

УДК 94(476) 1921/1933

**«КАСЫ ХВОРЫХ» – АРГАНІЗАЦЫІ
ДЛЯ САЦЫЯЛЬНАГА ЗАБЕСПЯЧЭННЯ
НАСЕЛЬНІЦТВА ЗАХОДНЯЙ
БЕЛАРУСІ (1921–1933)**

В. С. Ананька,
*аспірант кафедры гісторыі Беларусі,
археалогіі і спецыяльных гістарычных
дысцыплін ГрДУ імя Янкі Купалы*

Паступіў у рэдакцыю 20.04.23.

UDC 94(476) 1921/1933

**“SICKNESS FUNDS” –
ORGANIZATIONS FOR SOCIAL
MAINTENANCE OF WESTERN
BELARUS POPULATION (1921–1933)**

O. Ananka,
*Postgraduate Student of the Department of History
of Belarus, Archaeology and Special Historical
Disciplines, GrSU named after Yanka Kupala*

Received on 20.04.23.

У міжваеннай Польшчы арганізацыйнымі адзінкамі страхавання з’яўляліся бальнічныя касы, або «касы хворых», якія сталі першым крокам да стварэння агульнаацыянальнай сістэмы сацыяльнага страхавання. Яны наймалі медыцынскі персанал, стваралі амбулаторыі, медыцынскія пункты, урачэбныя кабінеты, аптэкі і аптэчныя пункты, удзельнічалі ў дзейнасці грамадскіх медыцынскіх арганізацый і правядзенні санітарна-проціэпідэмічных мерапрыемстваў. На тэрыторыі Заходняй Беларусі бальнічныя касы арганізаваліся па тэрытарыяльнай прыкмеце з 1922 г. і пакрывалі асноўныя жыццёвыя патрэбы работнікаў у выпадку іх часовай недзеяздольнасці, выкліканай хваробай, цяжарнасцю або мацярынствам. Медыцынская дапамога ажыццяўлялася ў асноўным праз цэнтры здароўя – установы амбулаторнага тыпу. Касы мелі ўсталяваную законам уласную сістэму самакіравання, што гарантавала незалежнасць ад дзяржаўнай адміністрацыі. Аднак дзейнасць «кас хворых» мела шмат недахопаў, што не толькі шкодзіла дзейнасці, але і прыводзіла да падрыву аўтарытэту. У 1930 г. была зроблена спроба рэарганізацыі дзейнасці кас, але гэта не прывяло да станоўчых вынікаў. У сакавіку 1933 г. бальнічныя касы былі ліквідаваны, а іх функцыі перададзены новым установам сацыяльнага страхавання.

Ключавыя словы: Заходняя Беларусь, міжваенны перыяд, бальнічныя касы, страхаванне, фінансы, медыцына, Польшча.

In interwar Poland, organizational units of insurance were hospital funds or “sickness funds”, which became the first step towards the creation of a national social insurance system. They hired medical personnel, created dispensaries, medical centers, doctor’s offices, pharmacies and pharmacy centers, participated in the activities of public medical organizations and the implementation of sanitary and anti-epidemic measures. In the territory of Western Belarus, hospital funds have been organized on a territorial basis since 1922 and covered the basic life needs of workers in case of their temporary incapacity caused by illness, pregnancy or maternity. Medical care was provided mainly through health centers – ambulatory type institutions. The funds had their own system of self-governance established by law, which guaranteed independence from the state administration. However, the activity of the “sickness funds” had many shortcomings, which not only harmed the activity, but also led to the undermining of authority. In 1930, an attempt was made to reorganize the activities of the funds, but it did not lead to positive results. In March 1933, the hospital funds were liquidated, and their functions were transferred to new social insurance institutions.

Keywords: Western Belarus, interwar period, hospital funds, insurance, finances, medicine, Poland.

Уводзіны. Тэма сацыяльнага страхавання насельніцтва Заходняй Беларусі міжваеннага перыяду не атрымала шырокага адлюстравання ў айчыннай гістарыяграфіі. Адным з даследчыкаў дадзенай праблемы з’яўляецца Я. М. Цішчанка [1; 2], які выдзяляе два этапы ў гісторыі страхавой медыцыны Заходняй Беларусі, першым якраз і з’яўляецца арганізацыя бальнічных кас. У сваім даследаванні аўтар вызначае асноўныя напрамкі іх дзейнасці, спецыфіку і структуру. Польшкімі даследчыкамі [3–6] у рамках вывучэння страхавання міжваеннай Польшчы часткова закранаецца і дзейнасць «кас хворых» на тэрыторыі Заходняй Беларусі, падкрэсліваецца нешматлікая колькасць арганізацый і застрахованых асоб. У перыядычных выданнях 1920–1930 гг. Lekarz Polski [7–12], Zycie Nowogrodskie [13; 14] падымаюцца праблемы функцыянавання бальнічных кас. Статыстычныя даныя аб колькасці страха-

вых арганізацый прыведзены ў штогадовым даведніку Mały rocznik statystyczny [15–19].

Асноўная частка. Страхаванне ў бальнічных касах было самым шырокім з усіх відаў сацыяльнага страхавання, якія дзейнічалі ў Другой Польскай Рэспубліцы. Канцэпцыя страхавання была скапіравана польскімі ўладамі з Германіі [7, s. 158]. Разам з тым, паслядоўных дзеянняў польскіх уладаў, накіраваных на ўдасканаленне ўкараняемай сістэмы і яе прыстасавання да мясцовых умоў, не было. Недахопы арганізацыі бальнічных кас сталі відавочнымі ў гады эканамічнага крызісу 1929–1933 гг., што прывяло да іх ліквідацыі 28 сакавіка 1933 г. «Касы хворых» былі заменены грамадскімі страхавымі ўстановамі [3, s. 142].

