўя, якая не прадугледжвала існавання асобных адгалінаванняў у выглядзе страхавой медыцыны. Бальнічныя касы ліквідавалі паводле «Палажэння аб сацыяльным забеспячэнні працоўных» ад 31 кастрычніка 1918 года. З пачаткам грамадзянскай вайны і інфляцыі аб'яцэнваліся ўнёскі працоўных у касы, сістэма падтрымкі страхавых кас фактычна сябе не апраўдала. Усе іх лячэбныя ўстановы і маёмасць з пачатку 1919 года перайшлі пад прамое кіраванне НКАЗ і медыка-санітарных аддзелаў мясцовых саветаў [8, с. 4].

Вяртанне да страхавых кас

У пачатку 1920-х гадоў з ажыццяўленнем Новай эканамічнай палітыкі (НЭП) савецкая ахова здароўя адчула ўплывы рынкавых механізмаў у эканоміцы, калі фінансаванне медыцыны было пераведзена з дзяржаўнага бюджэту на сродкі мясцовых адміністрацыйных улад, якія не маглі падтрымліваць у належным стане лячэбную сетку і прадвызначылі яе значныя скарачэнні. Спробы пашырэння фінансавання прывялі да ідэі аднаўлення дзейнасці страхавога сектара, але ў межах адзінай савецкай медыцыны. І ўжо 15 лістапада 1921 года выйшаў Дэкрэт аб сацыяльным страхаванні асоб, што занятыя наёмнай працай, згодна з якім усе фабрыкі і заводы мусілі ўносіць за сваіх работнікаў страхавыя выплаты. Памер унёскаў на медыцынскую дапамогу залежаў ад шкоднасці прадпрыемства паводле чатырох разрадаў і вагаўся ад 5,5 да 7 % ад заробку працоўнага. Для збору страхавых адлічэнняў ствараліся тэрытарыяльныя страхавыя касы (губернскія, акруговыя, павятовыя), членамі якіх аўтаматычна становіліся ўсе працоўныя і служачыя без выключэння, бо страхаванне з'яўлялася абавязковым [2, с. 159].

Страхованне прадугледжвала як аказанне медыцынскай дапамогі застрахованаму і членам яго сям'і, так і грашовыя выплаты пры страце



Брашуры з інфармацыяй пра страхавыя касы. 1926 год
Крыніца: Нацыянальная бібліятэка Беларусі.

Табліца 1. Фінансаванне аховы здароўя ў БССР у 1926–1927 гады, у рублях

Крыніца: Барсукоў, М.І. На шляху аздараўлення працы і быту рабочых і сялян Савецкай Беларусі / М.І. Барсукоў // Беларуская медычная думка. – 1929. – № 1. – С. 16.

Сродкі	1926 г.	1927 г.
Дзяржаўны бюджэт	1 884 800	2 102 700
Мясцовы бюджэт	5 064 300	5 421 800
Страховы фонд «Г»	3 607 850	3 523 000
Спецыяльныя сродкі	62 500	163 000
УСЯГО	10 619 450	11 210 500

працаздольнасці. Для выканання гэтых функцый ствараліся фонды сацыяльнага страхавання, якія складаліся з 10 % ад усіх страхавых унёскаў, а таксама пені і штрафаў: з наймальнікаў – за невыкананне імі страхавых законаў, з работнікаў – за прагулы і парушэнні. Былі створаны чатыры фонды:

- «А» – на страхаванне па часовай страце працаздольнасці;
- «Б» – па інваліднасці, удаўству і сіроцтве;
- «В» – па беспрацоўі;
- «Г» – на лячэбную дапамогу застрахованым [2, с. 160].

Страховыя касы дзейнічалі ў межах адзінай савецкай медыцыны, не стваралі ўласных медыцынскіх устаноў і не наймалі лекараў. Пералічаныя сродкі ішлі на карысць медыцынскіх устаноў, што абслугоўвалі застрахованых. Да другой паловы 1920-х гадоў страхавыя сродкі фонду «Г» складалі каля 1/3 фінансавання аховы здароўя БССР (табл. 1).

