

невеличкі робітничі селища на околицях міст або поблизу заводів із одно — двоповерховою забудовою без комунальних зручностей, котрі поступово входили до складу великих міст, розчиняючи впорядкований центр своєю масою. Побут робітників 1930-х рр. перебував на перехідному етапі, який поєднував риси міського та сільського. Оазисами нового соціалістичного побуту мали стати новозбудовані «соцмістечка». Позитивні зрушення намітились у роки другої п'ятирічки, коли країна почала виходити з економічної кризи.

## 8. Медична допомога

Загострення житлової кризи й погіршення санітарно-гігієнічної ситуації в містах та робітничих селищах, як і зростання виробничого травматизму й систематичне недоїдання, впродовж ряду років підточували стан здоров'я робітників.

Досить поширеною була захворюваність на туберкульоз. Через санітарну неграмотність населення, брак спеціальних медичних закладів, а також недостатню обізнаність дільничних лікарів із відповідною клінікою хворі звичайно зверталися за допомогою вже з гострими явищами хвороби, на її пізніх стадіях<sup>636</sup>. З цієї причини багато з них вмирили, причому більшість — у працездатному віці. Так, серед чоловіків віком 25–26 років, котрі хворіли на сухоти, наприкінці 1920-х рр. вмирили 46,1% їх, а серед жінок віком 22–23 років — 44,5%<sup>637</sup>. Туберкульоз спричиняв високу смертність населення.

Більшість осіб, хворих на сухоти, що мешкали у містах, працювала в харчовій промисловості та у сфері обслуговування (в крамницях, перукарнях, школах і дитячих закладах). Так, у Кайдацько-Чечелівськоу районі, за даними місцевих тубдиспансерів, у вказаних галузях працювали майже 80% туберкульозних хворих<sup>638</sup>.

В зв'язку з масовою міграцією населення поширювалися також венеричні хвороби, особливо серед робітників новобудов. Переважна чисельність захворювань припадала на неодружених чоловіків. Серед відповідних жінок найбільшу кількість становили розлучені. Головним джерелом венеричних хвороб була проституція. Наприклад, в Одесі 59,8% хворих чоловіків, зареєстрованих на 1931 р., заразилися від проститутток, а 13,4% — від випадкових сексуальних партнерок. Зараження від дружин, наречених, співмешканок спостерігалось не часто, лише у 2,9%<sup>639</sup>.

Через зростання продажу спиртних напоїв поширювався алкоголізм. За три роки після скасування у 1924–1925 рр. «сухого закону», споживання алкоголю в Україні збільшилося у 8 разів<sup>640</sup>. Пияцтво було однією з причин зростання на підприємствах прогулів, аварій та нещасних випадків. Держава, налякана його стрімким поширенням, намагалася подолати це лихо.

Масового поширення набули шлунково-кишкові хвороби. Вогнищем захворюваності на черевний тиф і дизентерію в Україні через неналагодженість водопостачання й антисанітарний стан копалень та робітничих селищ був Донбас<sup>641</sup>. У 1931 р. захворюваність на них набула ознак епідемії, й лише на початку 1933 р. намітилася тенденція до її зниження<sup>642</sup>.

Проте з 1932 р. характеру епідемії набув висипний тиф. Основна маса захворювань була зареєстрована у Харківській, Київській і Дніпропетровській областях, а також на Донбасі. Причому в Харківській та Київській — переважно у містах, а в Донбасі й Дніпропетровській — у промислових районах. За визначенням Наркомату охорони здоров'я, захворюваність на висипний тиф мала у 1932 р. «дисімінований характер». Відносно благополучними по ній були новобудови і великі промислові центри, а основними розплідниками — будинки виправних робіт і вокзали<sup>643</sup>.

В умовах масового поширення голоду й епідемічних захворювань від різних форм тифів та холери, а також від виснаження постраждали чимало робітників. За даними органів соцстраху, основними причинами непрацездатності їх у той період були шлунково-кишкові та шкіряні хвороби (флегмона, фурункульоз, абсцеси), а також малярія. Найбільше хворих на останню було серед робітників-металургів, котрі проживали в Дніпропетровській області, а від шкіряних найчастіше страждали працівники цементної, взуттєвої, трикотажної, бавовняної й поліграфічної промисловості. У важкій промисловості ці хвороби найчастіше вражали працівників вугледобувної та гірничорудної галузей.

Викликають сумнів дані страхових органів про зменшення рівня загальної захворюваності робітників за роки голоду на 12%, за винятком металургійної промисловості, де він зріс за відповідний період на 7,8%, але виключно через епідемію малярії. За цими даними, в першому кварталі 1933 р. кількість робочих днів, пропущених робітниками металургами з причини непрацездатності через неї становив 21 день на 100 застрахованих, у другому — 21,8 дня, третьому — 50,1 дня і четвертому — 30 днів<sup>644</sup>.

Незважаючи на високий рівень захворюваності робітників у роки першої п'ятирічки, охорона здоров'я первісно опинилася «на задвірках». Виступаючи на IV Всеукраїнському з'їзді професійних спілок (грудень 1928 р.) нарком праці В. Гулий зазначив, що з моменту ліквідації відділів робітничої медицини у 1927 р. й передачі фондів відповідної допомоги у розпорядження відділів охорони здоров'я, рівень надання останньої застрахованим різко погіршився. Він зазначив, що в окремих промислових регіонах «стан поліклінік нагадує часи громадянської війни, коли хворі знаходились в антисанітарних умовах»<sup>645</sup>.

Лише масове поширення епідемій, висока плінність робочої сили і необхідність її закріплення на виробництві змусили державні органи та адміністрацію підприємств прислухатися до вимог робітників щодо покращення їх медобслуговування. За планом його розвитку на першу п'ятирічку, витрати на відповідну допомогу одному застрахованому, включаючи витрати на будівництво лікарень, з 1928 р. по 1932 рр. мали збільшитися на 20% — з 22 руб. 47 коп. до 27 руб. 17 коп., але фактично зросли з 23 руб. 98 коп. до 36 руб. 82 коп., тобто більше, ніж на третину; щоправда, ці показники не враховували рівень інфляції<sup>646</sup>.

Масове поширення епідемій перешкодило реалізації планів Наркомату охорони здоров'я по боротьбі з професійною захворюваністю й виробничим травматизмом, накреслених на першу п'ятирічку. Його органам вдалося здійснити лише ті з них, які торкалися наближення медичної допомоги до виробництва.

У 1928 р. від територіальних до заводських і фабричних поліклінік надавалися повноваження щодо видачі лікарняних листків. Одночасно на підприємствах запроваджувалася видача грошової допомоги в разі тимчасової непрацездатності<sup>647</sup>. Щоправда, відвідування лікарів та страхових кас у робочий час суворо заборонялося<sup>648</sup>.

