

УДК 94(477)

Мельничук О.А. Організація лікарняного контролю в системі соціального страхування з тимчасової непрацездатності в Україні у 20 – 30-х рр. XX ст. // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. М. Коцюбинського. Серія: Історія. – Вип. 13. – Вінниця: ДКФ, 2008. – С.93-97.

О.А. Мельничук

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛІКАРНЯНОГО КОНТРОЛЮ В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ З ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ В УКРАЇНІ У 20 – 30-Х РР. XX СТ.

Одним із найпоширеніших видів соціального страхування впродовж 1920-х років було страхування із тимчасової непрацездатності. За кодексом законів про працю УСРР 1922 р. допомога з тимчасової непрацездатності призначалася, якщо втрата заробітку була пов'язана із хворобою, травматизмом, карантинном, вагітністю та пологами, доглядом за хворим членом сім'ї¹. Правом на отримання допомог із тимчасової непрацездатності користувалися всі застраховані, які на момент втрати працездатності працювали за наймом на державних, громадських, кооперативних, орендних чи приватних підприємствах, установах, організаціях або у фізичних осіб. Тимчасово непрацездатним гарантувалася виплата допомоги у розмірі втраченого заробітку². Такий варіант соціального захисту був ідеальним із позицій радянської ідеології, однак майже нереальним в практичній реалізації. З одного боку це пояснювалося важким фінансовим становищем страхових органів. З іншого – у зменшенні оплачених днів із тимчасової непрацездатності радянські органи вбачали успіх роботи по підняттю та зміцненню промисловості, зростання продуктивності праці, формування стійких виробничих кадрів на виробництві. Зважаючи на це велика роль покладалася на лікарняний контроль, завдання якого полягало у виявленні випадків симуляції хворобою, незаконного заволодіння коштами страхових органів та належної їх економії.

Проблема лікарняного контролю не була предметом спеціального дослідження. Однак окремі її аспекти розглядалися в контексті загальних

питань соціального забезпечення³. Законодавчі основи організації лікарняного контролю містяться у збірниках нормативних актів того періоду⁴. Існує декілька популярних коментарів законодавства, написаних працівниками страхових органів⁵. Про практику діяльності органів лікарняного контролю можна дізнатися із періодичної преси та окремих архівних матеріалів.

Система лікарняного контролю визначалася порядком отримання допомоги. Так, відповідно до нормативних актів, наявність непрацездатності застрахованих обов'язково мала посвідчуватися лікарем, який видавав особливий листок про непрацездатність. Право його видачі надавалося лікарям державних лікувальних установ, організацій районної допомоги на дому та інших лікувальних установ підвідділу робітничої медицини, а при їх відсутності – органів охорони здоров'я. Лікарі органів охорони здоров'я, передані на договірних засадах на утримання господарських органів та інших лікувальних установ, які не перебували у віданні Народного комісаріату охорони здоров'я (НКОЗ), могли використовувати зазначене право лише із дозволу підвідділу робітничої медицини. Останній, за згодою страхової каси, визначав та публікував список лікарів, які мали право видавати листки непрацездатності. Страхові каси могли робити вмотивований відвід щодо окремих кандидатур. В окремих місцевостях при відсутності лікарів таке право надавалося завідуючим фельдшерськими пунктами⁶.

При кожному прийомі лікар міг звільнити хворого від роботи не більше ніж на п'ять днів, а в пунктах першої допомоги – до трьох днів. У разі амбулаторного лікування максимальна тривалість звільнення мала становити не більше 15 днів, а стаціонарного – 6 тижнів. При необхідності звільнення більшої тривалості потрібна була згода місцевих управлінь соціального страхування, страхових кас та підвідділу робітничої медицини. Подальше звільнення від роботи було можливе лише з дозволу комісії по визначенню працездатності – лікарсько-контрольної комісії (ЛКК)⁷. Відпустки через вагітність надавалися лікарями консультацій охорони материнства та

дитинства, а при їх відсутності – лікарями лікувальних та лікувально-профілактичних установ. Відвідуючи непрацездатних вдома, лікарі-контролери з'ясовували, чи відповідає стан хворого строкові звільнення його від роботи. При виникненні сумнівів лікар-контролер звертався до лікувального лікаря, а при недосягненні згоди – до лікарсько-контрольної комісії⁸.