Згаданыя з’явы праходзілі паралельна са зменамі ідэалагічнага ўхілу ў ахове здароўя. Значнае падзенне фінансавання ў пачатку НЭП прадвызначыла немагчымасць раўназначнага абслугоўвання ўсяго насельніцтва і абумовіла адыход ад канцэпцыі агульнадаступнасці медыцыны, а ўліванні з боку страхавога сектара ў сваю чаргу падштурхнулі рэалізацыю «класавага падыходу», у межах якога пераважнае значэнне атрымоўвала аказанне медыцынскай дапамогі застрахованым, што курыравалі асобныя аддзелы рабочай медыцыны ў складзе цэнтральных і мясцовых распарадчых органаў аховы здароўя [9, с. 54]. Так, з 1922 года ў Віцебску, Гомелі і Мінску працавалі амбулаторыі, якія абслугоўвалі выключна застрахованых, з 1923 года такія ўстановы адкрыліся ў Бабруйску, Барысаве, Мазыры і Слуцку. Для патрэб застрахованых у Мінску пры губернскай бальніцы было адкрыта аддзяленне на 40 ложкаў па хірургічных, гінекалагічных і вушных хваробах, вылучаны асобны радзільны прытулак. Пры амбулаторыях працавалі кансультацыі і «медыцынская дапамога на даму», якая абслугоўвала пераважна застрахованых. У іншых лячэбных установах застрахованыя карысталіся правам першачарговага абслугоўвання. У паведах асобныя медыцынскія ўстановы для застрахованых пераважна адсутнічалі, аднак для іх вылучалі лекараў у агульных бальніцах і амбулаторыях. А медыкі, што абслугоўвалі застрахованых, атрымоўвалі грашовы дадатак да зарплаты ў 10 % са страхавога фонду «Г» [10, арк. 1].

Развіццё пераважна «рабочай медыцыны» дало свае вынікі: у 1927 годзе на аднаго застрахованага ў сярэднім даводзілася 16 амбулаторных наведванняў, 4,4 візіту лекара на дом, а таксама 3,7 ложка-дня ў бальніцах [11, с. 14]. Наркам аховы здароўя БССР М. Барсукоў канстатаваў: «...мы выканалі ў большай сваёй частцы перад рабочымі класамі тыя абавязкі, што мы яму далі ў 1917 г.» [11, с. 17].

Разам з тым, напрыканцы 1920-х гадоў у страхавым сектары аховы здароўя БССР існаваў цэлы спектр нявырашаных праблем. Так, датацыі з фонду «Г» вылучаліся толькі для медыцынскіх устаноў, дзе лік застрахованых складаў не менш за 40 % ад агульнай колькасці пацыентаў, аднак гэты паказчык рэдка дасягаўся ў паведах. З другога боку, ва ўмовах цяжкасці размежавання фінансавых патокаў, медыцынскія ўстановы часта абвінавачвалі ў немэтазгодным ужыванні страхавых сродкаў на патрэбы ўсіх хворых, а не толькі



**Прыём лекарамі-спецыялістамі.
Мазыр, 1920-я гады**

Крыніца: Нацыянальны гістарычны музей
Рэспублікі Беларусь, НВ 4199.

застрахованых. У такіх умовах функцыянаванне страхавога сектара медыцыны становілася надзвычай цяжкім [12, арк. 9–11].

Да канца 1920-х гадоў медыцына БССР здолела аднавіць страчаныя падчас увядзення НЭП пазіцыі. З ростам лячэбнай сеткі адпала патрэба ў існаванні страхавой медыцыны, што ўводзілася толькі як часова мера для падтрымання фінансавага стану аховы здароўя ва ўмовах скарачэнняў. Акрамя таго, згорванне страхавой медыцыны было прадвызначана адносна невялікай доляй застрахованых у структуры насельніцтва БССР: на 1 мая 1927 года іх налічвалася толькі 153 389 чалавек. У выніку Пастановай СНК БССР 27 красавіка 1927 года аддзелы працоўнай медыцыны ліквідавалі, а ўсе функцыі па забеспячэнні медыцынскай дапамогай застрахованых былі канчаткова перададзены органам аховы здароўя. Далейшае аказанне медыцынскай дапамогі застрахованым развівалася толькі ў рэчышчы адзінай савецкай медыцыны. Але пэўныя элементы страхавання захоўваліся да 1934 года, калі медыцынскае абслугоўванне пачало забяспечвацца выключна за дзяржаўны кошт [13, с. 242–243].

