

*Лідія Лавріненко*



## **ФОРМИ Й МЕТОДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ЇХНІ ПРОЯВИ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ (1960 – 1980-і рр.)**

*У статті аналізується проблема державного регулювання охорони народного здоров'я в СРСР і в Україні у 1960 – 1980-і рр. та її прояви на Чернігівщині щодо розвитку матеріально-технічного потенціалу медичних установ.*

У 1960-і роки вітчизняна система охорони здоров'я характеризувалася специфічним етапом свого розвитку. Причини цього явища загальновідомі й впливали головним чином з надр глибинної суспільної кризи. Принципи її організації, які були сформульовані у 1920-і роки наркомом охорони здоров'я т. Семашком, включали в себе жорстку плановість, безкоштовність, загальнодоступність допомоги, профілактичну спрямованість, наявність дільниць, не мали подальшого теоретичного розвитку, а отже, переставали відповідати завданням часу. Девіз «Здоров'я людини – це багатство держави, цілісністю якого повинен піклуватись і лікар, і керівник підприємства, де працює громадянин» і надалі залишався головним для медицини цього періоду. Критерієм якості лікування виступала максимальна тривалість життя без активного втручання медицини.

Чинна в досліджувані роки система охорони здоров'я ґрунтувалася на нормах, закріплених в Основах законодавства Союзу РСР і союзних республік (1969 р.) і Законі Української РСР «Про охорону здоров'я» (1971 р.), де підкреслювалося, що охорона здоров'я населення – одне із найважливіших завдань радянської держави та обов'язок усіх державних органів і громадських організацій. До 1969 р. принципи системи охорони здоров'я монополюно визначалися директивами КППС – КПУ. Зокрема, у прийнятій ХХІІ з'їздом КППС програмі декларувалося, що соціалістична держава – єдина держава, яка бере на себе турботу про охорону і постійне поліпшення здоров'я усього населення. Це забезпечується системою соціально-економічних і медичних заходів [17, с. 96].

Поступово систему охорони здоров'я було облуптано тисячами жорстких і заборонних нормативних актів, які виключали будь-яку ініціативу на всіх рівнях її організації й управління. Це врешті-решт призвело до застою, а згодом і до глибокої кризи. Право на охорону здоров'я вперше закріплено в Конституції СРСР 1977 р., Конституції УРСР 1978 р., оскільки саме до цього часу в основному сформовано державну систему охорони здоров'я, набули широкого розвитку такі гарантії, як існування та діяльність державних медичних закладів, закладів для лікування й зміцнення здоров'я громадян. Організаційні принципи відповідали радянській дійсності й тією чи іншою мірою задовольняли потреби тогочасної системи охорони здоров'я. Але передовий світовий досвід розвитку відносин у цій сфері (Велика Британія, Канада та ін.) свідчив про те, що державний характер медицини слід поєднувати із децентралізованою формою управління та рівноправним існуванням приватної та комунальної форм власності. Гіперцентралізоване планування було однією з основних причин неефективності системи організації медичної допомоги,

---

© Лавріненко Лідія Іванівна – кандидат історичних наук, доцент Чернігівського обласного інституту післядипломної педагогічної освіти імені К. Д. Ушинського.

виключало ініціативу регіонів, поступово робило систему менш гнучкою, нездатною пристосовуватися до потреб життя.

Отже, система охорони здоров'я України, будучи складовою частиною системи охорони здоров'я СРСР, протягом тривалого часу розвивалась екстенсивним шляхом – із року в рік, із п'ятирічки в п'ятирічку збільшувались капіталовкладення в неї, збільшувалася кількість закладів охорони здоров'я, медпрацівників і лікарняних ліжок. А разом із безплатністю й доступністю медичної допомоги ці показники становили одну із головних ідеологічних засад, що демонстрували переваги соціалістичного ладу над капіталістичним.

Радянська медицина певний час демонструвала свої переваги, коли йшлося про боротьбу з інфекційними хворобами й туберкульозом. Коли ж рівень громадського здоров'я почали визначати хронічні дегенеративні хвороби (системи кровообігу, злоякісні новоутворення тощо), мізерних коштів ставало все більше недостатньо.

