УДК 94(477):331483.2 «1960/1980»

Л.І. Лавріненко

КОНЦЕПЦІЯ РОЗВИТКУ СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ПОСЛУГ НА ЧЕРНІГІВЩИНІ: ІСТОРИЧНИЙ АСПЕКТ (1960 – 1980 РР.)

У статті розглядаються концептуальні підходи щодо розвитку спеціалізації медичних послуг та їх прояви на Чернігівщині. Висвітлено питання реорганізації територіальної та виробничої медико-санітарної мережі.

Ключові слова: *охорона здоров'я, лікар, спеціалізація медичних послуг, лікарня, профілактика, медична допомога.*

На сучасному етапі розвитку суспільства здоров'я людини визначається як найвища людська цінність, бо саме воно є показником цивілізованості суспільства, головним критерієм ефективності діяльності всіх його сфер. Найбільш повно проявились як позитивні, так і негативні чинники системи охорони здоров'я М. Семашка у 1960–1980-ті роки.

Розвиток системи медичної допомоги в Україні й на Чернігівщині висвітлювалась у підручнику «Історія медицини» С. Верхратського, колективній роботі авторів А.В. Підаєва, О.Ф. Возіанова, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко «Панорама охорони здоров'я населення України», праць О. Голяченка «Соціальна медицина та організація охорони здоров'я», «Українська здоровохорона: як вийти з кризи», «Історія медицини: досягнення і проблеми». Значне місце посіли регіональні видання «З історії медицини Чернігівщини», «Розвиток медицини та фармації на Чернігівщині», що підготовлені М. Дулею, А. Грушею, С. Пасталицею, та колективна робота «Из истории развития здравоохранения Черниговщины». До вивчення питання охорони здоров'я населення Чернігівщини була залучена джерельна база Державного архіву Чернігівської області.

Метою цієї розвідки є дослідження питання розвитку системи медичної допомоги в Україні та її прояви на Чернігівщині з акцентом на питанні реорганізації територіальної та виробничої медико-санітарної мережі.

У досліджувані роки адекватно загальним тенденціям розвитку радянського суспільства реалізовувалася концепція спеціалізації медичних послуг, в основу якої закладалася фабула визначальності кількісних (не якісних) показників. З приходом 1964 року до керівництва охороною здоров'я СРСР Б. Петровського в умовах наростання загальної кризи радянської системи й намаганням пошуку все нових ідеологічних постулатів, які б обґрунтовували її переваги, цей крок виявився малопродуктивним. Спеціалізація дала новий могутній поштовх зростанню кількості кадрів, визначальним показником діяльності закладу охорони здоров'я ставала кількість наявних ліжок. На місце лікаря терапевт, педіатр, акушер-гінеколог загальної практики приходив цілий спектр спеціалістів; потім терапевтична служба включала в себе наявність лікаря кардіолога, гастроентеролога, нефролога, гематолога, пульмонолога і т.д. Система потребувала величезних матеріальних витрат на підготовку, утримання таких значних кадрових ресурсів. Дійшло до того, що колишній СРСР за кількістю лікарів не лише випередив високорозвинуті країни, а й сконцентрував понад третину усіх лікарів у світі – 1 млн. 263 тис. (1990 р.). «Кожен третій лікар у світі – радянський!», – гордо заявляли партійні керівники, скромно замовчуючи те, що, незважаючи на колосальні кошти, вкладені у забезпечення функціонування цієї системи, ефективність її діяльності була вкрай низькою [8, 19].

Розроблені в 1960-ті роки державними органами нормативи чисельності лікарів передбачили наявність їх на 10 тис. громадян від семи до 18,5. У 1980-ті роки ця норма складала 38 на 10 тис. чол. [1, 36]. Крім того, діяли штатні нормативи посад медичних працівників для міста й села.

У кінці 1980-х років унаслідок політики спеціалізації, особливо на догоспітальному етапі, українська медицина опинилася в сумнівних «лідерах». В Україні було зареєстровано 123 спеціальності, тоді як у деяких країнах їх нараховувалося всього 16–17 (Німеччина, Швейцарія). «Вузька» спеціалізація спричинила нераціональність у використанні фахівців. Більше половини робочого часу медики витрачали на профілактичні огляди та обслуговування пацієнтів за самозверненням, що не було їх основними функціями, тоді як у сімейній медицині західних країн у руках лікаря концентрувались усі види медичної допомоги, що дозволяло вирішувати 80–85 % проблем пацієнтів у рамках первинної ланки.