Касы хворых у Заходняй Беларусі

На тэрыторыі той часткі нашай краіны, якая з 1921 года па выніках Рыжскай мірнай дамовы ўвайшла ў склад Польшчы, мадэль пабудовы медыцыны кардынальна адрознівалася ад адзінай савецкай сістэмы ў БССР. У Заходняй Беларусі сістэма аховы здароўя падзялялася на шэраг сектараў: дзяржаўны, камунальны, грамадскі, прыватны і страхавы. Аднак у 1923 годзе ў Польшчы было ліквідавана Міністэрства аховы здароўя, і на пярэдні план выйшлі недзяржаўныя сектары медыцынскага абслугоўвання, сярод якіх значную ролю адыгрывала менавіта страхавая медыцына.

Афармленне страхавой медыцыны ў Польшчы звязана з прыняццем 19 мая 1920 года закона «Аб абавязковым страхаванні на выпадак хваробы». Усе асобы, якія займаліся наёмнай працай, а таксама члены іх сямей уключаліся ў касы хворых (kasa), што мусілі быць утвораныя ў кожным павеце, а таксама горадзе з насельніцтвам звыш 50 тыс. чалавек. Унёскі ў страхавы фонд былі размеркаваны на 12 разрадаў у

залежнасці ад заробкаў працаўніка і складалі ад 50 да 500 польскіх марак. Варта адзначыць, што метады, якія прымяняліся да тых, хто нерэгулярна рабіў унёскі, былі даволі жорсткія: для аплаты паслуг кас хворых дазваляўся распродаж маёмасці даўжнікоў, чым карысталіся страхавальнікі ў Заходняй Беларусі. Наўзамен касы забяспечвалі медыцынскую дапамогу ў выпадку захворвання застрахаванага ці членаў яго сям’і, выдавалі грашовую субсідыю хворым і цяжарным, аплачвалі пахавальныя паслугі ў выпадку смерці працоўнага [14, с. 4].

Касы хворых фактычна не з’яўляліся часткай дзяржаўнай сістэмы і былі набліжаны да фармату мясцовага самакіравання: упраўленне ажыццяўлялася Радамі. Абраныя члены Рады прызначалі непасрэднае кіраўніцтва касы: упраўленне, рэвізійную і міравую камісіі. Выканаўчая структура тыповай касы хворых уключала адміністрацыйны, лекарскі і фінансавы аддзелы. Непасрэдная медыцынская дапамога аказвалася ў лячэбных установах, што ўтрымоўваліся касамі, ці, у выпадку немагчымасці адкрыцця такіх устаноў, заключаліся дамовы з бальніцамі і асобнымі лекарамі на аказанне медыцынскіх паслуг для застрахаваных за кошт касы [15, с. 11–15].

Аднак калі на польскіх тэрыторыях, якія раней належалі Аўстрыі і Прусіі, бальнічныя касы існавалі даўно і ў дастатковай колькасці, то на тэрыторыі Заходняй Беларусі праз наступствы польска-савецкай вайны 1919–1921 гадоў стварэнне кас хворых пачалося толькі з 1922 года і адбывалася больш павольна, чым на ўласна польскіх землях Другой Рэчы Паспалітай. Гэта было прадвызначана як палітыкай польскіх улад, так і сацыяльна-эканамічнымі асаблівасцямі рэгіёна: тэрыторыя Заходняй Беларусі адносілася да т. зв. «Польшчы „Б“» – зямель на ўсход ад ракі Віслы, якія па ўзроўню эканамічнага і сацыяльна-культурнага развіцця значна адставалі ад астатняй «Польшчы „А“». Напрыклад, на ўсёй тэрыторыі Заходняй Беларусі ў пераважна дробнай прамысловасці было задзейнічана менш за 7 % насельніцтва, агульная колькасць працоўных не перавышала 100 тыс. чалавек (з больш як 4 млн насельніцтва), таму выдадзены ў 1920 годзе закон «Аб абавязковым страхаванні на выпадак хваробы» на тэрыторыі «ўсходніх крэсаў» фактычна не дзейнічаў. Так, на 1925 год у чатырох усходніх польскіх ваяводствах, куды ўваходзілі беларускія землі, бальнічныя касы існавалі толькі ў Белавежы, Беластоку, Бельску, Вільні, Гродне, Пінску і Сакольцы, такім чынам у асноўным канцэнтраваліся ў Беластоцкім ваяводстве, якое лічылася найбольш прамыслова развітым. У выніку на 1925 год з 1,5 млн застрахаваных у Польшчы на ўсходнія ваяводства даводзілася менш за 30 тыс. чалавек, да 1927 года – менш за 70 тыс. [16, таб. 1].

