

Форманюк В. І., НУ «ОЮА»

РОЗВИТОК СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ НАПРИКІНЦІ ХVІІІ – НА ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ

У статті в історико-економічному аспекті розглядається загальний розвиток форм соціального захисту населення. Особлива увага приділяється становленню системи соціального страхування, відмічаються її позитивні і негативні риси. Підкреслюється прогресивний характер організації страхової справи в Україні.

Постановка проблеми. Історичний досвід показує, що реформування соціальної сфери ніколи не відбувалося з міркувань гуманності або добродійності. Майже завжди воно було обумовленими політичними причинами. Так, наприклад, О. Бісмарк наприкінці ХІХ ст. ввів пенсійне забезпечення, страхування щодо безробіття і медичне страхування з єдиною метою – запобігти соціальному вибуху, перехопивши ініціативу в німецьких соціал-демократів. У Радянському Союзі проводилась патерналістська соціальна політика в обмін на лояльність громадян. У сучасних економіко розвинених країнах влада виділяє значні кошти на соціальні потреби з метою отримання підтримки населення.

Розглядаючи історичний досвід становлення розвитку соціальної політики будь-якої держави, необхідно зауважити, що головним її аспектом є соціальний захист населення, його окремих (найбільш вразливих) верств і категорій залежно від конкретних соціально-економічних обставин, рівня розвитку суспільства та самої держави. На сьогодні у світі все частіше науковці, політичні діячі, службовці високого рангу обговорюють проблеми соціального захисту населення, що виникли на фоні економічної кризи та демографічних процесів і супроводжуються збільшенням питомої ваги людей похилого віку, зменшенням кількості працездатних осіб, недостатністю фінансування соціальних заходів та пропонують механізми вирішення цих проблем.

Однак реформування системи соціального захисту населення, яке спрямоване на збільшення частки фінансування з усіх рівнів бюджету, не призвело до покращення ситуації в економіці та поліпшення життя населення. З огляду на це, важливо розглянути історію розвитку соціального захисту населення в Україні у тісному зв'язку з соціально-економічним та культурним середовищем.

Концепцією соціального захисту населення України, яка була прийнята Верховною Радою України у 1993 р., проголошено створення системи соціального страхування як економіко-організаційної форми соціальної підтримки громадян країни від соціальних ризиків. Важливою складовою цієї системи є страхове медичне обслуговування населення. Проте перешкоди, які виявилися на шляху розвитку страхової медицини, не подолані й досі. На цьому фоні виникають сумнівні і песимістичні погляди на можливість впровадження страхування в систему охорони здоров'я. З огляду на це актуальним вважається вивчення досвіду щодо принципів, тенденцій розвитку, адміністрування, управління оперативною діяльністю в системі соціального страхування, яка застосовувалася в суспільстві на рубежі XIX–XX століть.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед авторів, які розглядають даний аспект страхової проблематики, можна назвати таких дослідників: Єрмілов В., Сарбей В., Лехан В., Лісцин Ю., Новіков В., Полянський Ф., Роїк В. та інші вітчизняні та зарубіжні науковці.

Метою статті є узагальнення результатів наукових розробок щодо еволюційного розвитку форм і видів соціального страхування, виявлення тих моментів, які мають позитивне значення для сучасної соціальної політики.

Основні результати дослідження. Історично в Україні форми соціальної самоорганізації населення визначалися специфікою традиційного суспільства, основу якого становили родина, громада у сільській місцевості та цехові організації у центрах промисловості, що народжувалися. Протягом XVI ст. – першої половини XVII ст. патріархальність солідарної допомоги і взаємодопомоги залишалися базовим принципом, на якому в той час формувалася будова суспільства. У другій половині XVIII ст. традиційні форми соціального захисту (сімейна, громадська, християнська) почали доповнюватися артільною (яка стала прикладом спрощеної корпоративної соціальної політики). Члени трудової артілі (рибалки, чумаки, ремісники, селяни-підприємці) об'єднували свої зусилля від постійних і чисельних ризиків щодо прибутковості своєї діяльності та для самодопомоги.