1977 року Чернігівський обласний комітет партії й облвиконком на виконання постанови ЦК КПРС і РМ СРСР від 22 вересня 1977 р. «Про заходи по дальшому поліпшенню народної охорони здоров'я» ухвалили план змін у системі охорони здоров'я. Він включав заходи щодо усунення різниці в медичній допомозі між містом і селом, розукрупнення терапевтичних і педіатричних дільниць, створення спеціалізованої кардіологічної служби [5, арк. 4].

Зі спеціалізацією пов'язувалася кваліфікація медичної допомоги. Вважалося, що чим вужчою буде сфера зацікавлень конкретного лікаря, тим якіснішою буде допомога, яку він надаватиме. З 1960-х років почала вибудовуватися трирівнева система медичної допомоги, за якою дільниці надавали первинну медико-санітарну допомогу, районні й міські лікарні – спеціалізовану, а обласні

заклади – вузькоспеціалізовану. Кожний наступний рівень не лише надавав ліпшу і якіснішу допомогу, а й керував нижчим рівнем. За загальними обсягами медична допомога розподілялася так: первинний рівень – 5–20 %, вторинний – 40–70 %, третинний – 10–20 % [10, 4].

1964 року було взято курс на ліквідацію малопотужних дільничних лікарень, особливо тих, що розташовувалися на селі. Протягом 1960-х років на Чернігівщині було ліквідовано й укрупнено 22 малопотужні (10–15 ліжок) дільничні лікарні. Ліжковий фонд сільських медичних закладів області становив 8680 ліжок (70 % загальнообласного ліжкового фонду). Така реорганізація в ряді випадків не давала бажаних наслідків, оскільки подекуди проводилася без урахування специфіки місцевості, зокрема наявності шляхів з твердим покриттям, віддаленості населених пунктів від районного центру [2, арк. 193–198]. Пагубність такої ліквідації визнавалась і самими чиновниками.

Протягом 1964–1969 рр. на Чернігівщині було укрупнено десять районних і одну міську лікарню. У наступні роки ця тенденція продовжувала зберігатися. В укрупнених лікарнях ліжковий фонд зріс удвічі й досяг у середньому 150–200 ліжок [3, арк. 123; 7, 2]. Часто укрупнення лікарень не супроводжувалося відповідним матеріально-технічним і кадровим постачанням. Врешті-решт вони залишалися малопотужними.

На Чернігівщині перші лікарські дільниці створено в Бахмачі, Борзні, Городні, Семенівці, Ічні, Носівці.

Упродовж 1976–1979 рр. внаслідок розукрупнення на основі чинних лікарських дільниць було додатково відкрито 48 терапевтичних, 26 педіатричних, 6 цехових дільниць [4, арк. 20]. Протягом 1960–1970 рр. внаслідок укрупнення середня потужність лікарень виросла, зокрема центральних районних – з 256,4 ліжок до 260, обласних дитячих – з 550 ліжок до 565, обласного шкіро-венеричного диспансеру – від 100 до 160 ліжок [4, арк. 20]. У 1980-і роки середня потужність центральних районних лікарень зросла до 279 ліжок, міських – до 608, дільничних лікарень – до 26 ліжок [6, 83].

Основною організаційною формою надання медичної допомоги населенню в місті була багатопрофільна міська об'єднана лікарня, яка складалася з кількох основних частин: поліклініки, стаціонару, допоміжної діагностично-лікувальної служби й адміністративно-господарської служби.

Міські лікарні були двох типів: для дорослих і дітей. Вони виконували наступні завдання:

1) забезпечували мешканців закріпленої території первинною медико-санітарною допомогою;

2) надавали мешканцям спеціалізовану медичну допомогу з основних профілів;

3) здійснювали диспансеризацію населення;

4) проводили експертизу тимчасової непрацездатності;

5) забезпечували санітарно-епідемічний добробут у районі діяльності;

6) проводили санітарно-освітню роботу;

7) організовували громадськість для участі в справі поліпшення медичної допомоги.