Адпаведна, заходнебеларускія касы хворых мелі малую колькасць застрахаваных у маштабах рэгіёна: напрыклад, у 1927 годзе ў Брэсцкай павятовай касе хворых было зарэгістравана толькі 4803 чалавекі і 6066 членаў іх сямей. З прычыны гэтага ўнёскі застрахаваных і, такім чынам, фінансавая зможнасць страхавых устаноў былі недастатковымі для стварэння ўласнай сістэмы медыцынскага абслугоўвання. Касы хворых толькі вылучалі грошы мясцовым медыцынскім установам іншых сектараў аховы здароўя, каб застрахаваныя маглі атрымаць дапамогу на аснове дагавораў. У выніку доля фінансавання мясцовай аховы здароўя з боку кас хворых была вельмі значнай: напрыклад, у бюджэце аховы здароўя Беластоцкага павета на 1930/31 год з агульнага каштарысу ў 192 893 зл. 50 гр. дзяржавай было вылучана 20 244 зл. 6 гр., самакіраваннем – 100 682 зл. 81 гр., а страхавымі касамі – 71 966 зл. 63 гр., ці 37,3 % [17, к. 2].

Галоўнай асаблівасцю развіцця страхавога сектара аховы здароўя на тэрыторыі Заходняй Беларусі стала адсутнасць прыватных бальніц, цэнтраў здароўя і малая колькасць іншых страхавых медыцынскіх устаноў. Так, нават у Вільні справаздача мясцовай касы хворых за 1922–1927 гады адзначала, што бальнічнае лячэнне застрахаваных адбываецца не ў прыватных, а ў гарадскіх бальніцах. Акцэнт пры аказанні страхавой медыцынскай дапамогі рабіўся на амбулаторнай дапамозе: на 1926 год з 200 амбулаторый, што дзейнічалі на тэрыторыі «ўсходніх крэсаў», 25 належалі касам хворых. Паспяхова ішла кампанія па прыцягненні ў страхавую сістэму лекарскага персаналу: у 1926 годзе з 1319 лекараў, што практыкавалі ў Заходняй Беларусі, 213 былі заняты ў страхавых касах [15, с. 43].

Табліца 2. Падзенне колькасці застрахованых і страхавых адлічэнняў у Польшчы ў перыяд эканамічнага крызісу пачатку 1930-х гадоў

Крыніца: Становішча ў Польшчы // Інфармацыйны бюлетэнь аб Заходняй Беларусі. – 1933. – № 8. – С. 6–7.

Год	Лік застрахованых	Страховыя адлічэнні (у тыс. злотых)
1930	2 308 328	272 776
1931	2 137 158	236 067
1932	1 977 344	196 605
I кв. 1933	1 859 406	40 200

Аднак эканамічны крызіс канца 1920-х – пачатку 1930-х гадоў павялічыў беспрацоўе, знізіў прыбытак насельніцтва і, адпаведна, праз памяншэнне страхавых адлічэнняў працоўных аказаў моцны негатыўны ўплыў на страхавую медыцыну: у 1932 годзе ў Польшчы колькасць застрахованых у параўнанні з 1929 годам знізілася на 15 %, таму касы хворых імкліва гублялі рэнтабельнасць (табл. 2).