Згідно з постановою ЦК ВКП(б) «Про медичне обслуговування робітників і селян» від 29 грудня 1929 р., діяльність закладів охорони здоров'я мала спрямовуватися на першочергове обслуговування основних промислових районів. З цією метою всі округи за його рівнем поділялися на 3 групи. Найбільші пріоритети отримали Сталінська, Луганська, Криворізька, Харківська й Дніпропетровська округи, котрі належали до першої групи. Другу представляли Київська, Одеська, Миколаївська, Маріупольська та Запорізька округи. Робітники решти округ обслуговувалися на загальних засадах<sup>649</sup>.

Це було зумовлено тим, що в промислових районах України склався небезпечний санітарно-епідеміологічний стан. Так, на 1931 р. при загальнореспубліканському показнику 20 захворювань на 10 тис. осіб у Донбасі він сягав 120. Пункти першої медичної допомоги були відсутні на половині промислових підприємств; при забезпеченні лікарнями — 1 ліжко на 136 застрахованих<sup>650</sup>.

Ще гіршим було становище на новобудовах і лісорозробках. Так, на Дніпробуді функціонувало всього 17 медпунктів — 4 лікувальних, а інші — фельдшерські, причому профілактичну роботу проводили лише два з них. Через велику перевантаженість лікарів (до 100 осіб на прийом) вони не могли оглянути всіх хворих, а тих, які потребували лікарняної допомоги, — розмістити у стаціонарах через катастрофічний брак місць у них<sup>651</sup>. Перший час медична допомога на лісорозробках, де працювали переважно розкуркулені, взагалі не надавалася<sup>652</sup>.

Чинне законодавство про працю було поширено на спецпоселенців, котрі працювали за наймом на підставі трудових угод, згідно з циркуляром Наркомпраці від 16 серпня 1931 р. З того часу їм почали безкоштовно надавати амбулаторну, стаціонарну й профілактичну допомогу за місцем роботи або проживання, але за умови, якщо в районах лісорозробок існували лікувальні заклади<sup>653</sup>.

Однак їх організація розпочалася лише у 1933 р., коли на лісопосади було надіслано медичних працівників із непромислових міст і містечок. Крім того, до кожної лісорозробки прикріплювався лікар або фельдшер із найближчої сільської лікувальної дільниці, котрий мав періодично приїздити для медогляду спецпоселенців. Через брак лікарів перша медична допомога в разі нещасних випадків на лісопосадах надавалася санітарними бригадами з робітників, навчених елементарним правилам її надання та оснащених аптечками<sup>654</sup>.

На відміну від лісорозробок, на заводах, фабриках і шахтах першу медичну допомогу робітникам надавали відповідні пункти. До 1931 р. вони були організовані більше, ніж на 2/3 шахт (на інших підприємствах цей показник був значно меншим). Проте лише 15,5% із них мали лікарів, незважаючи на те, що майже всі випускники медичних закладів у 1928–1931 рр. направлялися на роботу за розподілом на Донбас. Завдяки цьому кількість лікарів у цьому регіоні збільшилася з 1 жовтня 1928 р. по 1 січня 1931 р. на 22,3% (з 1172 до 2611 осіб), у той час як у цілому по Україні — лише на 13% (з 10250 до 14949 осіб)<sup>655</sup>.

Проте забезпеченість медпунктів ліками, перев'язочним матеріалом та носилками не покращувалася. До того ж, у них також не було телефонного зв'язку<sup>656</sup>.

Створювалися нові типи медичних закладів для обслуговування робітників великих підприємств — медсанцехи і промстанції, завданням котрих було оздоровлення умов праці та побуту трудівників. Одними із перших розгорнули роботу ці заклади заводів Харківського паровозобудівного і Маріупольського ім. Ілліча. Вони стежили за рівнем професійної шкідливості виробництва, проводили профілактичні огляди робітників та направляли хворих на лікування та курортне оздоровлення<sup>657</sup>.

Згідно з індустріальними пріоритетами, організовувалася система закритого медичного обслуговування індустріальних робітників, діяльність якої частково фінансувалася за рахунок підприємств. Відомчі заводські та шахтні лікувальні заклади спочатку, у 1931–1932 рр. з'явилися в Донецькому регіоні<sup>658</sup>, а з наступного року — в Криворізькому залізрудному басейні<sup>659</sup>. В їх структурі найшвидше зростала чисельність виробничих медпунктів. Робітники дрібних виробництв, позбавлені можливості обслуговування у заводських амбулаторіях і поліклініках, відвідували лікувальні заклади відкритого типу (загального користування) за місцем проживання. Динаміку кількості медичних установ в Україні за роки першої п'ятирічки відображено у таблиці № 1<sup>660</sup>.

*Таблиця 1*

Розвиток мережі закладів охорони здоров'я в УСРР за роки першої п'ятирічки			
Тип лікарняного закладу	За станом		Зростання у %
	1927/28 р.	Кінець 1932 р.	
Поліклініки	221	396	79,1
Амбулаторії	2121	2765	30,3
Медпункти	423	1981	358,5
Медсанцехи	-	43	-
Промстанції	-	16	-
Зуболікувальні заклади	923	1442	55,6
Рентген-заклади	129	219	69,7
Фізіотерапевтичні заклади	99	194	94,7
Тубдиспансери	118	147	24,5
Вендиспансери	103	143	38,8
Інші диспансери	-	31	-
Ліжка в лікарнях	31407	56606	80,2
Ліжка у санаторіях	3926	4260	40,7%

Незважаючи на зростання чисельності закладів охорони здоров'я, рівень медичного обслуговування застрахованих залишався невисоким, ще зумовлювалося незначними витратами на лікувальну допомогу. Причому в Україні, порівняно з іншими республіками вони були найменшими. Так, у 1932 р. із розрахунку на одного застрахованого вони становили в УСРР — 23 руб. 30 коп., РСФРР — 23 руб. 43 коп., БСРР — 24 руб. 12 коп., ЗСФРР — 31 руб. 73 коп.,

Туркменській РСР — 35 руб. 33 коп., Узбецькій — 36 руб. 68 коп., Таджицькій — 41 руб. 39 коп. У галузевому розрізі найвищі показники відповідних витрат — від 44 руб. 08 коп. до 53 руб. 05 коп. — встановлювалися для застрахованих, котрі працювали в провідних галузях економіки<sup>661</sup>.

Найслабшими ланками в системі охорони здоров'я була організація спеціалізованої, невідкладної й медичної допомоги вдома. Станції швидкої допомоги існували лише у великих містах та промислових центрах, а невідкладна у вигляді нічних чергувань лікарів, крім міст і робітничих селищ, — лише в окремих райцентрах<sup>662</sup>. У стані організації перебувала диспансерна система обслуговування населення, яка передбачала поєднання лікувальної допомоги з профілактичною роботою по оздоровленню праці й побуту.