Першым прававым актам польскага заканадаўства ў галіне страхавання стаў закон кіраўніка дзяржавы ад 11 студзеня 1919 г. Гэты закон

вызначаў арганізацыю і ўнутранную структуру кас, аднак ён не ўступіў у сілу з-за таго, што не быў зацверджаны сеймам. Яго замяніў Закон ад 19 мая 1920 г. аб абавязковым страхаванні на выпадак хваробы. Гэты акт прадставіў падрабязную працэдуру стварэння і функцыявання бальнічных кас і садзейнічаў стварэнню сістэмы медыцынскага страхавання, заснаванага на прынцыпах тэрытарыяльнасці і самаўпраўлення [6, s. 234]. Таксама закон гарантаваў усім застрахованым асобам тры віды дапамогі: асноўную (медыцынская і грашовая дапамога), пазачарговую (аказанне дапамогі хворым і павелічэнне дапамогі), страхавую для цяжарных жанчын (акушэрская дапамога і грашовая) [5, s. 57]. Арганізацыйнымі адзінкамі страхавання сталі «касы хворых» [20].

Бальнічныя касы арганізаваліся па тэрытарыяльнай прыкмеце. Для кожнага павета стваралася адна каса з такім разлікам, каб колькасць абавязкова застрахованых асоб складала не менш за 10 000. Аднак у Віленскім, Навагрудскім, Палескім, Беластоцкім ваяводствах іх колькасць можна было скараціць да 5 тыс., а тэрыторыю, якая належала бальнічным касам, павялічыць. Муниципальныя касы ствараліся толькі з дазволу Цэнтральнага страхавога ўпраўлення ў гарадах з насельніцтвам больш за 50 тыс. чал. [6, s. 234; 11, с. 281].

У Заходняй Беларусі іх арганізацыя пачалася ў жніўні 1922 г. [21]. У верасні 1924 г. гарадская бальнічная каса была створана ў Гродна, а праз год пераўтварылася ў павятовую, дзе абслугоўваліся работнікі муниципальных устаноў і члены прафсаюзаў. Колькасць застрахованых і членаў іх сямей у 1930-х не перавышала 10–15 % [22, с. 131]. Акрамя Гродна, «касы хворых» былі створаны ў Пінску (1925 г.), Баранавічах (1926 г.) [2, с. 60]. Найбольшая колькасць бальнічных кас была арганізавана ў перыяд 1928–1932 г. На тэрыторыі Заходняй Беларусі налічвалася 32 касы, а колькасць застрахованых складала 233–276 тыс. чал. (табліца 1), у той час як ва ўсёй Польшчы было 284 касы [19, s. 111].

Змяншэнне колькасці застрахованых прывяло да рэарганізацыі бальнічных кас: былі ліквідаваны павятовыя і муниципальныя касы і ўведзена адзінае паняцце тэрытарыяльнай касы. Так, у заходнебеларускіх ваяводствах іх стала налічвацца 8 (13,3 %) з агульнай колькасці ў 60 з усёй Польшчы [6, s. 234].

Страхованне ў «касах хворых» закранула амаль усіх афіцыйна працуючых жыхароў краіны.

Сістэма медыцынскага страхавання засноўвалася на прынцыпе прымусу, які заключаўся ў абавязковым членстве і прыналежнасці да фонду, які дзейнічае ў раёне пражывання работніка. Кожная бальнічная каса была абавязана ўключаць тых асоб, якія былі прыняты на працу на падставе працоўнай дамовы і мелі сталае месца працы ў раёне дзеяння дадзенай касы. Закону аб абавязковым страхаванні на выпадак хваробы падпарадкоўваліся ўсе асобы, якія зараблялі сабе на жыццё наёмнай працай (напрыклад, рознарабочыя, канцылярскія і тэхнічныя служачыя, выкладчыкі і выхавацелі ўсіх навуковых і навучальных устаноў, людзі, занятыя працай у банках, складах, магазінах, аптэках, выдавецтвах, сельскагаспадарчых і лясных рабочых) [6, s. 235]. Аднак страхаванне не распаўсюджвалася на свабодных фермераў і сельскагаспадарчых працоўных [4, s. 130]. Трэба звярнуць увагу, што 79 % насельніцтва Заходняй Беларусі якраз і было занята ў сельскай гаспадарцы. У прамысловасці і ў сістэме транспарту і камунікацый 12,1 %, а астатнія 11,6 % працэнтаў працавалі ў іншых галінах гаспадаркі (рыбакі, гандаляры, службовыя асобы, настаўнікі, святары) [23, с. 112]. Страхованне было арганізавана на аснове абавязковых узносаў працоўных і служачых, за кошт якіх і фарміраваўся рахунак кас (табліца 2). Памер узносаў складаў 6,5 % ад заробку. Сродкі страхавых кас папаўняліся і за кошт унёскаў прадпрымальнікаў [2, с. 60].

Катэгорыя насельніцтва, на якую распаўсюджвалася дзеянне закона аб сацыяльным страхаванні, карысталася бясплатнай медыцынскай дапамогай, якая ўключала ў сабе забеспячэнне лекамі і іншымі лячэбнымі сродкамі, стацыянарнае лячэнне. Бальнічныя касы таксама выплачвалі грашовую дапамогу па прычыне цяжарнасці або мацярынства, на пахаванне ў выпадку смерці застрахованай асобы або члена яго сям'і [20]. Льготамі карысталіся і члены сямей застрахованых.

Аднак з-за высокага кошту некаторыя застрахованыя адмаўляліся ад страхавання ў бальнічных касах, іншыя гублялі права на сацыяльнае забеспячэнне з-за нявыплаты ці несвоечасовай аплаты [24]. Беспрацоўныя маглі карыстацца льготамі і медыцынскай дапамогай пры ўмове, што захворванне ўзнікла на працягу тыдня пасля страты членства [6, s. 235].