Звільнення від роботи по догляду за хворими членами сім'ї допускалося при засвідченні лікарем захворювання члена сім'ї, відсутності іншого дорослого, який міг би доглянути хворого та неможливості надання ефективної допомоги у лікарні. При цьому у листку повинен бути зазначений не тільки діагноз хвороби члена родини, але й мотиви з яких лікар вважає за потрібне надання відпустки по догляду⁹. Чинним законодавством передбачалася відповідальність лікувальних лікарів та завідувачів лікувально-профілактичними установами за неправомірну видачу лікарняних листків чи халатне їх заповнення. При неправомірному наданні відпусток лікарі позбавлялися права їх надавати. У разі наявності ознак злочину переслідування здійснювалося у кримінальному порядку¹⁰.

Відпустка по хворобі надавалася застрахованому лікарсько-контрольною чи відбірною комісією за направленням лікаря. Вони визначали терміновість та черговість даної відпустки. Продовження відпустки було можливим при повторному огляді хворого, але не більше ніж на один місяць. Лікувальні та лікувально-профілактичні установи були зобов'язані подавати відомості про надані відпустки не пізніше п'ятого числа наступного місяця. На осіб, що отримали відпустки протягом доби заводилися медичні картки в особливих картотеках для органів контролю страхових кас¹¹.

Виступаючи на першому засіданні Союзної ради соціального страхування у лютому 1925 р. начальник Цусстраху Л. Немченко визнав, що розміри допомог із тимчасової непрацездатності є нижчими від задекларованих і ставив завдання в подальшому стабілізувати ці норми. В той же час значну кількість виплачених допомог обґрунтовував відсутністю

належного медичного контролю і дав вказівки щодо його посилення¹².

Виконуючи розпорядження, Вінницька страхкаса в серпні 1925 р. з метою перевірки раціонального використання коштів провела ревізію документів, поданих для отримання допомоги із тимчасової непрацездатності. Протягом 5 тижнів було обстежено 350 документів (70% від загальної кількості), при цьому неточності були виявлені у 20% документів. Були зафіксовані випадки, коли працівники після звільнення з роботи отримували листки тимчасової непрацездатності, або перебуваючи на лікарняному продовжували працювати для отримання подвійного заробітку. Спостерігалися невірні розрахунки при визначенні середнього заробітку. Виявлені порушення дали змогу зекономити 340 крб. при затратах на контроль 70 крб¹³.

Скорочення виплат із тимчасової непрацездатності здійснювалося і за допомогою адміністративних методів. Таємним обіжником комітету Вінницької окружної каси від 24 червня 1925 р. страхпунктам пропонувалося «обережно підходити до вирішення питання про відпустки з тимчасової непрацездатності, запровадивши у ЛКК жорстку лінію, за якою засідання комісії має відбуватися не частіше 2 рази на місяць. Відпусток за діагнозами: малокрів'я, неврастенія, ревматизм, пороки серця не надавати. Тільки таким чином можна врегулювати співвідношення доходів з витратами»¹⁴.

З метою боротьби із зловживаннями та симуляцією хвороби страхові каси проводили наради із лікарями та членами ЛКК щодо видачі відпусток із тимчасової непрацездатності. При виявленні випадків симуляції чи невиконання режиму лікування лікарняні листки не оплачувалися. Всі справи по підбірці документів чи інших зловживаннях передавалися в судові органи на предмет притягнення винних до відповідальності. Видача допомоги припинялася до ухвалення судового вироку. Крім вказаних методів боротьби із порушеннями страхові каси здійснювали і культурно-просвітницьку роботу. На загальних зборах страхові працівники виступали із спеціальними доповідями, або ж проводилися показові суди над симулянтами.

Значну увагу питанням тимчасової непрацездатності було приділено на всесоюзній страховій нараді, що відбулася у березні 1926 р. Актуальність питання була пов'язана із зростанням кількості «прогулів по хворобі» на підприємствах та різке підвищення витрат страхкас на виплату допомог із тимчасової непрацездатності. При обговоренні питання серед причин таких явищ були названі: підвищення інтенсивності роботи на підприємствах; залучення в промисловість нової, мало навченої робочої сили; більш свідоме ставлення робітників до свого здоров'я. Однак більшість страхових делегатів з місць основну причину такого становища вбачали у відірваності органів лікарняного контролю, які перебували у віданні органів охорони здоров'я від страхових органів. Вони вказували на неможливість проведення серйозної кампанії за скорочення витрат страхкас без підпорядкування лікувально-контрольних комісій страховим касам¹⁵.