Досить повільно порівняно з іншими типами медичних закладів зростала чисельність спеціалізованих — венерологічних і особливо туберкульозних диспансерів. Там, де останніх не було, допомогу хворим на сухоти надавали інфекційні відділення лікарень (кількість ліжок для туберкульозних хворих у них за 1929–1933 рр. збільшилася з 568 до 1693). З причини перевантаженості фтизіатрів потрапити до них на прийом було непростю справою. Незважаючи на це, кожен диспансер пересічно обслуговував декілька адміністративних районів (у радіусі 80–100 км), у них працювали лише по 3–4 лікарі та 1–2 сестри-обслідувачки<sup>663</sup>.

В умовах погіршення життєвого рівня робітників профілактика сухот здійснювалася переважно пропагандистськими засобами. На початку 1930 р. при Одеському тубінституті було відкрито «робітничий університет» — мережу короткотермінових санітарно-освітніх курсів, слухачі котрих ознайомлювалися із заходами профілактики сухот<sup>664</sup>.

Фактично без спеціалізованої медичної допомоги залишалися робітники, які мали наркологічну та алкогольну залежність. Проте робились активні спроби попередження пияцтва й алкоголізму. В 1928 р. в республіці було створено Всеукраїнське антиалкогольне добровільне товариство, котре мало розгорнути активну боротьбу за тверезий побут. Його завданнями були: організація відповідних осередків на підприємствах, проведення серед робітників антиалкогольної пропаганди та агітації, боротьба проти «п'яних прогулів», яку мали взяти на себе спеціальні санітарні бригади, котрі створювалися на підприємствах напередодні свят<sup>665</sup>. Однак в умовах, коли поширювався продаж алкогольних напоїв, діяльність товариства виявилася неефективною. В жовтні 1931 р. воно було об'єднане з низкою інших добровільних організацій у «Товариство оздоровлення праці й побуту». Водночас змінилася тактика боротьби з алкоголізмом.

При міських відділах НКВС створювалися витверезники — органи, які поєднували в своїй діяльності адміністративне покарання п'яниць (стягання з них штрафів) з першою медичною допомогою у разі їх алкогольного отруєння<sup>666</sup>. В тому ж році було ухвалено закон про примусове лікування п'яниць у наркологічних диспансерах. Дозвіл на подання заяв про їх розміщення в таких закладах отримали органи міліції, комісії рад, партійні комітети і фабзавкоми, житлові кооперативи та інші організації. Через брак коштів, котрих не вистачало на лікування а, тим більше, на соціально-профілактичну допомогу алкогольно-залежним, робота диспансерів мала низький ефект<sup>667</sup>.

Головною проблемою, з якою зіткнулись органи охорони здоров'я у роки першої п'ятирічки, було масове поширення найнебезпечніших епідемічних захворювань — тифу й холери, спричинених катастрофічним голодом і масовими міграціями людей.

Вже після першого спалаху тифу взимку 1931–1932 рр. Народний комісаріат охорони здоров'я розробив систему заходів попередження епідемії. В центрі уваги відповідних санітарних органів опинилися промислові підприємства та радгоспи, залізниці й вокзали, навчальні, лікувальні та соціальні заклади, тобто всі місця масового скупчення людей, що могли стати вогнищами тифу, а також заклади комунально-побутового обслуговування, від роботи котрих залежало утримання міста у належному санітарному стані.

В грудні 1931 р. Наркомат охорони здоров'я надіслав директивного листа інспекторам охорони здоров'я й керівникам промислових підприємств, сільсько-господарських трестів, лікувальних і соціально-виховних закладів з вказівкою «вжити рішучих заходів, щоб попередити розвиток епідемії». Пропонувалося, по-перше, не допускати скупчення мешканців гуртожитків; по-друге, забезпечувати утримання їх приміщень і громадських місць у чистоті; по-третє, надавати робітникам можливість раз на декаду митися в банях, прати та дезінфікувати одяг і постільну білизну. У разі відсутності лазень належало придбати пересувне банно-пральне устаткування та обладнувати ним спеціальні приміщення, які мали опалюватися й освітлюватися. В радгоспах пропонувалося встановлювати дезкамери<sup>668</sup>. Завербовані робітники, котрі приїздили на роботу з інших місцевостей, мали проходити санобробку й віспощення<sup>669</sup>.

Боротьба з тифом нагадувала театр воєнних дій. При міських відділах Наркомздоров'я створювалися епідеміологічні бюро, а при поліклініках — сектори із санітарно-гігієнічної роботи. До їх складу входили лікарі-епідеміологи та санітарні. На боротьбу з хворобою було мобілізовано всіх медичних працівників, незалежно від фаху й кваліфікації, включаючи вищий і середній персонал та навіть студентів медиків. Мобілізованих прикріплювали до окремих державних установ або кооперативних об'єднань у містах, а в сільській місцевості — до сільськогосподарських комун, артіль, радгоспів і МТС<sup>670</sup>.

При місцевих органах влади організовувалися надзвичайні комісії по боротьбі з епідеміями, члени яких за участю представників громадськості перевіряли санітарний стан гуртожитків, їдалень, шкіл, житлових будинків, вокзалів, ринків й інших громадських місць, виявляли тифозних хворих. За наслідками обстежень вони публікували повідомлення у пресі, а за фактами виявлених порушень передавали справи про недбайливе ставлення посадових осіб щодо утримання комунальних закладів у належному санітарному стані до прокуратури та судових органів<sup>671</sup>. У разі виявлення порушення, за які не передбачалася кримінальна відповідальність, щодо осіб, котрі їх скоювали, застосовувалися адміністративні заходи — на них накладався штраф<sup>672</sup>.

Для покращення санітарного стану в робітничих селищах проводилися спеціальні заходи: медичні працівники заводських лікарень закріплювалися за робітничими казармами, де вони читали лекції й пильнували за дотриманням санмінімуму<sup>673</sup>. Санітарно-освітня робота здійснювалася за підтримкою самих робітників. З ініціативи Українського Червоного Хреста у житлових коопера-

тивах, гуртожитках і на промислових підприємствах організувалися сандружини та групи санітарних уповноважених з представників громадського активу<sup>674</sup>.

Надзвичайна санітарна ситуація, що склалася, вимагала максимального напруження і концентрації зусиль відповідних закладів. З ініціативи головного епідемічного лікаря республіки О. Марзєєва в республіці почали засновуватися комплексні органи, котрі об'єднували роботу всіх відповідних закладів (пастерівської, малярійної й дезінфекційної станцій та бактеріологічної лабораторії), — санітарно-епідеміологічні станції<sup>675</sup>.

Стан санітарної справи не дозволяв повсюдно і систематично здійснювати профілактичні заходи боротьби з епідемічними хворобами — щодо черевного тифу проводити поголовне щеплення населення, виявляти бацилоносіїв та хворих на початкових стадіях захворювання, а щодо висипного застосовувати масову санобробку населення, дезінфекцію й дезінсекцію, а також вчасно виявляти і ліквідовувати вогнища захворюваності. Через незабезпеченість технічним устаткуванням робота санітарних закладів, особливо у сільській місцевості, проводилася без належної лабораторної діагностики<sup>676</sup>.

