

УДК 94(477)"1945–1955"

Волоніць В.С., к.і.н., доцент кафедри історії та археології

Шипік Н. Ф., к.і.н., доцент кафедри історії та археології

ПОВОЄННИЙ СТАН ТА РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗА МАТЕРІАЛАМИ СТАТИСТИЧНОГО УПРАВЛІННЯ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Сьогодні не втрачає своєї актуальності звернення до ретроспективного аналізу різних сторін життя українського соціуму повоєнного часу. Охорона здоров'я та головна її компонента медичне обслуговування є одним з найбільш соціально значущих напрямів державної діяльності. Советська внутрішня політика та владна адміністративна вертикаль створила унікальну систему експлуатації людських ресурсів, в якій базові принципи охорони здоров'я населення і розвитку медицини були переважно декларативними, а реалії життя протилежними до заявлених.

Перші повоєнні роки стали вкрай складними для цієї надважливої сфери. За час нациської окупації на території України розорення та пограбування зазнали понад 18000 лікувальних закладів серед яких були лікарні, поліклініки, амбулаторії, пологові будинки, диспансери, медико-санітарні установи. Показники руйнувань закладів лікувально-профілактичної мережі УРСР у середньому складали 60–70% довоєнного рівня, а подекуди сягали і 100%. Суттєвих руйнувань зазнала мережа медичних закладів Донеччини.

У 1943-1945 роках на відновлення матеріально-технічної бази системи охорони здоров'я та діяльності медичних установ України уряд асигнував понад 3 млрд. крб., однак ці капіталовкладення значно поступалися коштам спрямованим до промислових міністерств. Наприкінці 1945 р. ремонт та будівництво медичних установ і підготовка їх до зими здійснювалися переважно за рахунок залучених позабюджетних коштів та коштів громадськості. План четвертої п'ятирічки (1946-1950 рр.) на папері декларував відновлення довоєнного рівня медичного обслуговування та його подальший розвиток і покращення. Зазначимо, що у порівнянні з довоєнним періодом, кількість медичних працівників і лікарняних ліжок в Сталінській області значно скоротились. Втім надалі чисельність лікарів зростала як у міській, так й у сільській місцевостях. Частково це можна було пояснити демобілізаційними процесами. Однак рівень укомплектованості лікарськими кадрами залишався недостатнім, і на 1951 р. складав 88,4%. Ця проблема залишалася актуальною і надалі. З 6 тис. 790 передбачених за штатом лікарських посад у 1953 р. фактично працювало 4 тис. 592 лікаря, переважна більшість з яких - в містах і селищах міського типу. Задля скорочення дефіциту медичних кадрів активно використовувалася така форма зайнятості як сумісництво. Обласний коефіцієнт сумісництва у 1953 р. становив 1,4 ставки на одного лікаря. В окремих містах, як то Сталіно, Горлівка, Макіївка коефіцієнт сумісництва досягав від 1,8 до 2. Вкрай незадовільним залишався рівень укомплектованості медичними кадрами у сільській місцевості, де подекуди залишалися вільні посади, а ставки лікарів були розподілені між середнім медичним персоналом. Фактично лише на 50% деякі сільські медичні установи були забезпечені лікарями. У звітній документації обласного статистичного управління не тільки зафіксовано проблему нестачі медичних працівників, але і зазначено що вона спричинила зниження рівня надання медичної допомоги в області.

Надмірним було навантаження у дільничних лікарів. До прикладу, у 1946 р. на ділянці Каракуббуду з необхідних за штатним розписом 5 лікарів, фактично працював лише один, навантаження якого становило 40-85 пацієнтів замість встановленої норми 18-20 осіб на один робочий прийом. Це показник без врахування 25-32 стаціонарних хворих. Крім того, цей лікар обслуговував ще 400 вагітних. Така завантаженість лікаря в умовах відсутності допоміжних засобів (лабораторії, рентгену) значно ускладнювала діагностику та знижувала якість надання допомоги.