Для посилення лікарняного контролю Главсоцстрах УСРР та відділ робочої медицини НКОЗ УСРР пропонували: переглянути склад лікарсько-контрольних комісій та звільнити їх від перевантаження (при п'ятигодинному робочому дні на трьох лікарів повинно припадати не більше 35 хворих); більш активно застосовувати лікарський контроль на дому, запрошуючи для цього додаткових лікарів. Звільняти від роботи пропонувалося лише у крайніх випадках, керуючись при цьому інструкцією та списком хвороб, що дають право на звільнення. Контролем за виконанням були щомісячні звіти про кількість оплачених днів хвороби¹⁶.

З метою врегулювання порядку надання застрахованим відпусток з тимчасової непрацездатності в інформаційному листі Головоцстраху УСРР від 25 червня 1926 р. пропонувалося посилити контроль лікарів ЛКК над лікуючими лікарями. Для цього кожен застрахований мав бути прикріплений до конкретної поліклініки та ЛКК. Ставилося завдання охопити контролем на дому не менше 30% наданих відпусток. Особлива увага зверталася на контроль хворих, які проживали на селі. При виявленні спекуляції хворобою чи роботи під час перебування на лікарняному рекомендувалося позбавляти

застрахованих відпусток та допомог. При більш серйозних порушеннях пропонувалося застосовувати громадські суди. Разом із цим Головсоцстрах закликав відмовитися від системи негайної оплати лікарняних листків, збільшивши час для перевірки кожного страхового випадку. Визнано за доцільне допомогу із тимчасової непрацездатності надавати одночасно із виплатою заробітної плати¹⁷. У періодичній пресі зверталася увага на зловживання серед самих застрахованих. Найбільш поширеними випадками визнавалися підроблення листків тимчасової непрацездатності та навмисні членушкодження. До таких осіб пропонувалося широко застосовувати громадсько-показові суди¹⁸.

Однак, навіть застосування таких заходів не дало бажаних результатів. Кошти на допомогу із тимчасової непрацездатності становили третину усіх витрат страхових органів. Зважаючи на це, було прийняте рішення про реформування системи лікарняного контролю. Відповідно до постанови ЦВК та РНК СРСР від 4 березня 1927 р. «Про порядок надання застрахованим відпусток із тимчасової непрацездатності» контроль над наданням відпусток застрахованим та контроль за виконанням застрахованими приписів лікаря мав бути зосереджений виключно в органах соціального страхування¹⁹.

Виконуючи постанову, Главсоцстрах УСРР 5 травня 1927 р. дав розпорядження органам соціального страхування прийняти у своє відання і на свій бюджет від органів охорони здоров'я лікарсько-контрольні комісії та органи організації контролю на дому. Перед місцевими страховими касами ставилося завдання в місячний термін розробити і передати до Головсоцстраху УСРР план організації лікарняного контролю. При впровадженні нової системи лікарняного контролю страхкаси мали переглянути мережу існуючих лікарсько-контрольних комісій в бік їх скорочення по мірі розгортання страхових консультацій²⁰.

Реорганізація лікарського контролю в системі соціального страхування змінювала структуру та правовий статус контролюючих органів. Першою інстанцією по звільненню від роботи залишалися лікарі державних

лікувальних та лікувально-профілактичних установ. Списки таких лікарів затверджувалися страхкасою. Максимальний термін звільнення лікарями становив 5 днів. Для продовження відпустки хворі зобов'язані були звернутися до лікарських консультацій, які створювалися при амбулаторних та інших лікувальних та лікувально-профілактичних установах у складі лікуючого лікаря, що мав право видачі лікарняного листка та лікаря-консультанта страхової каси. Окрім продовження відпусток, консультації розглядали скарги застрахованих на лікуючих лікарів, надавали відпустки із вагітності, виявляли наявність ознак стійкої непрацездатності, встановлювали необхідність контролю на дому. У випадку незгоди між лікуючим лікарем та лікарем-консультантом застрахований направлявся до лікарсько-контрольної комісії. Лікарсько-контрольні комісії утворювалися при місцевих страхкасах у складі голови, що призначався страхкасою, лікаря консультанта страхової каси та одного лікаря від місцевого органу охорони здоров'я. Такі комісії обстежували непрацездатних, що знаходилися на стаціонарному лікуванні, встановлювали необхідність відправки непрацездатного для іногороднього спеціального лікування, здійснювали відбір і встановлювали термін відпустки при санаторно-курортному лікуванні, визначали наявність захворювання у безробітного чи членів його сім'ї. Рішення ЛКК міг оскаржити голова. Час і порядок роботи комісії встановлювався страхкасою²¹.