Табліца 1 – Параўнанне колькасці членаў «кас хворых» [15, s. 111; 16, s. 111; 17, s. 117; 18, s. 117]

Год	Колькасць застрахованых (тыс. чал.)	Колькасць застрахованых членаў сямей (тыс. чал.)
1930	137	139
1931	136	131
1932	117	116
1933	115	120

Табліца 2 – Рахунак дзейнасці бальнічных кас на тэрыторыі Польшчы 1928–1933 гг. [16, s. 112; 17, s. 118; 18, s. 108; 19, s. 148]

Гады	Даход		Выдаткі				На 1 застрахованую асобу	
	агульны	у тым ліку ўзносы застрахованых	агульныя	у тым ліку			налічваецца	прадугледжана
				на карысць застрахованых	на ўтрыманне адміністрацыі	амартызацыя і рэзерв		
у тыс. злотых							злотых	
1928	11,7	11,1	11,7*	7,3	1,4	–	99	65
1929	14,8	14,1	15,1*	10,3	1,7	–	103,5	75,9
1930	16,0	14,9	16,6*	11,5	1,9	–	102,9	79,3
1931	13,6	12,5	14,8	9,9	1,9	1,4	96,9	76,9
1932	11,4	10,4	11,5	8,1	1,6	1,1	88,4	67,5
1933	10,3	9,4	10,3	7,1	1,5	1,3	81,9	61,5

* – у тым ліку амартызацыя і рэзерв

Бальнічныя касы стваралі амбулаторыі, медыцынскія пункты, урачэбныя кабінеты, аптэкі і аптэчныя пункты, наймалі медыцынскі персанал. Таксама яны ўдзельнічалі ў правядзенні санітарна-проціэпідэмічных мерапрыемстваў і дзейнасці грамадскіх медыцынскіх арганізацый [1, с. 108]. Напрыклад, Гродзенская бальнічная каса ў 1925 г. адкрыла аптэку, амбулаторыю, 9 медыцынскіх кабінетаў, фельчарскую амбулаторыю і аптэку. У 1927 г. у Палескім ваяводстве 9,1 % урачоў працавалі дзякуючы «касам хворых» [2, с. 60]. У выпадку адсутнасці касавых аптэк, як гэта было ў Пружанах, існавалі склады пры паліклініках і медыцынскіх пунктах, гатовыя забяспечыць неабходнымі лекамі [25, арк. 38].

Пэўнага пакета медыцынскіх паслуг у бальнічных касах не існавала, а бясплатная медыцынская дапамога была накіравана на аднаўленне здароўя і працаздольнасці ці толькі на падтрыманне працаздольнасці. Лячэнне ў стацыянары, у адрозненне ад медыцынскай дапамогі, не было бясплатным. Бальнічная каса пакрывала толькі палову выдаткаў па ніжэйшым тарыфе, астатнюю частку павінен быў пакрываць сам застрахованы. Толькі ў тых выпадках, калі бальнічная каса перакладала хворага ў больш высокі клас лячэння, яна павінна была пакрыць поўны кошт знаходжання. Аднак, калі застрахованы сам патрабаваў павышанага стандарту паслуг, медыцынская ўстанова была абавязаная прыняць гэтае патрабаванне пад увагу, але пацыент павінен быў аплаціць розніцу [4, с. 130]. Застрахованыя маглі карыстацца дзяржаўнымі бальніцамі пры ўмове, што гэтыя аддзяленні мелі дамову з бальнічнай касай [5, с. 68].

Часцей за ўсё амбулаторна-паліклінічная медыцынская дапамога ажыццяўлялася бальнічнымі касамаі праз цэнтры здароўя, якія былі створаны ў канцы 1920-х – пачатку 1930-х гг. у павятовых і буйных гарадах. Згодна Я. М. Цішчанка, цэнтры здароўя – «комплексныя амбулаторныя ўстановы, якія спалучалі ў сваёй працы як эле-

менты дыспансернага абслугоўвання, так і формы сацыяльнай апекі. Цэнтры здароўя аказвалі агульнаўрачэбную і спецыялізаваную медыцынскую дапамогу, у тым ліку жанчынам і дзецям, а таксама праводзілі прафілактычную працу. Цэнтры здароўя мелі і супрацьтрахаматозныя, супрацьсухотныя, супрацьвенерычныя амбулаторыі» [1, с. 108–109]. Цэнтры здароўя агульнага профілю ствараліся ў залежнасці ад патрэбнасці і стродкаў з адным урачэбным і педыятрычным кабінетам. Гэта спрыяла павелічэнню колькасці аказаных урачамі кансультацый і паляпшэнню форм дапамогі. Медыцынскае абслугоўванне гарантавалі лабараторыі, аптэкі і служба хуткай дапамогі. Медыцынскія спецыялізаваныя пункты існавалі толькі ў буйных гарадах. Ва ўсіх выпадках лячыў і кансультаваў урач-тэрапеўт, а пры неабходнасці накіроўваў да спецыяліста [5, с. 66]. Бальнічныя касы на тэрыторыі Заходняй Беларусі не мелі ўласных бальніц, дзіцячых аздаруленчых устаноў. Яны толькі выдзялялі сродкі на атрыманне ў іх дапамогі пры ўмове, што апошнія маюць заключаныя дагаворы з фондамі страхавання [2, с. 60]. Распаўсюджанай была з'ява арэнды дзяржаўных будынкаў для перакваліфікацыі іх пад шпіталі на ўмовах, якія былі прапісаны ў пастанове прэзідэнта ад 22 сакавіка 1928 г. Напрыклад, плата за ложка павінна была складаць 50 %, абавязкова прымаліся і пацыенты, якія не з'яўляліся членамі кас пры наяўнасці вольных месцаў. У апошнім выпадку фонд аховы здароўя меў права спагнаць з гэтых пацыентаў поўную плату. Сустрэліся і выпадкі арэнды інвентара дзяржаўнай бальніцы «кас хворых» на аснове двухбаковага дагавора. Сума вызначалася шляхам камісійнай ацэнкі прадстаўнікамі абодвух бакоў. Для ацэнкі ўлічваліся рыначныя цэны на канкрэтныя прадметы з улікам працэнта зношанасці кожнага [25, арк. 1, 2адв].

