

3. Выделение русских национальных единиц в Селидовском, Больше-Янисольском районах (май 1927 г.). ДАДО. Ф. Р-2. Оп. 1. Спр. 848.
4. Виписи з протоколу засідань ЦАТК і Маріупольської окружної комісії про найменування населених пунктів знову утворених в порядку переселення та розселення. ЦДАВО України. Ф. 1. Оп. 5. Спр. 1177.
5. Документи про роботу Сталінського окрбюро в справі національних меншостей (протоколи, плани, доповідні записки, листування). ЦДАВО України. Ф. 413. Оп. 1. Спр. 91.
6. Доповідна записка про стан запровадження закону про рівноправність мов серед населення національних меншостей України. Молдавські національні сільради. Національні процеси в Україні. Київ, 1997. Ч. 2. 704 с.
7. Національні меншини в Україні. 1920–1930-ті рр.: іст.-картогр. атлас / упоряд.: М. І. Панчук та ін. Київ: Голов. спеціаліз. ред. літ. мовами нац. меншин України, 1995. 104 с.
8. Протоколи засідань Великої Президії ВУЦВК (1 липня 1925 р.). ДАДО. Ф. Р-2. Оп. 1. Спр. 723.
9. Якубова Л. Д. Національне адміністративно-територіальне будівництво в УСРР / УРСР 1924–1940. URL: http://resource.history.org.ua/cgi-bin/eiu/history.exe?&I21DBN=EIU&P21DBN=EIU&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=eiu_a11&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=TRN=&S21COLORTERMS=0&S21STR=Natsionalni_rajony
10. Ялі С. Греки в УСРР. Харків, 1931. 208 с.

СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ РОБІТНИКІВ ДОНБАСУ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я У 1920-Х РР.

Прилипка Р. Д.

Intelligence is dedicated to analyzing the social protection system of workers in the health care field during the first decade of Soviet rule in the Donbas, as a region with high specific gravity. Based on archival materials, it has been shown that, despite the difficulties, the health care of workers has gradually improved.

Key words: *workers, Donbass, social protection, health care.*

Побудова ефективної системи соціального захисту населення в Україні є неможливою без звернення до історичного досвіду реалізації соціальної політики. Важливим для розуміння організації соціального захисту є період 20-х рр. ХХ ст., коли радянська держава переживала подібний досвід регулювання соціальних процесів в умовах ринкової економіки. Не змінюючи суті забезпечення робітників медичною допомогою, більшовики намагалися підпорядкувати собі вже існуючі на підприємствах медичні заклади. Особливо яскраво це простежується на прикладі Донецького регіону, який відзначався динамікою індустріаль-

ного розвитку, з огляду на що проблема соціального захисту у сфері охорони здоров'я постала особливо актуально.

Розвиток страхової медицини на місцях вимагав більш чіткого оформлення статусу робмедів у системі органів охорони здоров'я. Пленум УРПС, що відбувся у листопаді 1925 р., визнав за необхідне через обстеження діяльності робмедів у східних округах визначити найбільш оптимальний характер взаємовідносин між ними. Комісія НК РСІ, працюючи впродовж грудня в Артемівському, Луганському та Сталінському округах, дійшла висновку про недоцільність надання самостійного статусу робітничій медицині в системі НКОЗ УСРР. Свою позицію вона обґрунтовувала відсутністю на місцях власного апарату, а також непрофесійністю керівників підвідділів робітничої медицини. Водночас комісія пропонувала залишити страховий фонд «Г» у віданні і під контролем страхових кас [12, арк. 37, с. 606].

Серед недоліків початкового етапу становлення лікарняної мережі варто відзначити, передусім, нестачу кваліфікованих кадрів. За даними робмеду УСРР станом на 1 вересня 1923 р. в системі робітничої медицини були задіяні лише 146 лор-лікарів і 138 невропатологів. Зважаючи на це, фактично катастрофічною виявилася ситуація для Донбасу, де 1 невропатолог обслуговував 50 тис., а лор-лікар, взагалі – 250 тис. робітників. Частковим вирішенням проблеми була організація при Українському інституті робітничої медицини 4-місячних курсів підвищення кваліфікації та перекваліфікації лікарів [9, арк. 18].

На 1925/26 операційний рік для покращення якості медичних послуг застрахованим відділом робітничої медицини було заплановано будівництво 25 лікарень і 24 поліклінік, однак через скорочення фінансування вибір був зроблений на користь амбулаторій, переважно для промислових районів. Як наслідок, чисельність амбулаторних установ в наступному році зросла на 34 % [5, с. 136]. Водночас впродовж року за кошти робмеду було збудовано ряд показових медичних закладів: Палац охорони здоров'я у Дніпропетровську; робітничі поліклініки у Харкові, Миколаєві, Горлівці, Краматорську [5, с. 22].