Лікарські дільниці очолювали дільничні лікарі – провідні фахівці міської лікарні. Їм допомагали дільничні сестри. Вони надавали мешканцям дільниці первинну медичну допомогу, направляли в разі необхідності пацієнтів до лікарів з вузьких спеціальностей, організовували профілактичні огляди своїх пацієнтів, виявляли хронічних хворих і брали їх під диспансерний нагляд. Дільничний лікар періодично спостерігав за перебігом хвороби диспансеризованих і коригував їх лікування. Крім того, він установлював тимчасову непрацездатність особам, які працювали, проводив санітарно-освітню роботу й формував на своїй дільниці санітарний актив.

У 1971–1975 рр. відбулося розукрупнення міських лікарських дільниць. Їх кількість зросла майже вдвічі, що дало можливість наблизити чисельність обслуговувального населення до нормативу – 2 тис. чол. на одного дільничного терапевта.

На початку 1970 р. при Чернігівській обласній та міській лікарнях працювали опіковий, нейрохірургічний, інфарктний, неврологічний, алергічний, гастроентерологічний та кардіологічний центри.

У 1960–1970-х роках формувалася система сільської медицини, яка передбачала етапність надання медичної допомоги. На кожному із наступних етапів (фельдшерсько-акушерський пункт, лікарняна амбулаторія, сільська дільнична лікарня, номерна й центральна районна лікарні, міські й обласні медичні установи) пацієнти одержували більш кваліфіковану медичну допомогу, ніж на попередньому. Головний принцип організації спеціалізованої медичної допомоги сільському населенню – максимальна концентрація в межах району переважно в центральній районній лікарні, де перебувала основна частина ліжкового фонду області, а в поліклініці функціонували спеціалізовані кабінети.

Центральна районна лікарня була центром спеціалізованої допомоги й оперативного керівництва всіма закладами охорони здоров'я на території району.

У більшості районів області середня ліжкова потужність мала 50–100 ліжок, що було підставою для їх укрупнення, збільшення кількості медперсоналу. У середині 1970-х років у більшості районних лікарень функціонували 7–9 профільних відділень, у поліклініках проводився прийом з 15–18 лікарняних спеціальностей [4, арк. 20–28].

Первинну медичну допомогу на селі

надавали лікарські амбулаторії або дільничні лікарні. Амбулаторія мала, зазвичай, у своєму штаті терапевта, педіатра і стоматолога, а також фельдшера амбулаторії, патронажну сестру, сестру фізіотерапевтичного кабінету, лаборанта. Лікувальна робота зводилась до простої діагностики та лікування, направлення в складних випадках захворювання на консультацію на більш високий рівень. Вторинну медичну допомогу мешканцям сіл надавали центральні районні лікарні. До їх складу входили поліклініки, стаціонар, відділення швидкої допомоги, організаційно-методичний кабінет, патологоанатомічне відділення, адміністративно-господарські служби. Тут надавалася спеціалізована амбулаторна допомога з 15–35 фахів, спеціалізована стаціонарна допомога в 5–10 відділеннях, а також цілодобова швидка допомога за викликом сільських дільничних лікарів або працівників фельдшерсько-акушерських пунктів.

Третинну медичну допомогу мешканцям сіл надавали обласні лікарні та диспансери. Ця допомога, що потребувала висококваліфікованого обслуговування, надавалась у спеціально обладнаних центрах та лікарнях, які пройшли відповідну спеціалізацію. Обласні лікарні та диспансери зосереджували передові досягнення медичної науки й практики. У складі обласних медичних закладів були відділи та кабінети, які забезпечували організаційно-методичне керівництво вторинною та первинною медичною допомогою. Працівники фельдшерсько-акушерського пункту проводили роботу в трьох напрямках: соціально-гігієнічному, лікувально-профілактичному та санітарно-протиепідемічному. Основний напрям його діяльності – соціально-гігієнічний, що зумовлювався самою соціальною суттю охорони здоров'я людини й соціально-економічними умовами, в яких вона перебувала.