Бальнічныя касы мелі сваю ўнутраную структуру. У сваім даследванні І. Ях-Мечэкальская ад-

значае, што арганізацыйнымі адзінкамі кожнай касы былі дэпартамент і акруга. Дэпартамент складаўся з чатырох аддзелаў. Агульнагаспадарчы адміністрацыйны аддзел выконваў паручэнні праўлення, вёў агульную статыстыку фонду, складваў пратаколы пасяджэнняў Савета і Праўлення, займаўся эканамічнымі пытаннямі (рамонта будынкаў, арэнды памяшканняў крэдытных). Рэгістрацыйны аддзел займаўся пытаннямі ўліку застрахованых асоб, вёў архіў, апавяшчэнняў аб звальненні і аб змене заробку. Фінансавы аддзел меў наступныя паўнамоцтвы: вядзенне кніг працадаўцаў, рэгістрацыя ў гэтых кнігах застрахованых работнікаў, перыяды атрымання дапамогі ў перыяд непрацаздольнасці, разлік страхавых узносаў, накладанне штрафных санкцый за пратэрміноўку страхавання работнікаў, складанне гадавых балансаў, вядзенне бухгалтарскага ўліку, зацверджаным праўленнем кас. Фармацэўтычны дэпартамент ажыццяўляў нагляд за ўсімі аптэкамі Фонду, вёў дэтальную статыстыку дзейнасці аптэк, праводзіў экспертызу фармацэўтычнай прадукцыі, ажыццяўляў праверку аптэчнага ўліку [5, с. 236].

Адначасова адміністрацыйнай і арганізацыйнай адзінкай лячэння з'яўлялася акруга, якая мела на канцылярыю і медыка-лячэбны аддзел. У функцыі першай уваходзіла выплата дапамогі і ўсе канцылярскія справы, звязаныя з рашэннямі ўрачоў [5, с. 236].

Медыцынскую дапамогу ў «касах хворых» аказвалі ўрачы. У штат бальнічных кас уваходзілі лекары агульнай практыкі, лекары-спецыялісты, а кіраваў іх працай галоўны лекар бальнічнай касы. Становішча медыцынскіх работнікаў бальнічнай касы, незалежна ад роду іх заняткаў, адрознівалася ад становішча чыноўнікаў і службовых асоб непасрэдна самой касы. Лекары бальнічных кас, кіраўнікі санаторыяў, лабараторый займаліся сваёй дзейнасцю і не падпарадкоўваліся органам кіравання бальнічных кас. Касавыя лекары былі незалежнымі ў сваіх меды-

цынскіх функцыях і кіраваліся пры выкананні сваіх тэрапеўтычных задач фактычнымі момантамі, прадыктаванымі выключна аховай здароўя давераных ім застрахованых асоб [12, с. 283]. Працавалі лекары па тэрытарыяльна-ўчастковым прынцыпе і амбулаторны прыём ажыццяўляўся ў спецыяльных кабінетах. З-за недастатковай колькасці медыцынскага персаналу лячэннем займаліся і ўрачы зусім іншай спецыяльнасці. Практычна ў кожнага лекара заўсёды былі лішнія пацыенты і за дзве гадзіны кансультацыя аказвалася каля 20 пацыентам. Акрамя гэтага яны маглі наведваць у рамках працы ў касе пацыентаў на даму і весці сваю прыватную практыку [25, арк 30адв, 31]. Рэдка бальнічнымі касамі аплачвалася атрыманне медыцынскай дапамогі ў прыватнапрактыкуючых урачоў, але калі такое і адбывалася, то гэтыя ўрачы павіны былі мець заключаны дагавор з фондамі медыцынскага страхавання [1, с. 108].

Для большага разумення працы лекараў бальнічнай касы можна разгледзець на прыкладзе справаздачы за 1926 г. павятовай «касы хворых» у Пінску (табліца 3). Персанал бальнічнай касы складаўся з галоўнага доктара Г. Канальскага, васьмі урачаў, чатырох урачоў-стаматолагаў, двух санітарных фельдшараў, аднаго асістэнта, двух працаўнікоў амбулаторыі, аптэкара, інспектара і дворніка. Ва ўпраўленнях фонду працавалі бухгалтар, два супрацоўнікі бухгалтэрыі, сакратар, судавод, кантралёр і чыноўнік справаздачнасці [26, арк. 62].

Касы мелі ўсталяваную законам уласную сістэму самакіравання, што гарантавала незалежнасць ад дзяржаўнай адміністрацыі [24]. Гэта выяўлялася перш за ўсё ў тым, што праўленне касы абіралася тэрмінам на тры гады шляхам прамых, таемных выбараў, якія праводзіліся сярод работнікаў і працадаўцаў [3, с. 143]. Органы самакіравання прымалі ключавыя рашэнні, якія тычыліся функцыянавання бальнічнай касы.

Табліца 3 – Аказаная дапамога ў Пінскай павятовай касе [26, арк. 62]

1	Колькасць асоб, якія атрымалі лячэнне, сярод іх:	7172
	члены касы	3066 (мужчын – 1973, жанчын – 1093)
	члены сямей застрахованых асоб	4106 (мужчын – 1290, жанчын – 2816)
2	Аказана кансультацый	59 768
3	Лячыліся стацыянарна	594
	колькасць дзён	5556
4	Дапамога, аказаная асобам у іншых касях	20
5	Дапамога, аказаная асобам іншых кас	101
6	Адпраўлена на адраўленне	36 (16 дзяцей)
7	Дапамога акушэрак пры родах	235
8	Аказана кансультацый у стаматалагічных амбулаторыях	13196
9	Выяўлена інфекцыйных захворванняў	1103
10	Колькасць лекаў, выпісаных у аптэках	24926

Касы выконвалі задачы дзяржаўнага кіравання ў галіне аховы здароўя і сацыяльнага забеспячэння, але не з'яўляліся органамі дзяржаўнага кіравання. Яны прымалі рашэнні ад свайго імя і пад сваю адказнасць. У кас быў свой бюджэт, які не з'яўляўся часткай дзяржаўнага бюджэту, уласнасць і статут, прадстаўлены Міністрам працы і сацыяльнай абароны. Акрамя таго, каса з'яўлялася юрыдычнай асобай. Фонды аховы здароўя маглі ствараць свае ўласныя медыцынскія ўстановы, напрыклад, бальніцы, і яны маглі б працаваць для атрымання прыбытку [6, s. 235].