Зростання обсягів виробництва суттєво збільшувало чисельність робочої сили. Незадовільні умови праці та побуту, високий виробничий травматизм сприяли збільшенню кількості осіб, що потребували медичної допомоги. Водночас оновлення та розширення лікарняної мережі відбувалося надто повільно. Так наприклад, при зростанні чисельності робітників Дніпровського заводу з 3 до 14 тис. кількість лікарняних ліжок залишалася незмінною – 55 [2, с. 20]. В Костянтинівці на 16 тис. робітників припадало 80 лікарняних місць, а в районі Горлівки 28 тис. робітників мали у своєму розпорядженні лише три лікарні на 140 ліжок [3, с. 141]. При встановленій нормі: 1 ліжко на 100 застрахованих, в окремих місцевостях цей показник був перевищений втричі. За таких умов

перевага в отриманні медичної допомоги надавалася хірургічним та гінекологічним хворим, а також жінкам, які бажали перервати вагітність.

Стан медичної допомоги робітникам промислових районів неодноразово заслуховувався на засіданнях президії Всеукраїнської ради професійних спілок. На одному із них, що відбулося у січні 1926 р., відзначалася незадовільна якість медичних послуг для робітників металургійної, гірничої, хімічної та металургійної промисловості. З-поміж причин такого становища були названі застаріле обладнання лікувальних закладів та невідповідність кваліфікації медичних працівників. Президією були прийняті рішення про необхідність будівництва нових лікувальних закладів робітничої медицини, передусім в Криворіжжі та на Донбасі. Зі свого боку на відділ робітничої медицини покладалося завдання провести капітальний ремонт функціонуючих лікувальних закладів за рахунок коштів Всеукраїнського запасного фонду [3, с. 8].

Незважаючи на виділення у 1928/29 р. 40 млн крб для медичного забезпечення застрахованих, стан медичної допомоги залишав бажати кращого. Виступаючи на IV Всеукраїнському з'їзді профспілок нарком праці К. Гулий змушений був констатувати погіршення медичного обслуговування робітників промислових районів та санітарного стану лікарняних закладів [13, арк. 19]. Під час діяльності комісії РСІ УСРР, яка обстежила понад 40 лікарняних установ Донбасу, було виявлено значні порушення у виконанні плану лікарняного будівництва, що стосувалися перевищення вартості встановлених кошторисів, надання переваги побудові амбулаторно-поліклінічних закладів над стаціонарними, недостатньої уваги лікарняному будівництві на Донбасі [8, с. 8]. Було прийняте рішення клопотати перед Цусстрахом СРСР про виділення додаткових 2,5 млн крб для будівництва лікарень в Алчевську, Горлівці, Костянтинівці, Рикові [8, с. 9].

Взяття курсу на модернізацію промисловості мало своїм наслідком поступовий відхід від страхових принципів забезпечення медичною допомогою. В постанові ЦК ВКП(б) від 13 грудня 1929 р., що визначала курс перебудови роботи страхових органів із забезпечення застрахованих медичною допомогою, йшлося про необхідність дотримання класових принципів та надання переваги в обслуговуванні застрахованим основних індустріальних районів [7, с. 3]. Останні, за важливістю, були поділені на три групи. До першої із них, що характеризувалася найвищим рівнем забезпечення, пропонувалося віднести: Артемівський, Дніпропетровський, Криворізький, Луганський, Сталінський та Харківський округи. Друга група була представлена Запорізьким, Київським, Миколаївським, Маріупольським та Одеським округами. Робітники та службовці інших округів повинні були забезпечуватися медичною допомогою на загальних засадах [10, арк. 245].

Взяття державою курсу на модернізацію промисловості та реалізація поставлених для цього завдань дещо активізували розбудову лікарняної мережі

індустріальних районів. Водночас загальний санітарний та епідеміологічний стан промислових районів продовжував залишатися незадовільним. На нараді ВУРПС (червень 1930 р.) виступаючі відзначали антисанітарний стан робітничих поселень, наслідком якого були масові епідемії. Зважаючи на це, показник захворюваності на Донбасі більш ніж у 6 разів перевищував загальноукраїнські показники. Більш ніж половина промислових підприємств не могли забезпечити своїх працівників першою медичною допомогою, а при стаціонарному лікуванні одне ліжко припадало на 136 застрахованих осіб [10, арк. 75]. Особливо складним було становище із медичним обслуговуванням на новобудовах. Так приміром, на Дніпробуді у розпорядженні працівників було лише 17 медпунктів. Через велику завантаженість (більше 100 хворих за зміну) робітникам було надзвичайно складно потрапити на прийом до фахових лікарів. Інфекційні хворі через нестачу лікарняних ліжок у стаціонарних медичних закладах змушені були перебувати у бараках з іншими робітниками [1, с. 16].