Робота фельдшера та акушерки полягала в проведенні амбулаторного прийому й допомозі хворим удома, відбору хворих для лікарського огляду, організації прийому дільничного лікаря й лікарів-фахівців безпосередньо на пункті, участі в масових профілактичних медоглядах дорослого населення та в диспансерному нагляді за хворими, ретельному виконанні призначень лікаря, патронажі вагітних, дітей, медикаментозному забезпеченні хворих, експертизі тимчасової втрати працездатності, статистичному обліку та аналізі стану здоров'я населення. Третина мешканців сіл починала й закінчувала лікування у фельдшера й акушерки. Ще 40 % фельдшер і акушерка спрямовували до дільничного лікаря. Отже, доля трьох чвертей жителів сіл прямо чи опосередковано перебувала в руках працівників фельдшерсько-акушерських пунктів.

Санітарно-протиепідемічний напрям у їх роботі охоплював охорону довкілля, проведення щеплень проти інфекційних хвороб, поточний санітарний нагляд за об'єктами, виявлення епідемічних осередків, повідомлення санітарно-епідеміологічної станції про випадки інфекційних, паразитарних, професійних захворювань, отруєнь та порушення санітарно-гігієнічних вимог тощо.

Створювані сільські територіальні дільниці обслуговували 5–6 тис. сільських жителів. Лікарська амбулаторія, як ключова ланка дільниці, у середньому укомплектовувалася трьома лікарями (терапевтом, педіатром і стоматологом), у своїй структурі мала клініко-діагностичну лабораторію, фізіотерапевтичний і зубопротезний кабінети, спеціальний транспорт.

У 1971–1975 рр. в області з метою вдосконалення спеціалізованої стаціонарної допомоги населенню великих міст – Чернігова, Ніжина, Прилук – створювалися спеціалізовані центри з важливих видів медичної допомоги. На базі однопрофільних відділень міських лікарень створювалися спеціалізовані стаціонари на 80–100 і більше ліжок.

У 1975–1980 рр. в області було створено низку міжрайонних відділень і центрів, що надавали вузькоспеціалізовану допомогу. Вони діяли, як правило, у великих містах (Чернігові, Ніжині, Прилуках), а також у деяких районних центрах. У цей час розпочали свою діяльність близько 20 відділень з надання послуг з офтальмології, отоларингології, онкології, урології, акушерства, гінекології тощо.

Надання медичної допомоги за місцем роботи було винаходом радянської системи охорони здоров'я. Практично на всіх великих промислових підприємствах були відкриті медико-санітарні частини, лікарські дільниці, фельдшерські пункти. Вони функціонували за кошти підприємств, але адміністративно підпорядковувались органам охорони здоров'я.

Лікувально-профілактичну роботу було направлено на забезпечення медичним обслуговуванням робітників промислових підприємств, розширення контингентів, які підлягали оглядам. Найбільш поширеними формами й методами такої допомоги працівникам промисловості були цехові дільниці й диспансерне обслуговування. Продуктивно працювали внутрішньозаводські амбулаторії, здоровпункти, філіали поліклінік. Удавалося знизити кількість захворювань з тимчасовою втратою працездатності. На початку 1970-х років профілактичними оглядами було охоплено близько 90 % робітників. Радянська система охорони здоров'я розглядала справу медичного обслуговування на виробництві як справу політичну, внесок до суспільного виробництва, виконання народногосподарських планів.

У 1970-ті роки органи охорони здоров'я Чернігівщини неодноразово констатували про

зростання захворюваності з тимчасовою втратою працездатності [5, арк. 7–8], тому були внесені корективи в організацію медичної допомоги робітникам на виробництві (замість самостійних лікарських пунктів створювалися цехові лікарські дільниці).

Вважалося, що поліклінічна допомога найоптимальніше забезпечувала гармонізацію лікувальної, профілактичної й оздоровчої роботи. У 1970– 1980-ті роки зміцнилася дільнична робота поліклінік області. Обслуговуючи хворих вдома, медперсонал дільниці забезпечував послідовне спостереження за динамікою захворювань населення, наближав меддопомогу до громадян, проводив профілактичні заходи.

У досліджувані роки зберігалася різниця між спеціалізованою поліклінічною допомогою в містах і селах області. У міру зростання відстані між будинком хворого й лікувальною установою число звернень сільського населення до лікарів значно знижувалося. Центральні районні лікарні часто не могли надавати необхідної допомоги. У них іноді бракувало вузькоспеціалізованих фахівців, зокрема нейрохірургів, гематологів тощо. Хворі, які потребували такої допомоги, направлялися до великих обласної й міських лікарень, диспансерів і спеціалізованих центрів. Сільське населення майже вдвічі рідше, ніж жителі міст, відвідували лікарів. Значна частина його не мала можливості одержувати вчасно допомогу від лікарів-терапевтів, педіатрів, стоматологів.

