

**РОЗВИТОК ФОРМ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ
ТА ФОРМУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ СОЦІАЛЬНОГО
СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ
(кінець XVIII – початок XX ст.)**

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.

***Ключові слова:** соціальний захист, соціальне страхування, історія страхової справи.*

Постановка проблеми. 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. Питання історичного розвитку страхових форм соціального захисту населення в науковій літературі досліджуються недостатньо. Переважно висвітлюється розвиток організаційних форм надання медичної допомоги населенню і стан лікування. Проте на початку XX ст. спостерігається інтерес науковців до особливостей функціонування медичного страхування в ринкових умовах становлення індустріального суспільства.

Серед авторів, які розглядають даний аспект страхової проблематики, можна назвати В.Єрмілова [1] і В.Н.Лехан [3] (Україна); В.Роїка [7] і Ю.Лісицина [4] (Росія). Однак згаданими дослідниками проблеми соціального страхування аналізуються або під певним кутом зору, або в ракурсі окремих аспектів. Проте в науковому плані питання цікаво проаналізувати повноцінно і комплексно, враховуючи всі сторони функціонування страхового соціального захисту.

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

Основний матеріал. 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 самопомоги.

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 формувалася 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 самопідтримки, 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 (гірничі справи 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 праце-

здатності 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 ґрунтувалася 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 ХІХ 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 ХІХ–ХХ 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 ХІХ ст. соціальне страхування поширюється на Південну Україну – регіон, який займав провідні позиції у справі соціального забезпечення робітників. На підприємствах Одеси запроваджувалося добровільне страхування робітників у приватних загальнострахових 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-трудоових 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 $\frac{1}{3}$ всіх страхових внесків; решта $\frac{2}{3}$ – складалися із доплат роботодавців. У товариствах страхування від нещасних випадків внески повністю складалися 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 захистом. Медичними страховими послугами забезпечувалась одна шоста частина від загальної чисельності працюючих, і вони поширювалися тільки на зайнятих у промислових містах.

До негативних сторін страхової справи належали: а) недоступність кваліфікованої медичної допомоги (особливо спеціалізованої) для сільського населення і більшості міських мешканців; б) територіальна і відомча обмеженість страхування; в) домінування роботодав-

ців 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 страхових 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 принципів, була незрілість на той час громадянського суспільства.

Незважаючи на свою недосконалість, страхова форма медичного 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 застрахованих 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 впровадження медичного страхування в Росії та Україні була ініціатива місцевих органів, корпоративна галузева соціальна політика, професійна активність медичних працівників, а також державна підтримка, яка виявилась у законодавчому полі. Все це демонструє багатоаспектний характер медичного соціального страхування, який доцільно враховувати 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 лікарняних кас.

В статье в историко-экономическом 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.

Ключевые слова: *социальная защита, социальное страхование, история страхового дела.*

1. *Єрмілов В.С.* Історичні 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.

Одержано 12.09.2007.

УДК 659.127.6

Т.В. Поліщук

ОСОБЛИВОСТІ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКИХ БРЕНДІВ (кінець ХХ – початок ХХІ ст.)

У статті вивчаються й аналізуються особливості формування найбільш відомих українських брендів. Висвітлюються питання впливу брендів на розвиток сучасної економіки України та характерні тенденції їх розвитку.

Ключові слова: *торгова марка, бренд, український брендінг.*

Постановка проблеми. Розвиток сучасної світової економіки відбувається в напрямі глобалізації, основним проявом якої є інтернаціоналізація торговельно-економічної діяльності за умов зростання впливу брендів на розвиток економік країн, що розвиваються. Поява

© Т.В. Поліщук, 2008

ISSN 0320-4421. Історія нар. госп-ва та екон. думки України. 2008. Вип. 41.