Лише в 1933 р. вдалося налагодити постачання останніх деякими дезінфекційними засобами: формаліном, хлорним вапном та хлорпікрином. Проте карболки й фенолу, як і раніше, не вистачало. Не виконувалися й замовлення на постачання медичних закладів діагностичним та дезінфекційним обладнанням — чашками Петрі, термостатами, автоклавами й т. ін.<sup>677</sup>

Через брак шприців та голок зривалися плани щеплення населення. На 10 березня 1933 р. лікувальні заклади Донецької області провели 33,2 тис. щеплень замість запланованих 800 тис., Дніпропетровської — відповідно 20,7 тис. замість 340 тис., Харківської — 30 тис. замість 280 тис., Київської — 5 тис. замість 400 тис., Вінницької — 10 тис. замість 320 тис., Одеської — 115 тис. замість 300 тис., Чернігівської — 6,2 тис. замість 80 тис.<sup>678</sup>

Боротьбі з завошивленістю перешкождала незабезпеченість населення засобами особистої гігієни. Припинився імпорт іноземних машинок для гоління, а масове виробництво вітчизняних не було налагоджено<sup>679</sup>. Катастрофічно бракувало мила й пральних порошків. В умовах дефіциту річна душева норма споживання першого для городян УСРР встановлювалася в розмірі 1758 грамів — на 43% менше, ніж в цілому по СРСР (3054 г), а для сільських мешканців урізувалася до 436 г. І це при тому, що санітарний мінімум споживання мила, що гарантував миття з милом два рази на місяць, дорівнював 5 кг на рік (американці щорічно використовували 12 кг його). Але й мізерні норми не забезпечувалися. Через брак жирів та соди плани виробництва мила та його сурогатів щорічно зривалися. Тільки в першому кварталі 1931 р. вони були скорочені у 3,5 раза — із 4 300 т до 1 200 т, а в наступному за цей же період — виконані на 2/3. Милом нормально не забезпечувалися навіть лікувальні заклади. Так, восени 1933 р. вони недоотримали від Вукоопспілки 150 т його<sup>680</sup>. Розробка вітчизняного синтетичного мила перебувала на стадії лабораторних випробувань<sup>681</sup>.

Масова санобробка не проводилася й через незабезпеченість санітарних та медичних закладів транспортними засобами. Незважаючи на таку ситуацію, союзний уряд не виконав план поставки санітарних автомобілів в УСРР. До кінця 1932 р. з центру надійшло лише 4 останніх замість обіцяних 45<sup>682</sup>.

У занедбаному стані перебував і гужовий транспорт, але, попри це, тяглова сила лікувальних установ часто використовувалася не за призначенням, за розпорядженням місцевої влади на сільськогосподарських роботах у колгоспах та радгоспах<sup>683</sup>.

Санітарна ситуація тимчасово покращувалася лише внаслідок короточасних кампаній — тижневиків і місячників «боротьби за чистоту». Тому влада вдавалася до широкого використання карантинних заходів — заборони в'їзду з несприятливих в епідемічному відношенні місцевостей до більш благополучних. Однак такі дії щодо в'їзду селян, котрі не мали на те дозволу місцевої влади, й облави на утікачів від голоду на транспорті та «чистки» міст від безпритульних і бездоглядних не ліквідовували вогнища поширення тифу<sup>684</sup>.

Після покращення епідеміологічної ситуації влітку восени неминуче спостерігався новий спалах хвороби, спричинений появою холодів та погіршенням продовольчої ситуації у селах. Тиф продовжував забирати життя людей і протягом першої половини 1934 р.<sup>685</sup>

Боротьбі з останнім підпорядковувалися всі медичні заклади. Створювалися інфекційні стаціонари й відповідні відділення. Перші — шляхом перепрофілювання туберкульозних диспансерів на профілакторії, а другі завдяки передачі терапевтичних ліжок, а також призначених для хворих іншого профілю<sup>686</sup>. У сільській місцевості, де лікувальних закладів катастрофічно бракувало, ситуація з організацією інфекційних відділень була невтішною. Тим часом союзний уряд не дотримував зобов'язань щодо розгортання в УСРР 3 тис. ліжок для інфекційних хворих. Зокрема поставки мануфактури для них з центру не покривали і чверті потреб в останній.

Типовими були й випадки затримання пайкового забезпечення медпрацівників та продовольчого постачання лікувальних закладів<sup>687</sup>. «Хворих харчують незадовільно, — зазначав у листопаді 1933 р. нарком охорони здоров'я УСРР С. Канторович. — Навіть хворим на черевний тиф не дають білого хліба. Молочних продуктів бракує. М'яса, жирів майже зовсім не постачають. Паливом на зимовий сезон медичні заклади, як правило, не забезпечені»<sup>688</sup>. Це було основною причиною їх закриття.

В умовах тотального дефіциту влада намагалася розв'язати проблему боротьби з цією хворобою за рахунок людського фактора, вдаючись до репресивних заходів — адміністративного і судового покарання керівників, котрі не забезпечували дотримання санітарних норм (штраф до 100 руб., арешт або примусова праця на два тижні, оголошення догани у пресі або ж притягнення до судової відповідальності за ст. 293 Кримінального кодексу), й примусової мобілізації на боротьбу з епідеміями лікарів<sup>689</sup>. За таких умов основний тягар боротьби із відповідними епідемічними захворюваннями лягав на плечі медичних працівників. Їх зусиллями епідемію тифу було ліквідовано у 1934 р.

В умовах високої смертності населення та надто низької тривалості його життя, коли 33% чоловіків і 30% жінок не доживали навіть до 20 років<sup>690</sup>, витрати на підготовку кваліфікованої робочої сили ставали безглуздими. Іншими словами, розвиток важкої індустрії й оборонної промисловості був неможливим без хоча б мінімального підвищення асигнувань на розвиток охорони здоров'я трудящих.



У роки другої п'ятирічки витрати на медичне обслуговування із розрахунку на одного застрахованого мали зрости в Україні з 22 руб. 20 коп. до 26 руб. 19 коп., тобто на 17%. Незначний рівень асигнувань обґрунтовувався «успіхом оздоровчих та профілактичних заходів, які були покликані знизити захворюваність через повну ліквідацію епідеміологічних і шкіряних захворювань». Такому оптимізму влади не поділяли робітники, котрі в своїх листах, що надходили до Головного управління соціального страхування УСРР повідомляли про жахливі умови надання медичної допомоги. Так, наприклад, у Криворізькій амбулаторії «через постійне погіршення побутових умов залишився лише один лікар, який був змушений приймати в день 150 хворих замість 50»<sup>691</sup>.