Уставы кас вызначалі іх структуру (савет, дырэкцыя, рэвізійная і арбітажная камісія), парадак іх дзейнасці фарміравання [2, с. 60]. У склад савета ўваходзілі дэлегаты, выбраныя з ліку застрахованых і працадаўцаў. Першыя складалі 2/3 з колькасці членаў, другія – 1/3. Склад дырэкцыі і рэвізійнай камісіі быў аналагічны, за выключэннем арбітражнага камітэта. Ён складаўся з пяці асоб, сярод якіх двое выбіраліся кожнай групай членаў савета, а адзін – саветам у поўным складзе [3, s. 144].

Вышэйшым органам кожнай бальнічнай касы быў савет. У касах, якія налічвалі не болей за сто тысяч застрахованых, савет складаўся з дванаццаці ці пятнаццаці членаў, якія выбіраліся тайным і ўсеагульным галасаваннем. Колькасць членаў вызначалася статутам фонду і не магла перавышаць 90 чалавек. На савет ускладваліся функцыі прыняцця змяненняў і дапаўненняў у статут, зацвярджэнне палажэнняў аб хворых і іншых нарматыўных актаў у галіне страхавання па хваробе, назначэнне на пасаду і вызваленне ад пасады галоўнага ўрача, устанаўленне каштарысу, падрыхтоўка гадавой справаздачы і месячных фінансавых планаў [11, s. 282–283]. Пасяджэнні савета праводзіліся адзін раз на год. Але маглі быць і пазачарговыя, якія арганізаваліся па пісьмовым распарадженні дырэкцыі [6, s. 235]. Пастановы Савета прымаліся абсалютнай большасцю галасоў прысутных. У выпадку роўнасці галасоў пераважаў голас старшыні [11, s. 282–283].

Выканаўчым органам бальнічных кас з'яўлялася дырэкцыя (праўленне), якая выбіралася саветам у колькасці 9–18 членаў. Яна хоць і абіралася на тры гады, але падлягала штогадовай ратацыі ў 1/3 складу. Праўленне таксама выбіралі дырэктара фонду, які прадстаўляў касу ў адносінах з трэцімі асобамі і прымаў ў якасці органа першай інстанцыі рашэнні па пытаннях медыцынскага страхавання [3, s. 144]. Акрамя функцыі кіравання дырэктар займаўся выкананнем рашэнняў савета, складаннем бюджэту, гадавой справаздачай і бухгалтарскімі заключэннямі, прадстаўленнем штомесячных справаздач і паведамленнем сваіх штомесячных фінансавых планаў, вынясеннем рашэнняў па ўсіх пытаннях страхавання, абавязку па выплаце і памерны страхавых узносаў, аб праве на добраахвотнае страхаванне, аб маёмасці крэдытнага саюза. Галоўны ўрач, які ўваходзіў у састаў дырэкцыі, адказваў за

правільны адбор супрацоўнікаў бальнічных кас з улікам іх кваліфікацыі, складаў лячэбную частку каштарысу, прадстаўляў дырэктару ход выканання бюджэту [11, s. 282–283].

Рэвізійная камісія таксама абіралася саветам тэрмінам на адзін год у колькасці 6 членаў і 3 намеснікаў. Камісія выбіралі старшыню і намесніка, адзін з якіх быў з ліку застрахованых, другі – працадаўцаў [6, s. 236]. У яе функцыі ўваходзіла ажыццяўленне комплекснага кантролю за дзейнасцю органаў крэдытнага саюза, а таксама праверка касы, бухгалтарскіх кніг і дакументаў. У выпадку выяўлення парушэнняў камісія была абавязана падаць скаргу ў Страховае ўпраўленне [3, s. 145].

Арбітажная камісія складалася з пяці членаў і выбіралася на год. Яна займалася вырашэннем спрэчак паміж страхавальнікамі і праўленнем, якія датычыліся прадастаўлення права на атрыманне дапамогі або накладання штрафаў. Рашэнні гэтай камісіі з'яўляліся канчатковымі [11, s. 282–283; 3, s. 145].

Усе павятовыя касы фарміравалі агульнанацыянальную Асацыяцыю бальнічных кас з месцазнаходжаннем галоўнага страхавога ўпраўлення ў Варшаве. У задачы Нацыянальнай асацыяцыі фондаў здароўя ўваходзілі арганізацыя лячэбна-прафілактычных устаноў і забеспячэнне іх лекамі, выдача крэдытаў і кантроль за іх дзейнасцю [3, s. 145].

Аднак арганізацыя бальнічных кас мела шмат недахопаў. Па-першае, галіна сацыяльнага страхавання прадугледжвала арганізацыю бальнічных кас са стварэннем упраўленняў у кожным ваяводстве і Галоўнага страхавога ўпраўлення. Аднак іх па ўсёй Польшы было створана толькі чатыры. Беластоцкае, Віленскае, Палескае, Навагрудскае ваяводстваў ўваходзілі ў склад Варшаўскай канторы. Таму нагляд, які вёўся з такой адлегласці, заставаўся толькі на паперы. Па-другое, ваяводскія ўпраўленні вызначалі суму касавых збораў, і яна расла амаль кожны месяц. Нягледзячы на гэта, лекары скардзіліся, што касы спазняюцца з выплатай іх ганарараў, а падаткаплацельшчыкі бачылі неправамернае выкарыстанне сродкаў і ўтрыманне арміі чыноўнікаў [10, s. 21–22]. Па-трэцяе, сустракаліся выпадкі безадказнага стаўлення ўрачоў «касы хворых» да пацыентаў. Так, жонка члена павятовай касы ў Брэсце не была прынята лекарам і звярнулася да прыватнага ўрача, які паставіў дыягназ востры бронхіт і кваліфікаваў хваробу як невылечную. Спачатку меркавалі, што гэта адзінкавы выпадак, які рэдка паўтараецца. Праз некалькі месяцаў жанчына пачала наведваць бальнічную касу, каб вылячыць пасляродавае захворванне. Але якаснага лячэння пацыентцы не аказалі, таму яе здароўе пагаршалася з кожным днём. У выніку жанчына звярнулася за лячэннем у гарадскі шпіталь да доктара Мілевіча, які пасля агляду хворай заявіў, што хвароба запушчаная і абавязкова патрабуе працяглага лячэння і сур'ёзнай аперацыі. Каса лячэнне і аперацыю так і не аплаціла [25, арк 60]. Больш трагічная сітуацыя

адбылася ў Баранавічах, дзе па некампетэнтнасці доктара Флёра памёр пацыент [13, s. 4].