З XVIII ст. поодинокі соціальна допомога поступово замінюється систематизованою. Політика в галузі соціального захисту набуває диференційованого характеру. Спостерігається виборчий підхід до соціального забезпечення різних категорій громадян. Розвиваються суспільні форми підтримки вразливих верств населення, посилення адресності надання соціальної допомоги. Фізично здорові громадяни повинні були працювати. Знедолені діти влаштовувалися до господарств з метою набуття професії, а у монастирі – для навчання.

Поступово держава починає виділяти кошти на соціальну допомогу. Відбувається трансформація громадських механізмів соціальної допомоги у державні. Відповідно до Укладу про губернії та указу від 7 листопада 1775 р., виникла дворівнева система соціальної допомоги (яка проіснувала 143 роки), а саме: 1) соціальні державні структури в формі органів (наказів) суспільної допомоги у складі губернської управлінської системи (їм підпорядковувалися лікарні і психіатричні будинки); 2) місцеві органи піклування станового характеру: дворянська опіка і міський сирітський суд. Органи соціальної допомоги функціонували на умовах самофінансування. Доходи формувалися за рахунок прибутків від господарської діяльності, надходжень від фонду приміщень, благодійних внесків, організації аптек тощо. Найбільш інтенсивно розвивалась медична допомога населенню, система якої зазнала протягом XVIII ст. організаційних змін і в цілому визначала прогресивний характер соціальної політики.

З адміністративних нововведень слід відмітити утворення Наказів суспільного нагляду для управління медичними закладами і запровадження посад повітових лікарів (1875 р.), створення громадянських лікарняних управ в губерніях. У 1770 р. утворені Медична канцелярія як центральний орган охорони здоров'я, а потім – Медична колегія, що замінили собою Аптекарський наказ. З метою подолання безпритульності у містах відкривалися будинки виховання, при яких були палати для народження. Реорганізація системи адміністративного управління охороною здоров'я відбувалася в поєднанні з удосконаленням статистичної бази. Запроваджувалася демографічна статистика, зокрема народжуваності і смертності населення [4, С. 119].

Додатково до державної системи соціального захисту формувався інститут благочинності. Добровільна безплатна допомога, поки вона не набула законодавчого підґрунтя, виконувала свої функції у незначних обсягах. Лише з 1854 р. філантропічній та просвітницькій діяльності надається особливий статус, і вона отримує поштовх до розширення. За статистичними даними, більше половини бюджету системи органів суспільної допомоги забезпечувалося за рахунок приватної благочинної діяльності.

Із настанням фабрично-заводського періоду економічного розвитку виникають нові форми та структура соціального захисту, в межах яких відбувається інтеграція різних сфер діяльності і забезпечується координація зусиль найманих працівників по формуванню колективної системи соціальної допомоги. Остання набуває страхового характеру і поступово замінює соціальний захист, заснований на принципах само підтримки, сімейного забезпечення і благодійності. Слід

зауважити, що держава в період змін займає позицію спостерігача. Її активна роль у соціальному захисті торкається лише надання деяких видів гарантій і допомоги (переважно пенсійної) державним службовцям і робітникам, праця яких мала високий професійний ризик (гірнична справа та ін.).

Вперше серед капіталістичних країн фабричне законодавство з питань праці було введено у Великій Британії. Законодавчо регулювалися тривалість робочого дня, питання охорони та гігієни праці, запроваджувалося обов'язкове страхування на випадок втрати працездатності на виробництві в окремих галузях економіки. Наприкінці XIX ст. в інших західноєвропейських країнах також з'являються елементи законодавчого регулювання питань праці та лікування. У 1890-і роки в Німеччині стався проривний перехід до системи обов'язкового соціального страхування.

Стратегія формування ефективної системи соціального захисту мала позитивний вплив на упорядкування й розвиток політики соціального захисту в Україні, яка створювалася в законодавчому полі Росії. Варто відмітити, що, використовуючи зарубіжний досвід, Росія та Україна вже в той час мали власний досвід соціального захисту, йшли своїм шляхом (враховуючи територіальну та економічну специфіку суспільного устрою). Так, організація медичної допомоги мала теоретичне обґрунтування доцільності створення національної системи охорони здоров'я, почалися практичні дії по її здійсненню. Формувалися земська система з принципами безоплатної загальнодоступної медичної допомоги, медико-санітарна статистика, фабрично-заводська і міська медицина, що заступала на місце застарілої структури органів суспільної допомоги. Розраховувалися нормативи стаціонарної та амбулаторної допомоги за рахунок підприємств.