Доступність медичної допомоги та послуг все більше залежали від можливостей бюджету держави. У 1960 – 1980-і роки фінансування охорони здоров'я, незважаючи на зростання цих показників в абсолютних цифрах із п'ятирічки в п'ятирічку, здійснювали за відомим залишковим принципом: на охорону здоров'я виділяли тільки те, що залишалося від фінансування пріоритетних, стратегічно важливих програм і галузей – оборони, освоєння космосу та промислового виробництва. Уже в 1970-і роки стало помітно, що державних коштів для функціонування медичних закладів із новітнім дорогим обладнанням та новітніми лікарськими препаратами не достатньо. Для того, щоб нормально функціонували лікарні й клініки, які були оснащені дуже дорогою апаратурою й новітніми медикаментами, необхідно було збільшувати бюджет на охорону здоров'я щорічно не менше як на 40-45%. Але держава не мала можливості піти на такі величезні витрати. Постає необхідність пошуку нових форм фінансування. Тому й не бралися до уваги пропозиції, що надходили й стосувалися переходу радянської системи охорони здоров'я на принципи страхової медицини, заперечувалася полеміка про вибір ліпшої системи тощо.

Діяльність органів державного управління охороною здоров'я було також максимально регламентовано, й здійснювалася вона в умовах «вертикалі управління».

У 1960 – 1980-і роки модель вертикального управління охороною здоров'я стала ще жорсткішою. 1962 року відбулися суттєві зміни. Замість райздороввідділів керівництво закладами району передавалося головному лікареві районної лікарні. Центральна районна лікарня ставала новою організаційною формою, яка за своїми функціями перетворювалася не тільки в осередок спеціалізованої медичної допомоги населенню району, але й ставала центром оперативного й стратегічного управління всіма лікувально-профілактичними закладами. Як показала практика, таке рішення мало позитивні наслідки щодо посилення централістських тенденцій в управлінні. Певна негативна сторона його виражалась у тому, що головному лікареві районної лікарні доводилося займатися не тільки лікувальною практикою, а й вирішувати господарчі питання, що, звичайно, позначалося на якості надання медичних послуг населенню району.

Проте загальнодержавна система управління охороною здоров'я (міністерство, обласне управління, центральна районна лікарня, медичний заклад) залишалась адміністративно-командною. Вона здавалася логічно стрункою, монолітною і стабільною, але на практиці мала застійний характер. Її особливості полягали в поклонінні перед верхами; мінімальному оновленні керівних кадрів; перетворенні кожного керівника зверху донизу лише у свого представника («гвинтика»), а не правомірного управління у сфері своєї компетентності; делегуванні прав лише «догори»; відсутності госпрозрахунку як антиподу; боязні неслуху перед «верхами».

Плановий характер радянської системи охорони здоров'я відбивав її виключно монопольний державний характер. Планування мало кілька взаємопов'язаних етапів. Спочатку вища державна інстанція в особі планово-бюджетної комісії Верховної Ради СРСР розробляла так звані контрольні цифри розвитку охорони здоров'я на певний період. В основу цифр клалися ймовірні бюджетні асигнування та нормативи забез-

печення населення медичною допомогою. Контрольні цифри спускалися на рівень республіки, звідти – області і далі – району. Керуючись ними, органи управління охороною здоров'я району (міста) розробляли так звані базові плани розвитку. При їх розробці не стільки керувалися визначеними нормативами, скільки, про всяк випадок, просили більше. На рівні області зводилися плани районів і враховувалися загальнообласні інтереси. Зведені плани на рівні країни, як правило, у десятки разів перевищували контрольні цифри, тому вищій інстанції нічого не залишалося як суттєво їх коригувати [13, с. 300 – 333].