Дані про розвиток відомчих медичних закладів за роки другої п'ятирічки не відомі. Проте за 1931–1934 рр. кількість заводських та шахтних амбулаторій в УСРР зросла з 312 до 353, поліклінік — з 185 до 302, ліжок у лікарнях — з 13884 до 21696, а виробничих пунктів першої медичної допомоги зросла від 1327 до 2220, медсанцехів — з 27 до 60. В територіальному плані найкращі показники виявилися у промислових районах Донбасу. В 1934 р. тут функціонувало 70 поліклінік, 467 амбулаторій, 692 пункти першої допомоги, 20 медсанцехів, 27 тубдиспансерів, 15665 ліжок у лікарнях<sup>692</sup>.

Крім того, у відомчих лікувальних закладах вводилися платні послуги для «непролетарських елементів», котрими доводилося користуватися й робітникам, які не потрапляли на безкоштовний прийом. Так, у Донбасі сталінська і маріупольська електропроводолікарні з 1934 р. почала обслуговувати від 25% до 30% хворих платно. Причому ціни на ці послуги встановлювалися незалежно від соціальної градації хворих та рівня їх платоспроможності. Саме громадяни, котрі платили за лікування, а не робітники, як це мало бути, ставали справжніми пільговиками. Їх приймали не тільки цілодобово, хоча за правилами їх прийом мав проводитися виключно у вечірні години, а й позачергово. Іноді, медичні заклади обслуговували тільки їх, а прийом для решти хворих припиняли. Такі випадки звичайно траплялися влітку в зв'язку з відпустками медичних працівників<sup>693</sup>. До того ж, тарифи на послуги не були уніфіковані.

У відповідь на скарги робітників, обурених платністю лікувальних послуг та високими цінами, наркомат охорони здоров'я УСРР у 1934 р. визначив категорію закладів (деякі лікарні), в котрих дозволялося брати гроші за лікування, а також встановив єдину таксу оплати стаціонарної медичної допомоги для всіх лікувальних закладів республіки незалежно від їх відомчої приналежності, яка враховувала соціальну диференціацію хворих та розмір їх заробітків (Див. додаток)<sup>694</sup>. Однак цих правил не дотримувалися, особливо в непромислових округах. Так, у Погребищінському районі Вінницької області у першій половині 1935 р. все населення, як застраховане, так і незастраховане отримувало меддопомогу лише за плату в грошовій або натуральній формі<sup>695</sup>.

Незважаючи на переведення ряду лікарень на часткову самоокупність, розмір асигнувань на розвиток охорони здоров'я, котрі виокремлювалися із загальноукраїнського фонду медичної допомоги, збільшувався, особливо у промислових регіонах, зокрема, для Донецької області тільки за один 1934 р. — на 4,1% (з 32,7% до 36,8%)<sup>696</sup>. Однак рівень асигнувань залишався недостатнім.

Медичні заклади систематично недоотримували продукти, необхідні для харчування хворих. Зокрема в 1934 р. їм було недодано 80% хліба й борошна, а дієтичні продукти взагалі майже не надходили.

Лише на 10% задовольнялися потреби лікарень у заміні м'яких меблів, не здійснювалося їх постачання столовим та кухонним інвентарем<sup>697</sup>. Бракувало мила й деззасобів, у зв'язку з чим санобробка хворих і дезінфекція лікувальних приміщень та постільної білизни не проводилися. Через майже повну відсутність транспортних засобів не розгорталася робота дезстанцій, пунктів невідкладної й швидкої лікувальної допомоги, не налагоджувалося обслуговування хворих на дому. Негативно позначалися на рівні медичного обслуговування і систематичні затримки заробітної плати лікарям<sup>698</sup>.

Через недофінансування та недопоставки із РСФРР й із закордону медпрепаратів та відповідного обладнання, які не вироблялися в УСРР, лікувальні заклади наприкінці кожного року звичайно призупиняли роботу на декілька місяців<sup>699</sup>. З цієї ж причини у 1936 р. було згорнуто діяльність протималарійних стаціонарів на металургійних підприємствах Дніпропетровської області (заводах ім. Петровського, Дзержинського та Леніна), організованих у 1934–1935 рр.<sup>700</sup> Стояли необладнаними новозбудовані діагностичні та лікувальні заклади в Криворіжжі та у Донбасі<sup>701</sup>.

До 1936 р. продовжувалися рейдерські захоплення приміщень медичних установ з боку державних органів. Їх було припинено, згідно з постановою ЦК КП(б)У про заборону нецільового використання приміщень лікарень, амбулаторій і аптек та повернення їм тих, котрі в них були відібрані<sup>702</sup>. Однак, незважаючи на численні проблеми у розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я, загальний рівень смертності населення в республіці знизився.

Це було забезпечене, по-перше, подоланням голоду; по-друге, формуванням у населення свого роду «запасу міцності», який створюється практично після всіх демографічних катастроф, котрі забирають життя найслабших<sup>703</sup>; по-третє, зниженням летальності від такої небезпечної хвороби, як тиф, завдяки масовій вакцинації населення. Однак після скорочення показника смертності в 1934 р. він застряг на одному рівні до кінця 1930-х рр.<sup>704</sup> У 1934 р. в СРСР було завершено розробку протитуберкульозної вакцини БЦЖ, а в 1937 р. вперше організовано масову вакцинацію новонароджених<sup>705</sup>. У Радянському Союзі також було освоєно виробництво нових високоефективних медичних препаратів: у 1936 р. — акрихіну й червоного стрептоциду, в 1937 р. — сульфідину і сульфаніламідну, у 1938 р. — сульфазолу. Сульфаніламідні препарати були надзвичайно ефективні в лікуванні шлунково-кишкових хвороб, які забирали багато життів.

Вагому роль у подоланні епідемічної захворюваності відіграло посилення державного санконтролю. Радянське керівництво відреагувало на епідемічний спалах 1932–1933 р. організацією в УСРР Державної санітарної інспекції, котра мала здійснювати відповідний контроль за всіма сферами життя та побуту населення<sup>706</sup>. Одночасно з останньою було створено Всеукраїнське товариство з оздоровлення праці й побуту, члени якого ініціювали санітарні суботники у цехах і гуртожитках, залучали робітників до збору коштів на проведення відповідних заходів, а також популяризували серед них звички відносно дотри-

мання особистої гігієни. В 1934 р. трудящі УСРР відпрацювали на санітарних суботниках 14 млн годин, а також взяли участь у реалізації спеціальної позики<sup>707</sup>.

Водночас через погіршення житлових умов та підвищення інтенсифікації праці рівень загальної захворюваності робітників залишався високим. Щоб знизити його, влада намагалася призвичаювати їх до фізичної культури та налагодити їх відпочинок в оздоровчих закладах.