Особливо слід підкреслити роль земської організації соціального захисту населення як унікального явища, яке було характерне тільки для адміністративних утворень, що входили до складу Російської імперії. В Україні земство було введено після скасування кріпосного права і мало, безперечно, позитивне значення для налагодження справи охорони та укріплення здоров'я населення. Земська медицина засновувалася на прогресивних принципах організації медичної допомоги й функціонування земських закладів. Головним із них був принцип безоплатності медичного лікування для бідних селян і знедолених верств населення.

Організація медичної допомоги спиралась на дільничний принцип, тобто принцип поділу території на окремі ділянки з розташованими на них медичними закладами. Важливим нововведенням було

запровадження виїзної системи надання медичної допомоги, яка полягала у відвідуванні лікарями й фельдшерами сіл для лікування хворих. Крім дільничних лікарень, у складі земської медицини функціонувало Земське санітарне бюро, яке проводило значну роботу з вивчення стану здоров'я населення, поліпшення структури медичних закладів, розробки гігієнічних рекомендацій.

Виник активний суспільний рух медичних працівників, діяльність яких найбільш плідно виявилася в організації та проведенні земських з'їздів лікарів в губерніях і, особливо, у створенні та діяльності товариства на честь пам'яті М.І. Пирогова. На них, крім суто медичних питань, висувалися та обговорювалися ідеї про участь медичної громадськості в управлінні справами охорони здоров'я. Цей аспект є актуальним і для сучасного реформування медичного обслуговування населення України.

У країні створювалися чисельні комісії, проводилися перевірки стану охорони здоров'я земськими та фабрично-заводськими організаціями, офіційними державними органами. Комісії С.П. Боткіна і Г.Е. Рейна та ін. розробили обґрунтовані пропозиції щодо створення центрального органа по управлінню охороною здоров'я [4, С. 199].

У XIX ст. склалася унікальна організація медичної допомоги (якої не існувало в інших європейських країнах), а саме: земська, фабрично-заводська і міська (міських дум та Союзу міст). Із цих служб на рубежі XIX–XX ст. на страхових принципах функціонувала лише фабрично-заводська медицина, виникнення якої пов'язано з активізацією робітничого руху.

Спочатку медичні організації страхового типу створювалися на добровільних і вибірково-обов'язкових (тобто для обмежених категорій зайнятих) засадах. З часом вони отримали статус публічно-правових закладів обов'язкового соціального страхування й охоплювали таке коло соціальних ризиків, як професійні, медичні, вікові. Під страхування підпадали працівники промисловості, а потім – й інших галузей та сфер економіки.

Початком розвитку соціального страхування вважається закон Російської імперії «Про обов'язковий заклад допоміжного товариства на казенних гірничих заводах» (1861 р.). Згідно із законодавством, членами товариства могли бути робітники, внески яких у розмірі 2–3% їх заробітної плати акумулювалися у страховій касі. Страховий фонд формувався також із внесків роботодавців.

З кінця 80-х років XIX ст. соціальне страхування поширюється на Південну Україну – регіон, який займав провідні позиції у справі соціального забезпечення робітників. На підприємствах Одеси за-

проводжувалося добровільне страхування робітників у приватних загально-страхових товариствах від ризиків їх здоров'ю в результаті нещасних випадків на виробництві. Для середніх підприємств така форма страхування була найбільш прийнятною в економічному відношенні. Відшкодування втрат здоров'ю внаслідок травми або професійного захворювання, які часто траплялись, їм було вигідніше виплачувати через систему саме добровільного комерційного страхування. На малих і великих підприємствах приватне страхування не набуло помітного розвитку: на перших – через дефіцит фінансових ресурсів; на других – навпаки, віддавали перевагу компенсаційним виплатам за рахунок підприємства.

Одеська ініціатива згодом поширилась на промислові центри Херсонської губернії (Миколаїв, Херсон, Єлисаветград). За статистичними даними, протягом 1896 р. роботодавці отримали від страхових компаній 23,9 % суми сплачених страхових внесків. Решта (76,1 %) становила прибуток страхових компаній [1, С. 48].