Протягом 1965 – 1985 рр. державні видатки на охорону здоров'я Чернігівщини зросли більш ніж удвічі, з 30,1 до 70,5 млн. крб. Щорічне збільшення фінансування медицини дало можливість дещо поліпшити госпіталізацію хворих, поліпшити забезпечення лікувально-профілактичних установ обладнанням: діагностичною апаратурою, рентген-апаратами, електро- і світлоапаратурою. У більшості медичних закладів, у тому числі й дільничних лікарнях, почали працювати клінічні лабораторії та автотранспорт. Для районних, міських та сільських дільничних лікарень зросли поставки хірургічного інструментарію, безтіньових ламп, апаратів для газового наркозу тощо. Проте не вистачало фізіотерапевтичної апаратури: кварцу, солюксу, діатермії; лабораторного обладнання й реактивів [15, с. 2; 3, арк. 20-21; 4, арк. 2-10].

Водночас попри зростання абсолютних видатків, система охорони здоров'я постійно відчувала брак коштів, матеріально-технічний потенціал її розвивався неритмічно.

У досліджувані роки відбувалося нарощування кількісних показників: збільшувалася чисельність медичних кадрів, лікарняних ліжок, які були плановими показниками розвитку медичної допомоги. Саме за цими показниками галузь займала перше місце у світі й саме з їх допомогою обґрунтовувався її передовий характер [2, с. 15].

Протягом 1960 – 1985 рр. на Чернігівщині вдвічі зросла кількість лікарняних ліжок з 9425 до 19500. У середньому на 10 тис. хворих припадало 135,8 ліжка [3, арк. 83]. Проте беззмістовне гоніння за збільшенням кількості ліжок у лікувальних закладах радикально не призводило до поліпшення здоров'я населення. Зростання якості надання послуг блокувалося цілим комплексом причин, серед яких недостатня кількість державних асигнувань в інфраструктуру галузі та недосконала система підвищення кваліфікації медичних працівників тощо.

Постановою ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР №773 від 19 серпня 1982 р. «Про додаткові заходи щодо покращання охорони здоров'я населення» перед органами охорони здоров'я країни були поставлені важливі завдання, направлені на підняття рівня та якості медичного обслуговування трудящих країни, розробку й здійснення цільових комплексних програм.

Змінювалася структура ліжкового фонду. Ліжками поповнювалися нові й уже функціонувальні спеціалізовані відділення як у міських, так і в сільських лікарнях. Із ліжок терапевтичного профілю виділялися спеціалізовані ревматологічні, кардіологічні, гастроентерологічні, алергологічні, ендокринологічні, гематологічні, неврологічні ліжка. Структура ліжкового фонду хірургічного профілю свідчила про широкі можливості служби з надання спеціалізованої нейрохірургічної, торакальної, хірургічної, кардіохірургічної, проктологічної, урологічної, стоматологічної, ортопедичної, травматологічної, онкологічної допомоги. За даними ВООЗ, тривалість використання лікарняного ліжка в Україні залишалася чи не найдовшою серед європейських країн. Інструкція ВЦРПС і Наркомздоров'я СРСР «Про порядок видання застрахованим лікарняних листків» № 1382 від 14.08.1937 р. (діяла до 2001 р.) дозволяла перебувати на стаціонарному лікуванні хворим стільки часу, скільки було необхідно для повного одужання.

1989 року на Чернігівщині зберігалися величезні диспропорції між числом наявних у лікарнях ліжок і пацієнтами, яким було прописано госпіталізацію. Економістами обраховувалося перебільшення строків перебування пацієнта на стаціонарі (надмірність термінів лікування), близько 4645 ліжок були не потрібними (надмірна кількість) [1, с. 125].

Протягом 1960 – 1987 рр. число лікарняних ліжок зросло з 15,6 до 20 тис. [14, с. 383].

У системі охорони здоров'я області ліжкова проблема тісно пов'язувалася з кадровою. Число ліжок служило засобом нарощування кадрового потенціалу в тій чи іншій медичній установі. Це було нонсенсом радянської системи охорони здоров'я.