Згідно з директивами партії про переважне забезпечення профілактичною допомогою трудівників провідних галузей виробництва, територію України було поділено на 6 типів районів: Донбас (коефіцієнт обслуговування 100%), Дніпропетровськ, Харків, а також транспорт (80%); Маріуполь, Миколаїв і Запоріжжя (60%), Одеса і Київ (50%), колишні обласні центри (30%), інші райони (10%). При цьому вартість путівок для індустріальних робітників була на 20% меншою, ніж для інших застрахованих. За постановою Наркомату праці УСРР від 14 серпня 1930 р., обов'язковою умовою при направленні у профілактичні установи стала наявність трудового стажу для працівників провідних галузей економіки в 1,5 року, а для інших — 2<sup>708</sup>.

Протягом оздоровчої кампанії 1931 р. 65% путівок до санаторно-курортних закладів було надано робітникам, 6% — службовцям, 5% — партійним функціонерам, 2% — інвалідам, 4% — працівникам ДПУ й військового відомства, 0,5% — членам громадських організацій, стільки ж — кооперативних органів, 15% — селянам та 2% — членам робітничих родин. Тільки з Донбасу у санаторії потрапило 11 тис. робітників і ще 36 тис. — у будинки відпочинку<sup>709</sup>.

За директивою Центрального управління соціального страхування СРСР від 8 жовтня 1931 р., путівки до них мали надаватися виключно «робітникам-ударникам, що виявили виробничу ініціативу, учасникам радгоспних бригад, громадського буксиру, робітникам та службовцям, що взяли на себе зобов'язання виконати п'ятирічку за 4 роки»<sup>710</sup>. Якщо у 1931 р. кількість «ударників» серед відпочивальників будинків відпочинку становила 26%, то в 1932 р. — 65,9%.

За планом профілактичної допомоги, затвердженим ВЦРПС на 1932 р., встановлювалися підвищені норми забезпечення путівками робітників провідних галузей промисловості: у вугільній — на 1000 застрахованих 200 путівок, у металургійній відповідно — 175, комунальній сфері — 50. Причому робітникам й інженерно-технічним працівникам належало надавати не менше 92% всіх путівок. З 1936 р. всі працівники, окрім учнів шкіл ФЗУ, підлітків, котрі працювали на підприємствах, вагітних і жінок з немовлятами, мали сплачувати 20% від вартості отриманих путівок<sup>711</sup>.

Індустріальні пріоритети розподілу останніх суворо дотримувалися. Серед відпочивальників санаторіїв у 1932 р. частка робітників становила 60%, ІТП — 4,8%, селян — 5,3% службовців — 20%<sup>712</sup>. Питома вага перших, які отримували путівки до цих закладів, серед їх загальної кількості за роки першої п'ятирічки практично не збільшилася (з 0,2 до 0,3%), а тих, що направлялися в будинки відпочинку, — з 4,2 до 7,1%. Несуттєво (з 0,3 до 0,2%) зменшилася частка підлітків, котрі перебували у колоніях робітничої молоді Ці оздоровчі заклади пропускною спроможністю в 5 тис. осіб були організовані у 1928 р. в 11 округах

України. У них підлітки сполучали відпочинок із сільськогосподарською працею для продовольчого самозабезпечення<sup>713</sup>.

В 1932 р. було організовано нові форми відпочинку — сімейні будинки відпочинку на 12 тис. 541 місце, молодіжні — на 35 тис. 237 місць<sup>714</sup> та піонерські табори.

Через неправильно поставлений облік путівок найбільш дорогі, які призначалися робітникам, «йшли на сторону» — продавалися службовцям, причому різниця в їх вартості — дешевих, котрі мали продаватися, й дорогих, які фактично продавалися, надходила в кишеню працівників соцстраху<sup>715</sup>.

За 1930–1932 рр. ліжковий фонд у санаторіях збільшився з 850 до 1300 місць, а у будинках відпочинку з — 14 750 до 17 500. Розширення місць в оздоровчо-курортних закладах здійснювалося переважно за рахунок використання існуючої мережі. Наприклад, у Запорізькому будинку відпочинку, розрахованому на 250 осіб, відпочивало 340<sup>716</sup>. Щоправда, переважно в Донбасі розпочалося будівництво нових аналогічних закладів. Так, у 1931 р. було введено в дію Щербинівський будинок відпочинку на 150 ліжок та Святогорський — на 320, а у наступному році їх закладено ще 13. Нові санаторії у роки першої п'ятирічки взагалі не будувалися<sup>717</sup>.

У 1932 р. план оздоровлення застрахованих за загальною кількістю відпочивальників вдалося перевиконати майже вдвічі: санаторії й будинки відпочинку відвідали 310 тис. осіб замість запланованих 169 тис. Проте частка працівників, котрі скористалися путівками, зросла лише на 27% — з 8 до 8,3 осіб на кожні 100. Це пояснювалося стрімким зростанням чисельності найманих працівників, темпи якого значно перевищували збільшення кількості місць в оздоровчих закладах<sup>718</sup>.

Підвищення пропускної спроможності санаторіїв та будинків відпочинку без введення в дію нових корпусів знижувало якість обслуговування відпочивальників. Погіршення курортного сервісу також зумовлювалося недофінансуванням цих закладів та зменшенням купівельної спроможності рубля. Так, у травні 1932 р. собівартість санаторного лікування становила 186 руб. 50 коп., у той час як ціна путівок — лише 151 руб. 72 коп., що зумовило перевитрати з фонду соцстраху на суму 2 млн руб. І це за умови неповного забезпечення відпочивальників продуктами харчування, а санаторіїв — обладнанням. Враховуючи темпи інфляції, Наркомат охорони здоров'я УСРР наполягав на збільшенні ціни путівок на наступний рік до 220 руб.<sup>719</sup>

Проблема недофінансування не була вирішена до кінця 1930-х рр. Так, у 1936 р. через відсутність господарсько-фінансового плану по експлуатації будинків відпочинку їх фінансування здійснювалося в межах асигнувань IV кв. 1935 р. У результаті замість запланованих витрат на харчування в день на особу в розмірі 9 руб. 09 коп. фактично витрачалося 7 руб. 10 коп. Брак коштів не дозволяв будувати нові корпуси, придбати у необхідній кількості твердий інвентар (стілці, шафи, графіни, дзеркала), посуд, та предмети комфорту (ковдри, м'які меблі, вази, статуетки, килимові доріжки тощо)<sup>720</sup>. Тим часом, вартість путівок порівняно з 1932 р. зросла більше, ніж у 2,5 раза, а порівняно з 1935 р. — на 30% і пересічно становила 620 руб. Найдешевші із них коштували 520 руб, а найдорожчі — 720 руб.<sup>721</sup>

Незважаючи на високі ціни, санаторний відпочинок звичайно розпочинався з негостинного прийому. На вокзалі курортників ніхто не зустрічав, вони мусили добиратися до санаторію самотужки, звичайно пішки, навіть у лютий мороз<sup>722</sup>. Після прибуття до місця призначення їх відпочинок псували повсюдні й нескінченні черги, спочатку — на реєстрацію та санобробку, а потім щоденно на прийняття процедур, прийом до лікаря, до душової й до їдальні. Про такі «випробування» для хворих людей, котрі були обтяжливими і для здорових, з обуренням повідомив до сатирично-гумористичного журналу «Крокодил» один із працівників металургійного комбінату ім.Сталіна, який у 1935 р. відпочивав у відомчому санаторії в Криму. Він писав: «У Лівадійському санаторії комбінату ім.Сталіна існує дуже збочена уява про нервову систему хворих. Так, наприклад, там вважають, що значному зміцненню нервової системи сприяє п'ятигодинна санобробка відпочивальників, що прибувають, причому з цих п'яти годин чотири з половиною години ви маєте стояти у черзі, а півгодини вас поливають холодною водою. Зі сторони це, може, дуже цікаво, але для тих, хто постраждав (а це саме вірне визначення для прибуваючих), це далеко не весело»<sup>723</sup>.