У зв'язку з економічною не вигідністю приватної форми страхування її функціональна роль почала переходити до нових форм, організованих на основі власного добровільного взаємного страхування (а не на комерційних засадах). Виникали контрольні структури страхової справи: наприклад, активно впроваджувалась фабрична інспекція, яка була законодавчо затверджена у 1882 р. У 1989 р. виникло «Одеське товариство взаємного страхування фабрикантів і ремісників від нещасного випадку з їх робітниками і службовцями». Підприємці товариства всю суму страхових надходжень витрачали на потреби застрахованих. Приблизно 80% коштів спрямовувалося на страхові виплати. Решта зібраних страхових сум витрачалась на цілі лікування та медичну експертизу непрацездатності застрахованих від професійних ризиків. У 1903 р. поняття «професійного ризику» вперше було законодавчо зафіксоване Законом «Про винагороду потерпілим та їх сім'ям за каліцтво і смерть у промислових закладах».

Страхові товариства сприяли ефективному регулюванню соціально-трудових відносин між роботодавцями та найманими працівниками, оскільки відшкодування шкоди за втрату здоров'я й лікування надавалося страховому посереднику. Організація некомерційних добровільних страхових товариств активізувала страховий процес. Збільшилась кількість застрахованих, зростали суми страхових премій та страхових винагород потерпілим.

Одночасно виникали й інші форми добровільного некомерційного медичного страхування. Так, у Миколаєві двома громадськими організаціями: кооперативним товариством «Трудова копійка»

і товариством взаємної допомоги, які об'єднували ремісничих робітників, – створювалися лікарняні каси на зразок німецьких. У 1912 р. III Державною думою Росії був прийнятий пакет законів із соціального страхування, який активізував подальший розвиток системи лікарняних кас в українських регіонах. Було прийнято закони «Про затвердження присутствія по справах страхування робітників», «Про затвердження Ради по справах страхування робітників», «Про забезпечення робітників на випадок захворювання», «Про страхування робітників від нещасних випадків на виробництві».

Лікарняні каси і страхові товариства були основними страховими органами на місцях. Для створення лікарняних кас необхідно було залучення не менше 200 працюючих. У зв'язку з цим невеликі підприємства об'єднували свої зусилля з метою організації спільних кас. Бюджет страхових кас формувався на пропорційній основі: відрахування від заробітної плати робітників давало 1/3 всіх страхових внесків; решта 2/3 – складалися із доплат роботодавців. У товариствах страхування від нещасних випадків внески повністю склалися з відрахувань роботодавців [7, С. 28].

В Україні діяли сотні страхових лікарняних кас і ряд товариств, радою у справах страхування робітників об'єднаних за округами, межі яких могли поширюватися на кілька губерній. В них бюджет формувався часто за іншими пропорціями внесків фігурантів кас (в порівнянні з вищенаведеними). Залучення трудового населення до управління лікарняними касами сприяло самоорганізації працівників: вони вносили в політику соціального страхування нагальні практичні питання [1, С. 49].

На початку ХХ ст. різновидами страхових кас були допоміжні каси робітників, що поступово перетворювалися на загальні ощадно-допоміжні каси (до них їх члени вносили до 6% своєї заробітної плати).

Наявність розгалуженої структури страхових органів, рівень державного керівництва її інституційним розвитком свідчив, що більшість губерній України за динамікою достойно виглядала на фоні загально цивілізаційних процесів організації страхування і мала своє специфічне обличчя.

У спеціальній літературі досягнення в розвитку страхової справи у країні в кінці ХІХ – на початку ХХ ст. оцінюються не однозначно. Поряд з позитивними оцінками щодо цього є і явно нігілістичні [4, С. 200–201]. Становлення страхування як основного виду соціального захисту населення мало відповідало рівню політичних завдань щодо динаміки соціально-демографічних процесів і матеріальному стану широких кіл населення. Недоліком страхування розглядуваного

періоду був невисокий рівень охоплення населення соціальним за-
хистом. Медичними страховими послугами забезпечувалась одна
шоста частина від загальної чисельності працюючих, і вони поши-
рювалися тільки на зайнятих у промислових містах. До негативних
сторін страхової справи належали: а) недоступність кваліфікованої
медичної допомоги (особливо спеціалізованої) для сільського на-
селення і більшості міських мешканців; б) територіальна і відомча
обмеженість страхування; в) домінування роботодавців у керівництві
страхуванням, в зв'язку з чим тут мотивацією слугували індивідуальні
або корпоративні інтереси. Слабким місцем були також такі моменти,
як нехтування солідарним принципом організації діяльності страхо-
вих кас, технологічний розрив між їх функціонуванням і роботою
медичних закладів, надання послуг тільки сім'ям членів страхових
кас. У страховій справі мав місце невисокий рівень матеріального
забезпечення клієнтів, були відсутні чіткі уявлення про необхідність
створення національної системи страхування.

