



- министерства заготовки СССР // Придунайская правда. – 1949. – № 67.
13. Комунальна установа «Ізмаїльський архів» (Далі – КУІА). – Ф. 1444. – Оп. 1. – Спр. 12.
 14. Яременко В. Яровизация сельскохозяйственных культур // Придунайская правда. – 1951. – № 41.
 15. КУІА. – Ф. 441. – Оп. 1. – Спр. 537.
 16. Из отчётного доклада Измаильского обкома КП(б)У III областной партийной конференции о развитии сельского хозяйства. 10 января 1949 г. // В братской семье. 1946-1953: Сб. док. и мат. – Одеса, 1972.
 17. Из отчётного доклада Измаильского обкома КП(б)У IV областной партийной конференции о развитии промышленности, транспорта и сельского хозяйства. 16 февраля 1951 г. // В братской семье...
 18. КУІА. – Ф. 470. – Оп. 1. – Спр. 3.
 19. Загорский В. Как строить пруды // Придунайская правда. – 1953. – № 24.
 20. КУІА. – Ф. 441. – Оп. 1. – Спр. 20.
 21. Из резолюции областного совещания колхозников, крестьян и специалистов сельского хозяйства по итогам сельскохозяйственных работ в 1946 г. и задач на 1947 г. // В братской семье...
 22. Медведин Л. Маркер бездумной системы // Придунайская правда. – 1949. – № 68.
 23. КУІА. – Ф. 1039. – Оп. 1. – Спр. 27.

О. І. Гичка

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ (1947 – 1950-ті рр.)

У переліку подій історії України, котрі потребують глибокого, об'єктивного і комплексного дослідження та висвітлення, важливе місце займають наслідки для українського народу Великої Вітчизняної війни, зокрема питань, пов'язаних з особливостями функціонування медичних закладів у сільській місцевості. В останні роки опубліковано ряд праць, присвячених дослідженню цієї проблематики, авторства Г. Конопенка, А. Голяченка [1], І. Перехрест [2], Т. Терещенко [3]. Остання, наприклад, зосередила увагу на медичному обслуговуванні сільського населення впродовж 1943 – 1950 рр. Проте, запропонована тема залишається слабо дослідженою й передусім це стосується питання реформування системи надання медичної допомоги населенню в 1947 – 1950-х рр. Тому метою статті є аналіз цієї реформи та її впливу на медичне обслуговування сільського населення.

За роки Великої Вітчизняної війни німецькі окупанти фактично знищили медичну і господарську базу охорони здоров'я УРСР. Багато лікарень та поліклінік були зруйновані. Загальний збиток, нанесений гітлерівцями охороні здоров'я УРСР, склав 2764 млн. крб. [2, 8]. Відтак, одним з першочергових завдань першого повоєнного періоду стало відновлення належного рівня забезпеченості населення медичним обслуговуванням. Особливо гостро це питання стояло на селі, адже і до війни цей рівень у сільській місцевості був значно нижчим, ніж в містах [4, 158]. Так, на 1940 р. в Україні налічувалося 152 тис. лікарняних ліжок, з яких у містах – 119 тис., а у селах лише 33,9 тис. Із загальної кількості лікарів, які працювали на 1940 р. в УРСР, 30,2 тис., у сільській місцевості працювали лише 4 тис.

Після війни ситуація стала ще гіршою – зменшилася кількість лікарняних ліжок, лікарів і середніх медичних працівників. Тому зрозуміло, що проблема відновлення роботи мережі медичних установ стала головним завданням Міністерства охорони здоров'я УРСР. Варто відзначити, що, незважаючи на відсутність коштів і спеціалістів, до завершення четвертої п'ятирічки рівень роз-

витку системи охорони здоров'я в Україні вийшов на довоєнний, а за деякими показниками навіть перевершив його [5, 10].

Паралельно з процесом відновлення мережі лікарських установ розпочався пошук нових форм медичного обслуговування. Це змусило радянське керівництво у сфері охорони здоров'я провести докорінну реформу щодо лікарняно-поліклінічної ланки. Значні успіхи в науковому розв'язанні багатьох проблем лікувальної медицини, досягнуті за минулі десятиріччя, забезпечували швидке піднесення діагностичної і лікувальної роботи у лікарнях. На жаль, це стосувалося насамперед стаціонарів. Тому рівень діагностичної і лікувальної роботи в поліклініках згодом відчутно відставав, внаслідок недостатньої кваліфікації їхніх працівників [1, 67]. Тому саме життя вказувало на необхідність проведення реформи, яка забезпечила б підтягування кваліфікації поліклінічного лікаря до рівня кваліфікації лікаря стаціонару і якісно б покращила лікувально-профілактичну роботу в поліклініці і на дільницях.