Шматлікія касы хворых у Польшчы аб'ядноўвалі малую колькасць працоўных, што прадвызначыла іх нізкую эфектыўнасць і ва ўмовах крызісу прывяло да скарачэння кас хворых шляхам іх аб'яднання паводле закона ад 28 сакавіка 1928 года. Калі ў 1929 годзе колькасць кас хворых зменшылася з 287 да 100, то да 1931 года яна знізілася да 61. Гэтыя бальнічныя касы паступова рэарганізаваліся ў рэгіянальныя сацыяльныя страхавыя кампаніі (*ubezpieczalnia społeczna*) з пашыранай плошчай абслугоўвання.

Тақ, з 28 верасня 1931 года дзейнасць касы хворых у Брэсце-над-Бугам была пашырана на Брэсцкі, Кобрынскі, Косаўскі і Пружанскі паветы. Гродзенская страхавая кампанія абслугоўвала нароўні з Гродзенскім таксама Аўгустоўскі, Сакольскі і Сувальскі паветы, Пінская – адпаведна Пінскі, Драгічынскі і Лунінецкі [18, арк. 119 адв.].

З пераадоленнем наступстваў крызісу страхавыя кампаніі працягвалі развіваць амбулаторныя віды дапамогі застрахованым, адкрывалі стаматалагічныя і фізіятэрапеўтычныя кабінеты, медыцынскія пункты і інш. Аднак ужо да канца 1920-х гадоў стала відавочна, што пабудаваная страхавая сістэма медыцынскага абслугоўвання, якая ўвесь час крытыкавалася самімі лекарамі, – неэфектыўная, а таму мае патрэбу ў неадкладных рэформах.

У медыцынскім асяроддзі прызнавалася, што выдаткаванне сродкаў на пабудову вялікіх амбулаторыяў і іншых страхавых лячэбных устаноў не з'яўляецца мэтазгодным, а аптымальнай стане арганізацыя працы, прынятая ў «правінцыйных» бальнічных касах, дзе лекар з'яўляецца блізкім знаёмым сваіх падапечных, яго прымаюць іх сем'і, што дазваляе яму стаць хатнім лекарам. Таму адной з найбольш значных ініцыятыў перыяду перафарміравання кас хворых у сацыяльныя страхавыя кампаніі стала ўсеагульнае ўвядзенне канцэпцыі хатняга (сямейнага) лекара (*lekarz domowy*) як асновы медыцынскага страхавога абслугоўвання. Зона адказнасці страхавой кампаніі падзялялася на лекарскія раёны, што замацоўваліся за лекарамі, якія прымалі пацыентаў у сваіх кабінетах, а таксама ажыццяўлялі выезды на дом хворых і аказвалі дапамогу пры няшчасных выпадках.

Ужо ў 1936 годзе Гродзенская сацыяльная страхавая кампанія мела 31 хатняга лекара, Пінская – 22. На 1937 год Брэсцкая сацыяльная страхавая кампанія мела 27 хатніх лекараў. Разам з тым, у слабаўрбанізаваных рэгіёнах захоўваліся цяжкасці з забеспячэннем лекарамі. Так, у зоне адказнасці Пінскай сацыяльнай страхавой кампаніі ў 1936 годзе 400 чалавек абслугоўваліся фельчарамі, а не лекарамі, бо апошніх бракавала ў месцах пражывання застрахованых [19, с. 8].

Варта дадаць, што тэрытарыяльнае ўзбуйненне страхавых устаноў дало пэўныя вынікі, павялічыліся рэсурсы страхавога сектара. Аднак у цэлым напярэдадні Другой сусветнай вайны медыцынскае страхаванне працягвала забяспечваць невялікую частку насельніцтва Заходняй Беларусі. У 1938 годзе ў Палескім ваяводстве быў толькі

44 371 застрахованы пры агульнай колькасці насельніцтва 1 172 259 чалавек, у Віленскім – 47 674 застрахованыя пры агульнай колькасці насельніцтва ваяводства 1 355 702 чалавекі [20, к. 3, 25].