Нестачу вузьких спеціалістів можна проілюструвати на прикладі фтизіатрів. Брак останніх певною мірою обмежував протитуберкульозні заходи. Усі спеціалізовані заклади області у 1955 р. налічували лише 261 лікаря, з яких тільки 11 працювали у селах. Незначне збільшення кількості фтизіатрів не дозволило зменшити навантаження лікарів. Коефіцієнт сумісництва навіть у 1955 р. залишався доволі високим і складав 1,7 ставки. Через відсутність фахівців у сільській місцевості, легенево-хірургічні ліжка обслуговували лікарі інших спеціальностей. Станом на початок 1956 р., незважаючи на велику щільність населення, в Сталінській області існувало лише 25 протитуберкульозних диспансерів, 28 диспансерних відділень, 24 тубкабінета та 5 тубстанціонарів при загальних лікарнях.

Постанова Ради Міністрів СРСР від 17 вересня 1947 р. поклала початок повоєнній медичній реорганізації, внаслідок якої були об'єднані амбулаторно-поліклінічні і стаціонарні установи в єдині ЛПУ (лікувально-профілактичні установи). На виконання цієї постанови МОЗ СРСР видало наказ № 431 від 24 жовтня 1947 р. «Про заходи щодо покращення лікувально-профілактичного обслуговування населення», де були окреслені головні принципи об'єднання. Наказ зобов'язував лікарів поліклінік суміщати свою роботу з роботою у стаціонарі. Лікарі поліклінік мали працювати за дволанковою системою: пів робочого дня в стаціонарі, іншу – в поліклініці. Втім адміністрація поліклінік не могла швидко адаптуватися до нової системи, та не бажала подрібнювати робочий день значної кількості лікарів, особливо тих, які працювали на півставки. У стаціонарах лікарі поліклінік мали обслуговувати палати, де лікували хворих, а пізніше доліковували їх в поліклініках. Цю реформу передбачалося завершити до 1950 р. Але протягом відведеного часу повністю не вдалося об'єднати амбулаторну та стаціонарну допомогу. Серед офіційних причин вказувалась відсутність належної уваги до об'єднання з боку міськздоровідділів і райвиконкомів. Однак дійсні причини, що полягали у відсутності приміщень для відкриття стаціонарів, були більш банальними та відповідали тогочасним реаліям.

Отже, на 1949 р. в УРСР була створена трирівнева система медичного обслуговування, що складалася з дільничних, районних, міських і обласних лікарень. Відбувся перехід від виробничого принципу медичного обслуговування населення до територіального. У межах реформаційних рішень МОЗ СРСР у 1949 р. видало наказ № 870, який зафіксував принцип дільничного обслуговування, встановивши типову територіальну лікарську дільницю з населенням 4 тис. осіб. Отже, значно зменшилася кількість необ'єднаних поліклінік і амбулаторій, бо більшість з них було перетворено в дільничні лікарні. Так, станом початок 1952 р. з 198 лікувальних закладів у міських поселеннях Сталінської області було об'єднано 161 лікарню або 81,8%. Ліжковий фонд об'єднаних лікарень становив

73,5% загального фонду. Об'єднання надало можливість скоротити кількість кошторисів і штатних розкладів на 566 одиниць.

Зазначимо, що об'єднання лікарень з поліклініками і амбулаторіями проводилося формально, без врахування наявності підготовлених кадрів та облаштованих приміщень. У переважній більшості медичних закладів не вистачало меблів, білизни та санпропускників. Було відсутнє центральне опалення, водопостачання, каналізація, а окремі заклади навіть не мали – звичайних санітарно-гігієнічних умов. Більшість закладів були малоелектрифікованими. Державне фінансування медичних установ було недостатнім. Ще у більш скрутному становищі опинилися сільські дільничні лікарні і дільничні амбулаторії, які не мали лікарів. Однак, не зважаючи на проблеми, з якими зіткнулися реформаційні зусилля, все ж вдалося запровадити принцип територіальної дільничності, збільшити відсоток госпіталізації, скоротити розбіжність у поліклінічних і клінічних діагнозах, поглибити спеціалізацію завдяки взаємодії зі спеціалістами стаціонарів. 82% терапевтів навчилися читати електрокардіограму завдяки інтеграції, що скоротило смертність у терапевтичних відділеннях. Втім віддаленість медичних закладів один від одного, невідповідність між потужністю та профілями закладів робило об'єднання формальною справою й ускладнювало дислокацію стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних закладів, загальмувало профілювання ліжкового фонду. Окремі недоліки реформи щодо організації робочого часу лікарів були усунуті адміністративним шляхом наказом № 69 МОЗ СРСР від 17 квітня 1954 р. «Про заходи щодо подальшого покращення організаційних форм медичного обслуговування населення та усунення помилок, що мали місце під час об'єднання лікарняних та поліклінічних установ». Наказом була замінена трьохланкова система медобслуговування на дволанкову. Якщо перша передбачала роботу лікаря впродовж робочого дня у лікарні, поліклініці та на дільниці, то друга уможливила роботу лікаря протягом дня у стаціонарі й поліклініці або у стаціонарі та на дільниці. Однак найбільшого поширення у зв'язку з віддаленістю поліклінік від стаціонарів набула система чергування, за якою частина лікарів працювала тільки в стаціонарі, частина – тільки в поліклініці з поквартальним чергуванням (3–4 місяці).