Постанова лютневого Пленуму ЦК ВКП(б) від 1947 р. «Про заходи по підйому сільського господарства в повоєнний період» мала істотне значення для поліпшення справи охорони здоров'я. Одним із його рішень було покращення спеціалізованої медичної допомоги сільському населенню. В здійсненні цього значну роль мали також постанова «Про підготовку лікарів-фахівців для сільських районних лікарень» і наказ Міністерства охорони здоров'я СРСР від 15 вересня 1947 р. «Про структуру і нормативи лікувально-профілактичних установ в сільських районних центрах і типових штатах медичного персоналу сільських дільничних і районних лікарень» [6, 105]. Цими актами зумовлювалося об'єднання амбулаторних та поліклінічних установ, створення стрункої, раціональної системи надання спеціалізованої медичної допомоги сільському населенню, встановлено структуру медико-санітарної організації в районному центрі, основною ланкою якої була районна лікарня.

Кількість ліжок у сільських районних лікарнях була встановлена від 35 до 100, залежно від кількості населення в районі, причому 35-ліжкові районні лікарні розгорталися в районах з населенням від 10 до 20 тис. осіб; в районах з населенням від 21 до 35 тис. – 50-ліжкові, з населенням від 36 до 50 тис. – 75-ліжкові, а з населенням понад 50 тис. – 100-ліжкові [8, 76]. Хоча значним недоліком стало те, що через брак коштів у сільській місцевості розгорталася лікарні лише на 10 – 15 ліжок у різних приміщеннях, а не за рахунок нового будівництва, що негативно впливало на якість медичної допомоги.

Був чітко встановлений перелік спеціалізованих відділень з вказівкою числа ліжок в них: у всіх сільських районних лікарнях – терапевтичне, хірургічне, інфекційне та полоове відділення, а дитяче відділення лише в лікарнях районів з населенням понад 21 тис. Крім відділень в стаціонарі і кабінетів за основними спеціальностями, передбачалося розміщення в кожній районній лікарні рентгенівського та фізіотерапевтичного кабінетів, клініко-діагностичної та зубопротезної лабораторій. До складу районної лікарні включено протитуберкульозні та венерологічні диспансери й інші лікувально-профілактичні установи, які раніше існували окремо [8, 37]. До складу медико-санітарної організації в районному центрі входили також: аптека, санітарно-епідеміологічна та протималарійна станція, жіночо-дитяча консультація (в районах з населенням від 10 до 35 тис.). Якщо в районі було понад 50 тис. населення, то в його районному центрі організувалася і станція швидкої допомоги [9, 110].

Наказом Міністерства охорони здоров'я СРСР від 15 вересня 1947 р. були встановлені й типові штати медичного персоналу (лікарів і середніх медичних працівників) для всіх сільських лікарень з амбулаторіями (поліклініками) при них. При цьому, у сільських лікарнях (15 –



25 ліжок) передбачалися з окремих спеціальностей лише пологові й інфекційні ліжка, а ліжка з терапії й хірургії включалися до так званих загальних ліжок (тобто, за всіма спеціальностями), і лише в лікарнях, що мали більше 25 ліжок, вони виділялися окремо, а з 35-ліжкової лікарні виділялися ще й дитячі ліжка, а також створювалися окремі хірургічне й терапевтичне відділення [6, 118]. Крім цього, було встановлено, що завідувачі терапевтичними і хірургічними відділеннями стаціонару одночасно були завідувачими відповідними кабінетами амбулаторії, що сприяло збереженню тягlosti в лікарському нагляді за хворими (в містах це з'явилося пізніше). Крім того, завідувачий дитячою консультацією був одночасно і районним педіатром, який керував всією лікувально-профілактичною допомогою дітям в районі. Навіть найменші сільські лікарні (до 15 ліжок) повинні були мати терапевта-інфекціоніста, зубного лікаря, 0,5 посади лікаря-гінеколога. В штат медичного персоналу для ведення профілактичної роботи включалися патронажна сестра, дезінфектор і вакцинатор [10, 243].

Значну роль у забезпеченні спеціалізації медиків відіграла розгалужена система удосконалення лікарів. У той же час об'єднання лікарень з поліклініками і амбулаторіями в багатьох випадках було проведено формально, без урахування наявності приміщень і кількості лікарів-спеціалістів. При цьому, не було досягнуто основної мети – покращення якості медичної допомоги хворим. Більше того чимало сільських дільничних лікарень і самостійних дільничних амбулаторій взагалі не мали лікарів. Так, на 1950 р. зафіксовано 26 дільничних лікарень та 129 дільничних амбулаторій, в яких не було жодного лікаря. Така ситуація збереглася і в наступній п'ятирічці – на 1955 р. лікарів не було в 116 дільничних лікарнях і в 52 дільничних амбулаторіях [11, 86].

Таким чином, реформа мережі медичного обслуговування населення країни, внаслідок якої в СРСР утвердилася трирівнева система організації охорони здоров'я, що включала дільничні, районні, міські й обласні лікарні, призвела до зростання кількості дільничних лікарень, що стали ключовою ланкою в медичному обслуговуванні сільського населення. Відчутно зріс і рівень кваліфікації лікарів, а сільська місцевість стала більш забезпеченою спеціалізованими медичними кадрами. Незважаючи на доволі формальний підхід під час реалізації, передбачених реформою заходів, зокрема об'єднання лікарень і поліклінік, подальше вдосконалення і підвищення кваліфікації медичних кадрів, необхідно визнати її позитивний вплив на систему охорони здоров'я у сільській місцевості.