Для виконання функцій з лікарняного контролю в усіх вищезазначених органах, відповідно до розробленої інструкції при страхових касах затверджувалися посади довірених лікарів. Такі лікарі запрошувалися комітетами страхкас в порядку конкурсу, в розрахунку один лікар на 5-7 тисяч застрахованих. До складу конкурсної комісії входили: голова, призначений комітетом страхкаси; представник від окрвідділу профспілки; представник окрздороввідділу. Довірені лікарі позбавлялися права займатися приватною медичною практикою²².

Проведення реформи лікарняного контролю в Україні мало свої

особливості. Так, лікарські консультації, які були для України новою формою контролю, повинні були створені в першу чергу в великих промислових районах, де спостерігалася підвищена захворюваність, тобто в округах Донецького басейну, Дніпропетровському, Криворізькому, Київському, Запорізькому, Маріупольському, Миколаївському, Одеському та Харківському округах. Поряд із організацією лікарських консультацій в Україні мало бути проведено зменшення кількості ЛКК, які перейшовши від органів охорони здоров'я тепер мали функціонувати в окремих промислових округах у кількості: для Харківського – 2 (замість 7), Одеського – 2 (замість 4), Київського – 1, Миколаївського – 1, Криворізького – 2, Дніпропетровського – 2. В округах Донецького басейну кількість ЛКК мала відповідати нормам – 1 ЛКК на 40 000 застрахованих. В тих округах, де організація лікарських консультацій затримувалася (Сталіно, Луганськ), їх функції продовжували виконувати ЛКК. В непромислових округах із кількістю застрахованих від 20 до 30 тисяч ЛКК організовувалися лише в окружних центрах. Спеціальний робітничий контроль запроваджувався лише у Дніпропетровському, Харківському, Київському, Одеському, Криворізькому та округах Донбасу, в інших місцевостях для цього використовувалися голови ЛКК за сумісництвом. В найближчий час робочим контролем на дому мало бути охоплено 20-25% всіх наданих відпусток з тимчасової непрацездатності²³.

За попередніми підрахунками нову структуру лікарняного контролю в Україні мали представляти 280-300 лікарів. Нестача кваліфікованих страхових лікарів в округах Донбасу компенсовувалася залученням лікарів за конкурсом організованим ГУСС з обов'язковим забезпеченням житлом в новозбудованих будинках. Апаратом при страхасах, що здійснював керівництво лікарняним контролем для округів України були: для Артемівського, Луганського, Сталінського, Харківського, Дніпропетровського, Київського та Одеського округів – медико-профілактичні відділи; Криворізького, Маріупольського, Полтавського та

Миколаївського округів – медчастини; в інших округах питаннями лікарського контролю відали страхкаси через старшого довіреного лікаря, що знаходився у віданні операційного відділу²⁴.

Нарада, що відбулася при ГУСС УСРР наприкінці липня 1927 р. встановила, що реформа лікарняного контролю в Україні проходить надто повільно. Враховуючи специфічні умови українських округів, було поставлене завдання завершити реформування по Київському та Одеському округах до 15 серпня, в Донбасі та Кривому Розі до 15 вересня, в інших округах – до 1 вересня 1927 р. З метою здешевлення лікарсько-контрольного апарату та уникнення паралельності в роботі визнано за необхідне об'єднати, в залежності від місцевих умов, транспортні та територіальні органи лікарняного контролю. При укомплектуванні штатів запропоновано керуватися нормою 1 лікар на 5 000 застрахованих²⁵. При складанні бюджету страхових органів на 1927/28 рік на діяльність лікарняного контролю в Україні відводилося 1 млн. крб.²⁶.

Інструкцією СРСС при НКП СРСР від 1 березня 1929 р. було удосконалено організацію контролю страхових кас за наданими відпустками у зв'язку із тимчасовою непрацездатністю. Страховими органами проводилися перевірки з метою забезпечення правильності надання відпусток, виконання хворими приписів лікаря, з'ясування причин захворюваності застрахованих по окремих підприємствах. При виявленні порушень страховий лікар обговорював ситуацію із лікуючим лікарем, при недосягненні згоди зверталися до лікувально-контрольної комісії²⁷. В лікувальних установах, де ревізіями було виявлено серйозні недоліки при звільненні від роботи по тимчасовій непрацездатності організовувався контроль, шляхом проведення лікарських консультацій. Лікар-консультант подавав регулярні звіти із висновками та рекомендаціями в страхкасу та місцеві органи охорони здоров'я. Останньою контролюючою інстанцією була лікарсько-контрольна комісія²⁸.