У 1960-і роки постійно нарощувалося будівництво медичних установ. Лише протягом 1960 – 1967 рр. у Чернігівській області було побудовано й уведено в експлуатацію 13 корпусів районних і центральних районних лікарень, 3 поліклініки, 16 інших приміщень. На селі за рахунок асигнувань колгоспів і місцевих бюджетів було побудовано 66 корпусів лікарень, 28 поліклінік, 80 фельдшерсько-акушерських пунктів, 19 колгоспних пологових будинків, 39 колгоспних дитячих ясел [10, арк. 108-111; 18, с. 3].

З середини 1960-х років на Чернігівщині розгорталася нове будівництво установ за спеціальними проектами. Водночас часто вони велися за найдешевшими нормами, були випадки, коли вартість ліжко-місця в лікарні була нижчою за вартість місця у тваринницькому комплексі.

1971 року збудовано нову поліклініку в Семенівці. Протягом 1970-х років у області завершено будівництво 358 медичних закладів, більшість із яких – у селах Сосницького, Менського, Ічнянського й Семенівського районів [16, с. 2].

У другій половині 1970-х років були нарощені темпи введення в дію приміщень для лікувальних установ. Велася реконструкція й добудова наявних. У Сосниці, Коропі, Михайло-Коцюбинському, Бахмачі завершилося спорудження нових корпусів для районних лікарень. Це були невеликі двоповерхові корпуси, розраховані на 60-200 ліжок. У ці роки в Сосниці, Чернігові й Козельці споруджено приміщення для поліклінік [5, арк. 23].

У 1980 – 1985 рр. у селах Чернігівської області введено в дію п'ять амбулаторій, 24 фельдшерсько-акушерські пункти [14, арк. 38 -39].

Водночас мало місце відставання розвитку матеріально-технічної бази медичних закладів. Бракувало новітньої апаратури, лікувальних засобів тощо. Терміни будівництва часто значно перевищували планові. Недопустимо повільними темпами проводилися реконструкція й модернізація чинних лікувальних закладів. Значна кількість лікарень, пологових будинків, поліклінік, сільських амбулаторій залишалися в приміщеннях, що потребували капітального ремонту й не мали елементарних зручностей, працювали з перевантаженням. У середньому на одне ліжко припадало 4,7 кв. м замість 7,4 кв. м за нормативами. Брак приміщень часто стримував налагодження централізованого санітарного обслуговування [6, арк. 25-28; 20, арк. 18].

Поряд із будівництвом великих лікарень реконструювалися й упорядковувалися лікарняні споруди, поліпшувалося їхнє обладнання. Укрупнювалися дрібні лікарні, що призвело до зменшення їхньої загальної кількості.

Протягом досліджуваного періоду на матеріально-технічне постачання, ремонт закладів охорони здоров'я використовувалися як державні кошти, так і кошти промислових підприємств, колгоспів і радгоспів. Хоча кошти останніх були незначні. Протягом 1980-х років на будівництво в системі охорони здоров'я області було використано 27 млн. 85 тис. крб. [7, арк. 18].

На кінець 1980-х років бракувало будівельних матеріалів. 1989 року для області з фондів Міністерства охорони здоров'я УРСР виділено лише 4,8% від потреби. Часто кошти не освоювалися. Лише цього року було недоосвоєно 1325 тис. крб. [8, арк. 81-83]. Через брак фінансування не виконувалися установлені завдання щодо будівництва лікарських амбулаторій і реконструкції фельдшерсько-акушерських пунктів. Протягом 1986 – 1989 рр. було побудовано лише 8 амбулаторій із 24 запланованих. Практично не велася ця робота в Прилуцькому, Срібнянському й Щорському районах [8, арк. 25-29].

Водночас відбувалося нарощення матеріального потенціалу обласної лікарні. Було відкрито гемато-терапевтичне відділення, ендокринологічний диспансер; обласний онкологічний диспансер на 50 ліжок та пансіонат на 40 місць. За ними закріплено 52

лікарі та 264 медсестри [12, арк. 95-98; 11, арк. 86; 19, арк. 50 – 68]. В обласній санітарно-епідеміологічній станції працювали бактеріологічна, вірусологічна, радіологічна, промислова, токсикологічна та інші санітарно-гігієнічні лабораторії [9, арк. 123].