Незадаволенасць бальнічнымі касамі была распаўсюджанай з'явай, якая падрывала аўтарытэт і шкодзіла іх дзейнасці. Ідэі аб рэарганізацыі фондаў здароўя з'яўляюцца яшчэ ў сярэдзіне 1920-х гг., калі ў сваім заключэнні аб дзейнасці «кас хворых» экспертная камісія Бабжынскага і Смальскага прапанавала ліквідаваць Галоўнае страхавое ўпраўленне і перадаць паўнамоцтвы Міністэрству ўнутраных спраў або Міністэрству працы і сацыяльнай абароны [10, s. 21–22]. У канцы 1920-х гг. Міністэрства працы і сацыяльнай абароны звяртае ўвагу на тое, што дзесяцігадовы вопыт дзейнасці кас не ў поўнай меры адпавядае непасрэдным жыццёвым патрэбам страхавальніка. Таму Міністэрства прыняла рашэнне аб рэарганізацыі дзейнасці фондаў аховы здароўя, у аснове якой цэнтрам новай сістэмы лячэння павінен стаць лекар, які будзе пастаянна назіраць за здароўем групы застрахованых асоб (каля 1000) на пэўнай тэрыторыі. Другой лініяй дапамогі павінны былі стаць паліклінікі як працоўныя месцы ўрачоў-спецыялістаў, адкуль адбывалася лячэнне або выезд да больш цяжкіх хворых, і, нарэшце, бальніцы і радзільныя дамы [14, s. 1].

Пастанова аб рэарганізацыі «кас хворых» выйшла 29 лістапада 1930 г. Савет і дырэкцыя распускаліся, а на іх месца прызначаўся адзіны орган – упраўленчы савет. Самакіраванне ў бальнічных касах абмяжоўвалася: частка членаў савета стала назначацца міністрам працы і сацыяльнай абароны. Як адзначае польскі даследчык Г. Халупчак, аб'яднанне прадстаўніцтваў дзяржаўнай адміністрацыі і страхавога самакіравання ў складзе праўлення павінна было ўпарадкаваць адміністрацыйную дзейнасць бальнічных кас і абавязваць іх да планамернага фінансавага вядзення. Упраўленчаму савету прадастаўляліся заканадаўчыя паўнамоцтвы пры ўстанаўленні правілаў прадастаўлення льгот, рэгламенце абслугоўвання, зацвярджэнні бюджэтных праектаў і гадавых справаздач аб дзейнасці фонду. Выканаўчым органам фонду заставалася дырэкцыя, у склад якой цяпер уваходзілі толькі дырэктар, галоўны ўрач і іх намеснікі. У кампетэнцыю дырэктара ўваходзіла вырашэнне ўсіх пытанняў, якія вынікаюць са страхавых адносін. У прыватнасці, дырэктар выносіў рашэнні аб абавязку па страхаванні, па выплаце ўзносаў і іх памерах або правах, якія вынікаюць з добраахвотнага страхавання.

Пастанова дакладна вызначыла кампетэнцыю галоўнага ўрача і дарадчага органа, якім з'яўляўся ўрачэбны савет. Галоўны ўрач адказваў за пытанні, звязаныя з арганізацыяй лячэння і прафілактыкі (прадастаўленне штотысячных праектаў фінансавых планаў медыцынскіх устаноў, умоў дагавораў, заключаных з урачамі, фармацэўтамі і іншымі пастаўшчыкамі паслуг). Галоўны ўрач быў абавязаны распрацоўваць перспектывыя планы ў галіне медыцыны, арганізоўваць супрацоўніцтва з дзяржаўнымі і прыватнымі ўстановамі ў галіне прафілактыкі і барацьбы з сацыяльнымі і інфекцыйнымі захвор-

ваннямі. Эвалюцыя інстытута галоўнага ўрача была накіравана на паступовае пашырэнне яго кампетэнцыі, асабліва ў галіне медыцыны.

Пры галоўным лекары існаваў урачэбны савет, які складаўся з 15 членаў (7 урачоў пастаянна працавалі ў касе, і 8 прызначаліся на два гады) і выконваў функцыі кансультацыйна-дарадчага органа. Урачэбны савет даваў заключэнні па бюджэтным каштарысе, планах арганізацыі лячэння, прафілактычных мерапрыемствах і праектах прымянення лячэбна-прафілактычных мерапрыемстваў у рамках касы здароўя [3, s. 147–148].

У пачатку 1930-х гг. рэзка скарацілася самакіраванне бальнічных кас. Звязана гэта з тым, што звычайнай стала практыка поўнаасцю распускаць саветы, а замест якіх органами дзяржаўнай улады прызначаць сваіх прадстаўнікоў. Агульная колькасць плацельшчыкаў бальнічных кас таксама зменшылася. Застрахованыя скардзіліся на якасць медыцынскай дапамогі, якая аказвалася па страхаванні. Таксама большасць медыцынскіх суполак адмоўна ставілася да сістэмы кас, абвінавачваючы яе ў зніжэнні рэальнага кошту медыцынскіх паслуг. У выніку, бальнічныя касы былі ліквідаваны законам ад 28 сакавіка 1933 г. Іх функцыі ўзялі на сябе новыя ўстановы сацыяльнага страхавання [20].