У директивах першого п'ятирічного плану, визнаючи необхідність покращення медичного обслуговування промислових робітників Донбасу, перед страховими органами ставилися завдання по збільшенню майже у 7 разів пунктів першої медичної допомоги, вдвічі – кількості лікарняних ліжок у розрахунку на одного застрахованого. Крім того, планувалося побудувати 29 амбулаторій, 37 поліклінік, 50 санітарно-ізоляційних та 9 санітарно-спостережних пунктів на великих підприємствах [6, с. 6]. Реалізація поставлених завдань вимагала акумулювання значної суми коштів. Для цього були ліквідовані усі місцеві фонди медичної допомоги, а розподіл асигнувань здійснювався у централізованому порядку. При цьому кошти, виділені для Донбасу та Запоріжжя, становили не менше половини від загальної суми, призначеної для надання медичної допомоги [13, арк. 97]. З фактичним усуненням страхових органів від медичного обслуговування застрахованих їхні кошти в подальшому використовуються переважно для санітарно-побутового забезпечення індустріальних робітників.

Отже, забезпечення робітників та службовців амбулаторно-поліклінічною та стаціонарною лікарською допомогою в 1920-ті рр. здійснювалося, переважно, через систему робітничої медицини, що охоплювала самодіяльну мережу медичних установ, фінансування яких здійснювалося за кошти страхової медицини.

Незважаючи на певні труднощі, викликані відсутністю спеціально обладнаних приміщень та достатньої кількості підготовлених медичних працівників, незадовільною організацією харчування та побуту хворих, несумлінним ставленням окремих медичних працівників до виконання своїх службових обов'язків, функціонування системи робмеду значно покращило медичне обслуговування робітників та службовців.

Джерела та література

1. Інютин Г. Соцстрах на Днепрострое. *Вопросы страхования*. 1932. № 14. С. 16.
2. Кисиль П. Медпомощь на Украине. *Вопросы страхования*. 1926. № 32. С. 20–21.
3. Котляр М. Президиум ВУСПС о положении медпомощи застрахованным на Украине. *Вопросы страхования*. 1926. № 7. С. 8–9.
4. Мовчан О. М. Повсякденне життя робітників УСРР. 1920-ті рр. Київ: Інститут історії України НАН України, 2011. 312 с.
5. Мовчан Ольга. Медичне обслуговування робітників УСРР. 1920-ті рр. *Проблеми історії України: факти, судження, пошуки*. Київ: Інститут історії України НАН України, 2006. Вип. 15. С. 19–64.
6. Одинцов Н. Что нужно Донбассу. *Вопросы страхования*. 1931. № 15. С. 6.
7. Перестроить работу в области здравоохранения. *Вопросы страхования*. 1930. № 1. С. 3.
8. Петров Н. Больничное строительство в Донбассе. *Вопросы страхования*. 1929. № 32. С. 8–9.
9. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України). Ф. 2605. Всеукраїнська рада професійних спілок (ВУРПС). Оп. 1. Спр. 1081. Матеріали діяльності Центрального відділу робітничої медицини Наркомздоров'я УРСР (26.01–27.11.1924 р.). 132 арк.
10. ЦДАВО України. Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР. Оп. 1. Спр. 364. Постанови Української ради соціального страхування, план роботи Головоцстраху, звіт про роботу і переписка із будинками відпочинку та санаторіями (1925/1926 р.). 367 арк.
11. ЦДАВО України. Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР. Оп. 1. Спр. 922. Постанови, протоколи, директиви ВУЦВК та Раднаркому УСРР (18.01–17.12.1929). 206 арк.
12. ЦДАВО України. Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР. Оп. 1. Спр. 923. Протоколи, постанови, положення Цусстраху СРСР та Головоцстраху УСРР (12.12.1928–10.12.1929). 267 арк.
13. ЦДАВО України. Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР. Оп. 1. Спр. 3702. Стенограма доповіді Наркомпраці УСРР на IV з'їзді профспілок України (1928/29 р.). 26 арк.
14. ЦДАВО України. Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР. Оп. 1. Спр. 5522. Постанови, інструкції, накази ЦВК і РНК СРСР, ВУЦВК, НК РСІ УСРР про роботу відділів та інспектур праці (24.01.1930– 25.08.1930). 183 арк.