Отже, із запровадженням соціального страхування в Україні

лікарняний контроль знаходився у віданні органів охорони здоров'я. Наслідком реформування було зосередження функцій по призначенню і виплаті допомог із тимчасової непрацездатності в руках страхових органів. Відділи робочої медицини на місцях ліквідовувалися. Інститут довірених страхових лікарів знаходився у лікарських консультаціях, нових формах лікарняного контролю, та лікарсько-контрольних комісіях, кількість яких значно скорочувалася. Завданням реформування було покращення лікарняного контролю, наближення його до застрахованих та економія витрат страхових органів.

ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА

1. Кодекс законів о труде 1922 г. – Харьков, 1923. – Ст.176; 2. Кодекс законів о труде... – Ст. 175; 3. Болотіна Н.Б. Право соціального захисту: становлення і розвиток в Україні. - К., 2005; Сташків Б.І. Теорія права соціального забезпечення: Навчальний посібник. – К., 2005; Шарпатий В.Г. Функціонування системи соціального забезпечення в УСРР 1921 – першої половини 1930-х років. – К., 2005; Шарпатий В.Г. Соціальне забезпечення в УРСР (20 – 30-ті роки ХХ ст.). – К., 2006; 4. Сборник постановлений и распоряжений по социальному страхованию. – Харьков, 1923; Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929; Горбунов А. И., Гутерман Б.Н., Усиков А.Я. Действующее законодательство по социальному страхованию СССР и РСФСР. Под ред. проф. Е.Н. Даниловой. – М., 1930 та ін.; 5. Баевский И. Л. Врачебно-контрольные комиссии: Популярный очерк для страховых уполномоченных. – М., 1924; Бухаров И. и Кац Р. Действующее законодательство по обеспечению при временной нетрудоспособности. (Комментарий). - М., - 1930; Гордон Л. Як дістати з страхової каси допомогу з причин недуги. – Харків, 1926. 6. Інструкція про порядок видачі застрахованим лікарняних листків. – Харків: Ворошиловець, 1937. – С.12; 7. Баевский И. Врачебно-контрольные комиссии: Популярный очерк для страховых уполномоченных. – М., 1924. – С.91; 8. Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929. – С. 32; 9 Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків: Питання праці, 1929. – С. 33; 10. Известия НКТ СССР. – 1929. - №18-19. – Ст. 23; 11. Збірник правил про забезпечення учасників страхкас допомогою з причин тимчасової непрацездатності, пенсією та додатковими видами (на народжених, на годування дитини та на поховання. – Х., 1934. – С.32; 12. Вопросы страхования. – 1925. – №6. – С.8-9; 13. Штипельков И. Новое в работе // Вопросы страхования. – 1926. - №1. – С.36; 14. ДАВО. – Ф.Р.1055. – Оп.7. – Спр.1. – Арк.52; 15. Б.Г. Временная нетрудоспособность: что сказала Всесоюзное страховое совещание // Вопросы страхования. – 1926. - №18. – С. 12; 16. ДАВО. – Ф.Р.155. – Оп.1. – Спр.469. – Арк.115; 17. ДАВО. – Ф.Р.155. – Оп.1. – Спр.469. – Арк.132; 18. Станиславский К. Вредители социального страхования на суд рабочей массы // Вопросы труда на Украине. – 1928. - №16. – С.16; 19. Фрейман І.І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування. – Харків, 1929. – С. 37; ; 20. ДАВО. – Ф.Р.155. – Оп.1. – Спр.524. – Арк.170; 21. ДАВО. – Ф.Р.155. – Оп.1. – Спр.524. – Арк.243; 22. Правила о выдаче пособий по временной нетрудоспособности и на рождение ребёнка. – Харьков: Ворошиловець, 1938. – С. 25; 23. ДАВО. – Ф.Р.155. – Оп.1. – Спр.524. – Арк.205; 24. Збірник правил про забезпечення учасників страхкас допомогою з причин тимчасової непрацездатності, пенсією та додатковими видами (на народжених, на

годування дитини та на поховання. – Х., 1934. – С.42; 25. ДАВО. – Ф.Р.155. – Оп.1. – Спр.524. – Арк.246; 26. Фрейман И.И. Бюджет социального страхования // Вопросы труда на Украине. – 1928. - №15. – С.5; 27. 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.457; 28. Вопросы страхования. – 1929. - №17. – С.29.