Після «випробування» санобробкою відпочивальників розміщували в тісних кімнатах без елементарних зручностей. Досить часто у палатах не було нічого, окрім ліжок, — столів, стільців, тумбочок, вішалок чи плювальниць<sup>724</sup>. Місця громадського користування перебували в антисанітарному стані. Замість каналізації були вигрібні ями. Вода подавалась із перебоями<sup>725</sup>. У багатьох будинках відпочинку не було душів та лазень, а лише поодинокі рукомийники<sup>726</sup>.

Звичайно курортно-оздоровчі заклади розміщувалися в спорудах літнього типу, але з 1929/30 р. їх було переведено на цілорічний режим роботи. Кількість «зимових» санаторних ліжок у кожній промисловій окрузі було доведено до 2000<sup>727</sup>, незважаючи на те, що санаторії не були підготовлені до роботи в зазначений час. Типовою для курортно-оздоровчих закладів була ситуація, котра склалася в Слов'янському санаторії, де не всі корпуси були утеплені, бракувало палива, а відпочивальники залишалися без теплої білизни і спальних мішків. Не було на курорті й електрокари для перевезення хворих. Після «оздоровлення» взимку у літніх санаторіях робітники поверталися додому хворими<sup>728</sup>.

На курортах погано годували. Їжа була одноманітною, несмачною та неситною. Через перебої з постачанням продуктів меню і розміри порцій не дотримувалися. Зокрема будинок відпочинку ім. Ілліча у Дніпропетровську в 1932 р. забезпечувався продовольством на 85% від норми, Бердянський курорт — на 85%. Зміївський постачався деякими продуктами (крупами, картоплею й іншою городиною) на 10%. Від перебоїв у забезпеченні рибою, м'ясом, жирами та молоком потерпав Слов'янський санаторій. У Київському будинку відпочинку ім. Фрунзе через брак продуктів на вечерю періодично давали капусту і чай. Молоко по декілька місяців було відсутнє навіть у дитячому раціоні. При цьому компенсація одних продуктів іншими не допускалася. Рідкістю в раціоні відпочивальників, навіть влітку, були фрукти. До того ж вони постачалися Курортпостачем по комерційних цінах. Так, ті, які були надіслані до Слов'янського санаторія із Сухумі, закупалися по 1 руб. 20 коп. за кілограм, а продавалися за 4 руб. 50 коп. Через перебої у фінансуванні курорти часто постачалися залежаними продуктами<sup>729</sup>.

Харчування не диференціювалося залежно від діагнозу хворих. Недотримувалися підвищені норми останнього для індустріальних робітників й ударників. Розклад видачі їжі часто порушувався через її невчасне приготування. Нерідко за рахунок продуктів, призначених для відпочивальників підготовувався обслуговуючий персонал, що викликало справедливі нарікання робітників<sup>730</sup>. Через недотримання норм харчування в оздоровчих закладах у 1932–1933 рр. спостерігався масовий достроковий від'їзд відпочивальників<sup>731</sup>.

Ті, котрі залишалися, не могли покращити харчування навіть за власний кошт, оскільки в санаторних крамницях, якщо вони були, торгували переважно цигарками та цукерками, а хліб й інші продукти з'являлись у продажу дуже рідко<sup>732</sup>.

В курортних їдальнях, як і в заводських, не вистачало не тільки їжі, а й скатертин, посуду та столового приладдя. Наприклад, у Євпаторійському санаторії ім. Семашка на стіл для 4-х осіб клали лише одну ложку, тому відпочивальники мали їсти по черзі або приносити свої прибори<sup>733</sup>. Через брак води посуд був брудним. У маленьких залах для прийому їжі завжди була задуха і тіснява<sup>734</sup>.

Оскільки коштів не вистачало навіть на їжу, майже всі культурно-розважальні заходи в санаторіях були платними. Зали відпочинку пристосовувалися під палати, а у червоних кутках бракувало шахів, шашок, доміно<sup>735</sup>. Єдиними безкоштовними розвагами були піші прогулянки, під час яких відпочивальники могли «обнюхати фонтан, котрий не б'є, але від нього дуже погано тхне», або «постояти у черзі, чекаючи, коли звільниться якась із нечисленних лавок для відпочинку».

Комерціалізація дозвілля обурювала робітників. Один із них, перебуваючи в санаторії ім. Фрунзе (Крим), гнівно повідомляв до журналу «Крокодил» «про платні, а точніше багатоплатні послуги» — «поїздку до Ялти (10 руб. 50 коп.), у Гурзуф (15 руб.), вилазку в кіно (6 руб)». Він радив адміністрації цього закладу «частіше заглядати до календаря й газет, щоб переконатися, в який час ми живемо»<sup>736</sup>.

Навіть політико-масова робота, котра мала стати невід'ємною складовою колективного відпочинку, часто не проводилася через брак газет, які не передплачувалися, а також мізерну кількість книжок у фондах бібліотек<sup>737</sup>.

Незважаючи на низький рівень курортного сервісу попит на путівки постійно зростав, щоправда, винятково в теплу пору року<sup>738</sup>. Зимові путівки, навпаки, часто не використовувалися. Іноді вони «згоряли» внаслідок їх несвоєчасного надходження з центру на місця. З цих причин, як повідомляла газета «Пролетарий», Перший всеукраїнський будинок відпочинку у першій половині 1933 р. залишився недовантаженим на 936 місць — 630 призначених для шахтарів, 174 — для металургів та 132 — для хіміків. Пустували місця і в інших оздоровчих закладах, наприклад, у Другому всеукраїнському будинку відпочинку — 790 місць, підготовлених для працівників вугільної, 295 — металургійної й 147 — хімічної промисловості.

Щоб забезпечити цілорічне використання курортно-санаторних закладів, Всеукраїнська рада професійних спілок зобов'язала низові профоргани своєчасно надавати путівки робітникам — не пізніше, ніж за 2 тижні до відпустки

(звичайно їх надавали за 1–2 дні) та, до того ж вивішувати в цехах списки тих, хто їх отримав, щоб відпочивальники мали змогу зібрати необхідні довідки від лікарів про стан здоров'я. Одночасно на профспілкові організації покладалося завдання стежити за дотриманням на підприємствах закону про цілодобове надання відпусток робітникам, а також за своєчасною виплатою їм зарплати і забезпеченням їх залізничними квитками<sup>739</sup>.