Такім чынам, страхавы сектар аховы здароўя, які на тэрыторыі Беларусі прайшоў інстытуцыялізацыю на пачатку XX стагоддзя, ва ўмовах міжваеннага перыяду ў розных формах захаваўся як на тэрыторыі Савецкай, так і Заходняй Беларусі. Агульнай рысай, што прадвызначыла слабасць страхавой медыцыны беларускіх зямель па абодва бакі мяжы, акрэсленай Рыжскай мірнай дамовай, стаў малы сацыяльны ахоп медыцынскага страхавання, які распаўсюджваўся толькі на працоўных і служачых, што на працягу міжваеннага перыяду складалі невялікую частку пераважна вясковага насельніцтва Беларусі.

Артыкул паступіў у рэдакцыю 11.07.2022 г.

СПІС ВЫКАРЫСТАНЫХ КРЫНІЦ

1. Прокопович, С.Н. К рабочему вопросу в России / С.Н. Прокопович. – СПб.: издание Е.Д. Кусковой, 1905. – 208 с.
2. Гришин, В.В. Больничные и страховые кассы (отечественный опыт медицинского страхования) / В.В. Гришин [и др.]. – М.: [б. и.], 1997. – 240 с.
3. Розенберг, Р.В. Больничные кассы и врачебная помощь / Р.В. Розенберг // Труды Третьего съезда врачей Минской губернии, 9–12 января 1914 г. / под ред. М.А. Поляка. – Минск: Электро-типография Илья Каплан, 1914. – С. 467–471.
4. Об обеспечении рабочих на случай болезни: закон, 23 июня 1912 г., № 37446 // Полное собрание законов Российской Империи. Собр. третье: в 33 т. – СПб.: Гос. тип., 1885–1916. – Т. 32. Отд. I. 1915. – С. 855–867.
5. Игнатенко, И.М. Февральская буржуазно-демократическая революция в Белоруссии / И.М. Игнатенко. – Минск: Наука и техника, 1986. – 344 с.
6. Отчет больничной кассы при промышленных предприятиях города Минска и уезда за 1916 год. – Минск: Типография А. Перскаго, 1917. – 14 с.
7. Из резолюции 1-й губернской конференции представителей профессиональных союзов, фабрично-заводских комитетов и заведующих отделами труда Могилевской губернии // Звезда. – 1918. – № 99. – С. 4.
8. Лечебные заведения в ведении Наркома Здравоохранения // Известия Витебского Губернского Совета Крестьянских, Рабочих, Красноармейских и Батрацких Депутатов. – 1918. – № 236. – С. 4.
9. Змачинская, Н.Ф. Рабочая медицина и ее роль в обеспечении квалифицированной медицинской помощью застрахованных в БССР (1922–1924 гг.) / Н.Ф. Змачинская // Здравоохранение Белоруссии. – 1972. – № 8. – С. 54–56.
10. Дзяржаўны архіў Мінскай вобласці (ДАМВ). – Ф. 464. Воп. 1. Спр. 10.
11. Барсуков, М.И. Охрана здоровья застрахованных в БССР за последние три года (1924–1927 гг.) / М.И. Барсуков // Беларуская мэдычная думка. – 1928. – № 1. – С. 3–20.
12. ДАМВ. – Ф. 464. Воп. 1. Спр. 8.
13. Аб арганізацыі мэдыцынскай дапамогі застрахованым: пастанова Савету Народных Камісараў БССР, 27 красавіка 1927 г. // Збор законаў і загадаў Рабоча-Сялянскага Ураду Беларускае Соцыялістычнае Савецкае Рэспублікі. – 1927. – № 21. – С. 242–243.
14. Licytacja // Express Poleski. – 1930. – № 238. – S. 4.
15. Kasa chorych miasta Wilna. Sprawozdanie z działalności Kasy: za lata 1922–1927. – Wilno: Pol. Drukarnia Nakładowa «Lux», 1929. – 139 s.
16. Ubezpieczenia Społeczne w Polsce w 1925 roku. – Warszawa: nakł. Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej, 1927. – 40 s.
17. Archiwum Akt Nowych w Warszawie (AAN). – Z. 15. Sygn. 482.
18. Дзяржаўны архіў Брэсцкай вобласці. – Ф. 5. Воп. 1. Спр. 1794.
19. Ubezpieczalnia Społeczna w Pińsku. Sprawozdanie z działalności za 1936 rok. – Pińsk: Druk. Diecezjalna, 1937. – 39 s.
20. AAN. – Z. 15. Sygn. 823.