Заклучэнне. Такім чынам, бальнічныя касы як адзін з відаў сацыяльнага страхавання пачалі афіцыйна фарміравацца на тэрыторыі Заходняй Беларусі значна пазней у параўнанні з цэнтральнымі ваяводствамі Польшчы. Касы ствараліся па тэрытарыяльнай прыкмеце і колькасць членаў налічвала 5 тыс. чалавек. Бальнічныя касы стваралі амбулаторыі, медыцынскія пункты, урачэбныя кабінеты, аптэкі і аптэчныя пункты, наймалі медыцынскі персанал. Медыцынская дапамога часцей за ўсё аказвалася ўрачамі бальнічных кас у цэнтрах здароўя, радзей прыватнапрактыкуючымі ўрачамі на аснове двухбаковага дагавора з бальнічнымі касамаі. Член касы і яго сям'я маглі карыстацца бясплатнай медыцынскай дапамогай (забеспячэнне лекамі і іншымі лячэбнымі сродкамі, стацыянарнае лячэнне). Аднак не ўсе жыхары маглі дазволіць сабе страхаванне з-за высокіх коштаў. Абавязковыя ўзносы складалі 6,5 % ад заробку працоўнага. Сродкі страхавых кас фарміраваліся і за кошт ўзносаў прадпрымальнікаў. Касы мелі ўсталяваную законам гарантыю незалежнасці ад дзяржаўнай адміністрацыі, таму мелі ўласную сістэму самакіравання, якая складалася з савета, дырэкцыі, рэвізійнай і арбітажнай камісій. Парадак іх дзейнасці і фарміравання вызначаўся ўставам. Да канца 1929 г. колькасць «кас хворых» скарачаецца, што прыводзіць да іх рэарганізацыі: былі ліквідаваны павятовыя і муніцыпальнае касы і ўведзена адзінае паняцце тэрытарыяльнай касы. На пачатку 1930-х гг. дзяржава бярэ касы пад свой кантроль, што прыводзіць да абмежавання іх самакіравання, а ў 1933 г. і да ліквідацыі. Існаванне «кас хворых» стала першым этапам ў фарміраванні грамадскіх страхавых устаноў на тэрыторыі Заходняй Беларусі.

ЛІТАРАТУРА І КРИНИЦІ

1. Тищенко, Е. М. Из истории страховой медицины в западных областях Беларуси / Е. М. Тищенко, Г. Д. Стасюкевич, В. В. Ерчик // Бюллетень научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко. – 1994. – Вып. 1. – С. 108–109.
2. Тищенко, Е. М. Страховая медицина в Западной Белоруссии в межвоенный период (1921–1939 гг.) / Е. М. Тищенко, С. Н. Гриб // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 4. – С. 59–60.
3. Chałupczak, G. Kasy chorych w systemie ochrony zdrowia w Polsce / G. Chałupczak // Facta Simonidis. – 2008. – № 1. – S. 141–161.
4. Grassmann, M. Szpitalnictwo cywilne w województwie białostockim w II Rzeczypospolitej / M. Grassmann, A. Zemke-Górecka, B. Kędra // Miscellanea Historico-Iuridica. – Białymstok, 2009. – T. 8. S. 127–142.
5. Jach-Męczałkowska, I. Prawne aspekty transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku Interdyscyplinarne studium z zakresu nauk o zdrowiu i nauk prawnych: praca doktorska / I. Jach-Męczałkowska. – Poznań, 2016. – 269 л.
6. Jach-Męczałkowska, I. Organizacja Kas Chorych w II Rzeczypospolitej / I. Jach-Męczałkowska // Hygeia Public Health 2015. – № 50(1). – S. 233–238.
7. Frankowski, W. O nowy system lecznictwa Kasowego / W. Frankowski // Lekarz Polski. – 1930. – № 7. – S. 158–159.
8. Jezewski, W. Aktualne zagadnienie / W. Jezewski // Lekarz Polski. – 1928. – № 3. – S. 65–67.
9. Judym, W. Pozycja lekarza we współczesnej demokracji / W. Judym // Lekarz Polski. – 1927. – № 1. – S. 3–6.
10. Komisja Bobrzyńskiego o Kasach Chorych // Lekarz Polski. – 1926. № 5. – S. 21–22.
11. Nowa organizacja Kas Chorych // Lekarz Polski. – 1930. – № 12. – S. 281–284.
12. Uwagi do projektu przepisów służbowych dla pracowników Kas Chorych // Lekarz Polski. – 1932. – № 12. – S. 283–286.
13. Lecznictwo Kasy Chorych w Baranowiczach // Życie Nowogrodzkie. – 1930. – № 3. – S. 4.
14. Przed reforma Kas Chorych // Życie Nowogrodzkie. – 1930. – № 3. – S. 1.
15. Mały rocznik statystyczny. 1930. – Warszawa: GUS, 1930. – 171 s.
16. Mały rocznik statystyczny. 1931. – Warszawa: GUS, 1931. – 168 s.
17. Mały rocznik statystyczny. 1932. – Warszawa: GUS, 1932. – 166 s.
18. Mały rocznik statystyczny. 1933. – Warszawa: GUS, 1933. – 183 s.
19. Mały rocznik statystyczny. 1934. – Warszawa: GUS, 1934. – 232 s.
20. Kasy chorych w Polsce [Электронны рэсурс] // Web.archive. – Режим доступу: https://web.archive.org/web/200-90528233919/http://www.muzeum.warszawa1939.pl/osoba.php?osoba_id=13. – Дата доступу: 21.10.2022.
21. Абраменко, М. Е. Особенности здравоохранения в Западной Белоруссии / М. Е. Абраменко [Электронный ресурс] // СБ. Беларусь сегодня. – Режим доступа: <https://www.sb.by/articles/zlotykh-net-togda-derzhites.html>. – Дата доступа: 29.01.2022.
22. Клейн, Б. С. К истории здравоохранения в Гродно в период господства польской буржуазии и помещиков (1920–1939) / Б. С. Клейн, В. Ч. Бржесский // Вопросы истории медицины и здравоохранения БССР : материалы второй науч. конф.; редкол.: Г. Р. Крючок [и др.]. – Минск, 1965. – С. 131–132.
23. Гецевич, А. К. Экономические процессы в Западной Беларуси (1921–1939 гг.) / А. К. Гецевич, М. Б. Семенчик, П. Т. Стецкевич // Science Time. – 2016. – № 11. – С. 112–116.
24. Особенности здравоохранения на территории Западной Беларуси [Электронный ресурс] // Республиканская научная медицинская библиотека. – Режим доступа: <http://rsml.med.by/ru/osobennosti-zdravoohraneniya-na-terr/>. – Дата доступа: 29.01.2022.
25. Дзяржаўны архіў Брэсцкай вобласці (ДАБВ). ДАБВ. – Ф. 1. Воп. 5. Спр. 108.
26. ДАБВ. – Ф. 1. Воп. 5. Спр. 67.