Суттєвою причиною, яка обмежувала поширення страхових прин-
ципів, була незрілість на той час громадянського суспільства.

Незважаючи на свою недосконалість, страхова форма медично-
го обслуговування населення виявила свою організаційну сталість
і функціональну ефективність у скрутні роки Першої світової війни.
З метою посилення ролі у суспільстві лікарняним касам у липні 1917 р.
на законодавчій основі було передано лікувальні справи застрахова-
них і дозволено об'єднуватися в галузеві та загальноміські каси, що
зміцнювало всю систему охорони здоров'я того часу. Лікарняні каси
продовжували свою діяльність і під час громадянської війни.

Висновки. Викладений матеріал свідчить, що в основі впроваджен-
ня медичного страхування в Україні та Росії була ініціатива місцевих
органів, корпоративна галузева соціальна політика, професійна
активність медичних працівників, а також державна підтримка, яка
виявилась у законодавчому полі. Все це демонструє багатоспектний
характер медичного соціального страхування, який доцільно врахо-
вувати у моделі страхування, що проектується.

Досвід функціонування медичного страхування свідчить, що при
його впровадженні необхідні послідовність та етапність. У зв'язку з цим:
а) доцільно ввести у законодавче поле медичного страхування ринкові
елементи, які стосуються статусу медичних закладів; б) запровадити
стандартизацію медичних технологій як основи якості медичної
допомоги; в) знайти оптимальне співвідношення між обов'язковим
медичним страхуванням і додатковим медичним обслуговуванням;
г) максимально використати минулий і сучасний досвід роботи лі-
карняних кас.

Бібліографічний список:

1. Єрмілов В.С. Историчні паралелі медичного страхування минулого і сьогодення // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 2. – С. 48–50.
2. История Киева. В 3 т. – Том 2 / Редколлегия тома: В.Г. Сарбей (отв. ред.) [и др.]. – К. : Наук. думка, 1993. – 463 с.
3. Лехан В. Процес реформи системи охорони здоров'я в Україні: спроба аналізу // Регіональна політика в галузі охорони здоров'я: шляхи реформування та реалізації: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. 5–6 червня 2003 р. – 2003. – Одеса. – С. 274–289.
4. Лисицын Ю.П. История медицины. – М. : Гэотар-Мед, 2004. – 392 с.
5. Новіков В. Організація і розвиток соціальної сфери (зарубіжний і вітчизняний досвід). – Київ, 2000. – 246 с.
6. Полянский Ф. Я. Земство // Экономическая Энциклопедия: Политическая экономия. В 4 т. – Том 1 / Глав. ред. А.М. Румянцев. – М. : Сов. Энциклопедия, 1972. – С. 523.
7. Роик В. Эволюция форм социальной защиты в России // Человек и труд. – 2004. – № 10. – С. 25–30.

В статтє в историко-економическом аспекте рассматривается общее развитие форм социальной защиты населения. Особое внимание уделяется становлению системы социального страхования, отмечаются её позитивные и негативные черты. Подчеркивается прогрессивный характер организации страхового дела в Украине.

In an article in the historical and economic aspect is considered the overall development of forms of social protection. Particular attention is paid to the establishment of the social insurance system, marked its positive and negative features. Emphasized the progressive nature of the organization of insurance business in Ukraine.

Стаття надійшла до редколегії 17.09.2015

УДК 329 (44)

Гримська М. І., КНУ імені Тараса Шевченка

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФРОНТ У ФРАНЦІЇ: ІСТОРІЯ ТА ІДЕОЛОГІЯ

Висвітлено історію виникнення та здобуття електоральної підтримки Національним фронтом як найвпливовішою крайньою правою політичною партією Франції. Окреслено фактори, що сприяли зростанню популярності даної партії та передували здійсненню електорального прориву. Охарактеризовано процес становлення ідеології партії та її погляди на сучасному етапі розвитку.