Спеціалізація передбачала проведення медичного районування, при якому спеціалізована допомога надавалась у великих поліклініках кожного міського району, а окремі її види (гастроентерологічна, пульмонологічна, алергологічна) розраховувалася на кілька районів чи на місто в цілому.

У 1970-ті роки в поліклініках районів області були створені спеціалізовані кабінети (з 15–20 спеціальностей), що наблизили до сільського населення багато видів спеціалізованої допомоги.

Уже в 1960-ті роки намітилися нові форми спеціалізованої поліклінічної допомоги. На Чернігівщині набула поширення бригадно-дільнична форма, коли на дільницях працювало розширене коло спеціалістів (крім терапевтів, акушерів-гінекологів і педіатрів, залучалися офтальмологи, отоларингологи, невропатологи, хірурги).

Великі поліклініки мали фізіотерапевтичні відділення, у яких проводилося комплексне відновлювальне лікування. Поліклініки в багатьох населених пунктах області розташовувались у тісних пристосованих приміщеннях [9, арк. 178].

У 1970-ті роки в Чернігові, Ніжині, Борзні, Варві, Городні, Талалаївці, Куликівці ще залишалися дрібні поліклініки, розташовані у непристосованих приміщеннях. Тут панувала низька культура обслуговування населення.

Протягом 1980–1989 рр. відбулося зменшення медичних установ переважно внаслідок ліквідації колгоспних пологових будинків. Водночас з'явилися нові заклади, які спеціалізувалися на лікуванні дегенеративних хвороб.

Отже, спеціалізація поглибила соціальне розшарування суспільства, зокрема, міського й сільського населення. Здоров'я першого було ліпшим, оскільки в містах, як відомо, проживав провідний клас робітників, який якісніше забезпечувався медичною допомогою. У містах розвивалася не лише територіальна, як і в селах, а й виробнича медико-санітарна мережа. Переважаючі матеріально-кадрові ресурси зосереджувалися не там, де було гірше здоров'я людей, а навпаки.

Посилання

1. Голяченко О.М. Українська здоровоохорона: як вийти із кризи [Текст] / О.М. Голяченко. – Тернопіль: Лілея, 1999. – 72 с.

2. Державний архів Чернігівської області (далі – ДАЧО), ф. Р–5036, оп. 4, спр.2389, 275 арк.

3. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр.1058, 141 арк.

4. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр.1395, 28 арк.

5. ДАЧО, ф. Р–5153, оп. 1, спр.1427, 86 арк.

6. Из истории развития здравоохранения Черниговщины [Текст]. – Чернигов: Десна, 1989. – 147 с.

7. Кононенко М. Кодекс здоров'я [Текст] / М. Кононенко // Деснянська правда. – 1970. – 28 січня. – С. 2.

8. Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты [Текст] / Н.Б. Найговзина, М.А. Ковалевский. – М.: Классик-Консалтинг, 1999. – 76 с.

9. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України), ф. Р–2, оп. 13, спр. 3400, 242 арк.

10. Щепин О.П. Достижения советского здравоохранения за 70 лет и перспективы его развития [Текст] / О.П. Щепин // Терапевтический архив. – 1987. – № 10. – С. 4.

Лавриненко Л.И. Концепция развития специализации медицинских услуг на Черниговщине: исторический аспект (1960–1980 гг.)

В статье рассматриваются концептуальные подходы к развитию специализации медицинских услуг и их проявлении на Черниговщине. Освещены вопросы реорганизации территориальной и производственной медицинско-санитарной сети.

Ключевые слова: *охрана здоровья, врач, специализация медицинских услуг, больница, профилактика, медицинская помощь.*

Lavrinenko L.I. The concept of specialization of medical services in Chernihiv region: a historical perspective (1960s–1980s)

The article deals with a conceptual approach to the specialization of medical services and its manifestation in Chernihiv region. The question of reorganization of territorial and industrial health network is highlighted.

Key words*: health care, doctor, specialized medical services, hospital, prevention, medical assistance.*

03.03.2015 р.