Через відсутність необхідної техніки, обладнання, препаратів та фахівців тривалий час в обласній лікарні не впроваджувався метод гемодіалізу для лікування хворих на нирки. В обласній санітарно-епідеміологічній станції не було машини рефрижератора для завою термолабільних препаратів.

Попри те, що амбулаторії поліклінік поступово апаратно оснащувалися, система діагностики суттєво відставала від світових аналогів та контрастувала на рівні село↔місто.

Отже, важливим принципом радянської медицини ставало поглиблення засад державного регулювання. Саме тому вживалися заходи, метою яких було вибудовування ієрархічної системи охорони здоров'я, об'єднання її навколо єдиного центру управління, централізованого розподілу фінансування, а також забезпечення безпосередньої участі найвищих органів влади в розробленні та затвердженні програм розвитку громадської охорони здоров'я.

1. Голяченко О. М. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я /О.М. Голяченко. – К.: ПП «Вічай», 1993. – 198 с.

2. Голяченко О. М. Українська здравоохорона: як вийти із кризи /О.М. Голяченко. – Тернопіль: Лілея, 1999. – 72 с.

3. ДАЧО. – Ф. Р-5153. – Оп. 1. – Спр. 741. – Арк. 20 – 21, 83.

4. ДАЧО. – Ф. Р-5153. – Оп. 1. – Спр. 704. – Арк. 2 – 10.

5. ДАЧО. – Ф. Р-5153. – Оп. 1. – Спр. 1395. – Арк. 23.

6. ДАЧО. – Ф. Р-5153. – Оп. 1. – Спр. 1575. – Арк. 25 – 28.

7. ДАЧО. – Ф. Р-5153. – Оп. 1. – Спр. 1595. – Арк. 18.

8. ДАЧО. – Ф. Р-5153. – Оп. 1. – Спр. 1667. – Арк. 25 – 29, 81 – 83.

9. ДАЧО. – Ф. Р-5153. – Оп. 1. – Спр. 1058. – Арк. 123.

10. ДАЧО. – Ф. Р-5036. – Оп. 4. – Спр. 1583. – Арк. 108 – 111.

11. ДАЧО. – Ф. Р-5036. – Оп. 4. – Спр. 1321. – Арк. 86.

12. ДАЧО. – Ф. Р-5036. – Оп. 4. – Спр. 1426. – Арк. 95 – 98.

13. Карамішев Д.В. Управління системою охорони здоров'я у контексті стратегічного управління організацією //Університетські наукові записки. – 2005. – №3. – С.330-333.

14. Народное хозяйство Украинской ССР в 1987 году: стат. ежегодник /отв. за вып. В.В.Самченко; Госкомстат УССР. – К.: Техника, 1988. – 463 с.

15. Литвин Б. Здоров'я трудящих – найперша турбота /Б. Литвин // Деснян. правда. – 1966. – 21 жовтня. – С. 2.

16. Научные работы медицинских и фармацевтических работников Черниговской области: библиограф. указ. лит. 1950 – 1971 гг. /[сост.: М.М. Дуля, Г.Ф. Середенко; ред. В.С. Зуб]. – Чернигов: Отд. мед. информ. обл. науч-мед. б-ки, 1974. – 70 с.

17. Програма Комуністичної партії Радянського Союзу: [прийнята ХХІІ з'їздом КПРС]. – М.: Політвидав, 1971. – 144 с.

18. ЦДАВО України. – Ф. Р – 2. – Оп.13. – Спр.766. – Арк. 3.

19. ЦДАГО України. – Ф. Р – 2. – Оп.9. – Спр.9366. – Арк. 50 – 68.

20. ЦДАГО України. – Ф.1. – Оп.25. – Спр.2726. – Арк

*В статъе анализируется проблема государственного регулирования охраны народного здоровья в СССР и Украине в 1960 – 1980-х гг. и ее проявления на Черниговщине относительно развития материально-технического потенциала медицинских учреждений.*

*This article analyzes the problem of state regulation of «public health» in the USSR and Ukraine in 1960 – 1980-s and its manifestation in Chernihiv region on the development of material and technical of health facilities.*