Література:

1. ДАДО (Державний архів Донецької області). Ф.Р.4249. Оп.2. Спр.8926. Арк.1-4.
2. ДАДО. Ф.Р.4249. Оп.2. Спр.8926. Арк.9-10.
3. ДАДО. Ф.Р.180. Оп.2. Спр.3. Арк.120.
4. Бартон К. Всеохватная помощь при сталинизме? Советское здравоохранение и дух государства благоденствия, 1945–1953. Советская социальная политика: сцены и действующие лица, 1940–1985 / под ред. Е. Р. Ярской-Смирновой, П. В. Романова. Москва, 2008. С. 174–193.
5. Ільїн В. Г. Відбудова охорони здоров'я у Харкові (1943–1947 рр.). Сторінки історії: Збірник наукових праць. Вип. 42. Київ, 2016. С. 118–129.
6. Ісайкіна О.Д. Проблеми медичного обслуговування міського населення України (1945-1955 рр.). Україна ХХ ст.: культура, ідеологія, політика: Зб. ст. Київ, 2005. Вип. 8. С. 207-212.

7. Перехрест І. В. Реформування медичних закладів в Україні (1947-1950 рр.) – один із напрямків подолання медикосанітарних наслідків війни та окупації. Сторінки воєнної історії України: зб. наук. статей. Київ, 2005. Вип. 9. Ч. 3. С. 288-293.
8. Романюк І. М. Проблеми медичного обслуговування сільського населення України в 1950-60-ті рр. Україна ХХ ст.: культура, ідеологія, політика. Випуск 7. Київ, 2004. С. 457-466.
9. Романюк І.М., Школьнікова Т.Ю. Стан системи охорони здоров'я України в перші повоєнні роки. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. Зб. наук. пр. Вип. 51 / Редкод. І.А. Зязюн (голова) та ін. Київ-Вінниця, 2018. С. 108-112.
10. Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947–1953). Москва: Медицина, 1989. 429 с.

УДК 902.2

Zabavin V., PhD, Associate Professor of the Department of History and Archaeology, researcher at the Department of Prehistoric Archaeology, Institute of Archaeology of the Slovak Academy of Sciences

Bulyk M., PhD, Associate Professor of the Department of Political Science and International Relations

25 YEARS OF BARROW ARCHAEOLOGY AT MSU

In 1997 in Mariupol State University a permanent archaeological expedition (AE MSU) was created, the main purpose of its work is to identify, survey, register and study archaeological sites in the field conditions. The objects of research of the expedition are ancient archaeological heritage of Mariupol and Azov region, which have scientific value, are located in the area of construction works or are destroyed under the influence of time and external factors.

Mariupol State University, being a peer of Ukrainian statehood, has already managed to demonstrate its commitment to European standards of higher education, which in turn had a positive impact on both educational and scientific activities. The status of any classical university, among other things, is determined by the quality and level of development of humanitarian knowledge, including historical knowledge. In the field of historical knowledge, university science from the beginning of the 19th century was enriched by such a special direction as archaeology. Over time, archaeology has acquired and continues to retain the status of almost mandatory discipline for all reputable universities.

Mastering the methods of field archaeological research by students is an important step in the professional training of future specialists. Every summer, as part of the archaeological practice, students of history carry out explorations and excavations of archaeological objects, which are so rich in the Northern Azov region. Trends in the development of the archaeological direction of educational and scientific activities of MSU allowed to create conditions for the application of the latest techniques in the study of objects. This made it possible to cover complex and controversial problems of history in a new way[7].