REFERENCES

1. Tishchenko, E. M. Iz istorii strakhovoi meditsiny v zapadnykh oblastiakh Belarusi / E. M. Tishchenko, G. D. Stasiukevich, V. V. Erchik // Biulleten' nauchno-issledovatel'skogo instituta sotsial'noi gigieny, ekonomiki i upravleniia zdравookhraneniem im. N. A. Semashko. – 1994. – Vyp. 1. – S. 108–109.
2. Tishchenko, E. M. Strakhovaiia meditsina v Zapadnoi Belorussii v mezhoennnyi period (1921–1939 gg.) / E. M. Tishchenko, S. N. Grib // Problemy sotsial'noi gigieny, zdравookhraneniia i istorii meditsiny. – 2005. – № 4. – S. 59–60.
3. Chałupczak, G. Kasy chorych w systemie ochrony zdrowia w Polsce / G. Chałupczak // Facta Simonidis. – 2008. – № 1. – S. 141–161.
4. Grassmann, M. Szpitalnictwo cywilne w województwie białostockim w II Rzeczypospolitej / M. Grassmann, A. Zemke-Górecka, B. Kędra // Miscellanea Historico-Iuridica. – Białymstok, 2009. – T. 8. S. 127–142.
5. Jach-Męczałkowska, I. Prawne aspekty transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce po 1989 roku Interdyscyplinarne studium z zakresu nauk o zdrowiu i nauk prawnych: praca doktorska / I. Jach-Męczałkowska. – Poznań, 2016. – 269 л.
6. Jach-Męczałkowska, I. Organizacja Kas Chorych w II Rzeczypospolitej / I. Jach-Męczałkowska // Hygeia Public Health 2015. – № 50(1). – S. 233–238.
7. Frankowski, W. O nowy system lecznictwa Kasowego / W. Frankowski // Lekarz Polski. – 1930. – № 7. – S. 158–159.
8. Jezewski, W. Aktualne zagadnienie / W. Jezewski // Lekarz Polski. – 1928. – № 3. – S. 65–67.
9. Judym, W. Pozycja lekarza we współczesnej demokracji / W. Judym // Lekarz Polski. – 1927. – № 1. – S. 3–6.
10. Komisja Bobrzyńskiego o Kasach Chorych // Lekarz Polski. – 1926. № 5. – S. 21–22.
11. Nowa organizacja Kas Chorych // Lekarz Polski. – 1930. – № 12. – S. 281–284.
12. Uwagi do projektu przepisów służbowych dla pracowników Kas Chorych // Lekarz Polski. – 1932. – № 12. – S. 283–286.
13. Lecznictwo Kasy Chorych w Baranowiczach // Życie Nowogrodzkie. – 1930. – № 3. – S. 4.
14. Przed reforma Kas Chorych // Życie Nowogrodzkie. – 1930. – № 3. – S. 1.
15. Mały rocznik statystyczny. 1930. – Warszawa: GUS, 1930. – 171 s.
16. Mały rocznik statystyczny. 1931. – Warszawa: GUS, 1931. – 168 s.
17. Mały rocznik statystyczny. 1932. – Warszawa: GUS, 1932. – 166 s.
18. Mały rocznik statystyczny. 1933. – Warszawa: GUS, 1933. – 183 s.
19. Mały rocznik statystyczny. 1934. – Warszawa: GUS, 1934. – 232 s.
20. Kasy chorych w Polsce [Электронны рэсурс] // Web.archive. – Режим доступа: https://web.archive.org/web/200-90528233919/http://www.muzeum.warszawa1939.pl/osoba.php?osoba_id=13. – Дата доступа: 21.10.2022.
21. Абраменко, М. Е. Особенности здравоохранения в Западной Белоруссии / М. Е. Абраменко [Elektronnyi resurs] // SB. Belarus' segodnia. – Режим доступа: <https://www.sb.by/articles/zlotykh-net-togda-derzhites.html>. – Дата доступа: 29.01.2022.
22. Klein, B. S. K istorii zdравookhraneniia v Grodno v period gospodstva pol'skoi burzhuazii i pomeshchikov (1920–1939) / B. S. Klein, V. Ch. Brzhesskii // Voprosy istorii meditsiny i zdравookhraneniia BSSR : materialy vtoroi nauch. konf.; redkol.: G. R. Kriuchok [i dr.]. – Minsk, 1965. – S. 131–132.
23. Getsevich, A. K. Ekonomicheskie protsessy v Zapadnoi Belarusi (1921–1939 gg.) / A. K. Getsevich, M. B. Semenich, P. T. Stetskevich // Science Time. – 2016. – № 11. – S. 112–116.
24. Osobennosti zdравookhraneniia na territorii Zapadnoi Belarusi [Elektronnyi resurs] // Respublikanskaia nauchnaia meditsinskaia biblioteka. – Режим доступа: <http://rsml.med.by/ru/osobennosti-zdravoohraneniia-na-terr/>. – Дата доступа: 29.01.2022.
25. Dzyaržaўny arhiū Bresckaj voblastci (DABV). DABV. – F. 1. Vop. 5. Spr. 108.
26. DABV. – F. 1. Vop. 5. Spr. 67.