1. Конопенко Г., Голяченко А. *Історія медицини та фармації*. – Тернопіль, 2002.
2. Перехрест І. В. *Медико-санітарні наслідки Великої Вітчизняної війни для населення України та їх ліквідація у період відбудови (1943-1950 роках): Автореф. дис. ... канд. іст. наук.* – Донецьк, 2007.
3. Терещенко Т. В. *Соціально-побутова сфера села центральних областей України в період відбудови (1943-1950 рр.): Автореф. дис. ... канд. іст. наук.* – Черкаси, 2007.
4. Гофрин Д. В. *Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917-1959 гг.)*. – М., 1961.
5. Васютинский Н. А., Стаханович В. А. *Сеть и кадры медицинских учреждений Украинской ССР в пятой пятилетке*. – К., 1957.
6. Смирнов Е. И. *Медицина и организация здравоохранения (1947-1953 гг.)*. – М., 1989.
7. Виноградов Н. А. *Здравоохранение в СССР (1917-1957 гг.)*. – М., 1957.
8. Виноградов Н. А. *Здравоохранение в послевоенный период*. – М., 1955.
9. Константинов Г. Ф., Бычков И. Я. *Фельдшерско-акушерский пункт на селе*. – М., 1954.
10. *Центральний державний архів громадських організацій України*. – Ф. 1. – Оп. 23. – Спр. 5739.
11. *Здравоохранение в УССР: Статистический справочник*. – К., 1954.

В. М. Боковня

ОРГАНИ ВНУТРІШНІХ СПРАВ УРСР В 1956 – 1962 рр.

Актуальність вказаної теми полягає у тому, що вона становить важливу частину історії вітчизняних органів внутрішніх справ. Її наукова розробка має важливе теоретичне і практичне значення, оскільки у сучасній історіографії еволюція органів внутрішніх справ УРСР у 1955 – 1962 рр. комплексно ще не вивчалася. Дослідження змісту і спрямованості реформ органів внутрішніх справ СРСР і УРСР, що відбулися в 1956 – 1962 рр., розширить не тільки обсяг наших історичних знань, але і дозволить осмислити досвід минулого, врахувати його в сучасній практиці. З огляду на це, автор ставить за мету дослідити сутність та напрямки реформування органів внутрішніх справ УРСР у 1956 – 1962 рр.

Реформи у структурі органів внутрішніх справ 1956 – 1962 рр. відбувалося у період лібералізації суспільно-політичного життя країни, що було зумовлено об'єктивними причинами. Зокрема, у визначений період демократизація державного управління торкнулася і функціонування системи органів внутрішніх справ. Насамперед важливим елементом реформування тогочасної системи органів внутрішніх справ УРСР стала масова участь громадян в охороні громадського порядку й утворення нових організаційних форм сприяння населення органам. Однією з особливостей таких суспільних об'єднань було те, що вони створювалися з ініціативи самих громадян.

У 1955 р. в Україні було попереджено 4,4 % злочинів від загальної кількості зареєстрованих (у 1954 р. – 3 %). Серед попереджених злочинів – вбивства, грабежі, велика кількість крадіжок. Найбільше злочинів попередили співробітники міліції Запорізької області – 14,3 %, м. Києва – 11,7 %, м. Дніпропетровська – 10,5 %. Ці показники свідчать про активну роботу, яка проводилася співробітниками міліції [1, 85].

З метою безпосереднього впливу на органи МВС через місцеві партійні комітети в 1956 р. було ліквідовано відомчі політоргани, які, на думку влади, перестали бути ефективними. Громадськості було запропоноване інше роз'яснення: ця робота проводиться відповідно до здійснення загальної лінії уряду на скорочення державного і партійного апарату, а також курсу на розширення внутрішньопартійної демократії. Формально, керуючись цими мотивами, ЦК КПРС 5 червня 1956 р. прийняв постанову «Про скасування політорганів міліції», яка зобов'язувала місцеві партійні органи вжити конкретні заходи щодо проведення партійно-політичної роботи в міліції для поліпшення оперативно-розшукової діяльності. У підрозділах міліції, які мали значну кількість працівників, встановлювалися посади звільнених секретарів партійних організацій [2, 408 – 409].

Важливим кроком у деєталізації органів внутрішніх справ став XX з'їзд КПРС [3]. Постановою ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 25 жовтня 1956 р. «Про заходи щодо поліпшення роботи Міністерства внутрішніх справ СРСР» було ухвалено рішення про об'єднання органів МВС і міліції на місцях в єдине управління внутрішніх справ виконкомів рад депутатів трудящих. У такий спосіб було оформлене відновлення принципу «подвійного підпорядкування» органів внутрішніх справ – по відомчій лінії (вищестоящим органам МВС), та по лінії «радянській» (з підпорядкуванням виконкомам місцевих рад на правах їх відділів) [4, 189].

Указом Президії Верховної Ради СРСР від 30 грудня 1956 р. розпочалася деєталізація органів внутрішніх справ. Відтепер обласні управління МВС підпорядкову-