Завдяки вжитим заходам кількість відпочивальників у санаторіях, що оздоровлювалися за путівками, збільшилася з 1932 по 1935 р. на 28,5% — з 66.583 осіб до 85.556, у той час як чисельність курортних місць за відповідний час зросла лише на 7,9% — з 11545 до 12459. Разом із тим, дещо зменшилася кількість трудящих, котрі лікувалися в санаторіях по курсівках, — з 20627 до 16361<sup>740</sup>. Переважну частку серед відпочивальників становили працівники індустріальних галузей виробництва й транспорту (див. табл. № 2)<sup>741</sup>.

Таблиця № 2

Склад трудящих, які лікувалися у санаторіях Українського курортного управління в 1933 та 1935 рр. за галузями					
Групи трудящих	1933 р.	1935 р.	Групи трудящих	1933 р.	1935 р.
I. Профспілки, до яких належить трудівник			II. Інші групи трудящих		
1. Вугільні й гірничорудні	6358	7416	9. Військовослужбовці	2091	2921
2. Металургійні	7374	7445	10. Колгоспники	3587	3659
3. Машинобудівні	3626	5328	11. Інші трудящі	2163	2210
4. Хімічні	2147	2634	12. Діти й підлітки	7505	9610
5. Транспортні	2462	5398	-	-	-
6. Соціально-культурні галузі	7635	6145	-	-	-
7. Працівники радгоспів і МТС	2388	2908	-	-	-
8. Інші спілки	25507	29882	-	-	-

Не маючи можливості докорінно покращити умови життя робітників та рівень їх медичного й курортного обслуговування, котрі є стабільною гарантією зниження їх захворюваності, влада намагалася розв'язати проблему зменшення тимчасової непрацездатності працівників адміністративно-репресивним шляхом.

У роки першої п'ятирічки в таку непередбачувану сферу, як захворюваність, було перенесені суворі планові засади. На початку року до страхових кас і заводоуправлінь спускалися «контрольні цифри» щодо часу відсутності хворих працівників на виробництві та встановлювався ліміт грошових коштів на виплату їм лікарняних листків. Виходячи з таких установок, адміністрація «тиснула» на медпрацівників, змушуючи їх скорочувати видачу лікарняних, а також терміни перебування на них хворих. Внаслідок цього були велика кількість недолікованих, прояви загострення хронічних хвороб і т. ін.<sup>742</sup>

Квота оплачуваних днів тимчасової непрацездатності зменшувалася з року у рік. Якщо на 1928/29 р. в Україні було заплановано 875 днів на 100 застрахованих, то в 1929/30 р. — 838, у 1931 р. — 812, а в 1932 р. — 730. Найнижчими були норми для непромислових губерній. Наприклад, для Вінницької області ліміт періоду непрацездатності для 100 застрахованих встановлювався у розмірі 446,8 днів, а на 1933 р. — 730 днів<sup>743</sup>.

Виявлення симулянтів здійснювалося за допомогою самих робітників — делегатів страхових кас, котрі обиралися на профспілкових зборах. Їм ставилося в обов'язок не тільки допомагати робітникам в отриманні належної допомоги з непрацездатності (часто останні, особливо малописьменні, які тільки що приїхали із сіл, не знали своїх прав), а й перевіряти якість надання останньої та обґрунтованість страхових виплат. Тому їм належало відвідувати хворих на дому, у гуртожитку або в заводському бараку, щоб з'ясувати, чи обґрунтовано видано їм бюлетень, чи є за хворим належний догляд, чи забезпечений він медикаментами і чи виконує призначення лікаря або не лікується належним чином з намаганням спеціально розтягнути перебування на бюлетені. Підозра у симуляції загрожувала «хворому» викриттям, товариським судом та припиненням виплат. Страделегати мали стежити й за використанням вагітними жінками декретних відпусток, оскільки часто робітниці, котрі їх отримували, продовжували працювати за домовленістю з адміністрацією, яка потребувала робочої сили, з метою отримати допомогу за соцстрахом і зарплату.

Симуляція хвороби для отримання лікарняних листків була поширеним явищем. Частіше за все у таких випадках робили опіки, порізи або «перепивалися». Разом із тим в умовах низької побутової культури та необмеженого споживання спиртних напоїв було важко встановити, коли це робилося свідомо, а коли ні. Щоправда, випадки легкого побутового травматизму могли кваліфікуватися й як симуляція і відповідно привід відмовити у видачі лікарняного листка. Однак такі факти не афішувалися. Заводські багатотиражки, навпаки, залякували читачів інформацією про покарання робітників-прогульників та лікарів, котрі їх «прикривали», видавали «липові» бюлетені про хворобу<sup>744</sup>.

Боротьба за зменшення днів непрацездатності в Україні виявилася найбільш активною серед інших республік. Якщо у 1928/29 р. УСРР займала у цьому плані друге місце після ЗСФРР, то за два роки показники з тимчасової непрацездатності в Україні виявилися найнижчими серед усіх республік Радянського Союзу (див. табл. № 3)<sup>745</sup>.

Таблиця № 3

Кількість днів з тимчасової непрацездатності в розрахунку на 100 застрахованих у 1928–1931 рр. по радянських республіках і в цілому по СРСР			
Роки	1928/29 р.	1929/30 р.	1930/31 р.
РСФРР	851,3	815,6	786,8
УСРР	886,0	807,7	754,2
ЗСФРР	975,0	967,4	823,2
СРСР	837,8	838,5	807,1



Помітний перелом у зменшенні днів непрацездатності почав простежуватися, починаючи з 1930 р. Планові завдання по цьому показники непрацездатності було перевиконано, незважаючи на жорстокий голод та поширення епідемій в Україні (див. табл. № 4)<sup>746</sup>.

Таблиця № 4

Динаміка днів непрацездатності на 100 застрахованих в УСРР у 1928–1932 рр. по видах непрацездатності						
Види непрацездатності	Роки	1928	1929	1930	1931	1932
Загальні захворювання, травматизм, карантин	План	841,2	833,5	819,6	8057	792,5
	Виконання	855,8	892,7	797,1	8076	721,6
Вагітність і пологи	План	81,0	77,0	73,2	696	66,2
	Виконання	81,9	85,1	79,2	806	112,5
Разом	План	922,0	910,5	892,7	8753	868,7
	Виконання	937,7	977,8	876,3	8882	834,2

Щоб попередити прийом на роботу хворих та виснажених від голоду, в 1932–1933 рр. в Україні було введено їх попередній медичний огляд, хоча такий захід був незаконним. Як згадував залізничник ст. Ханжонкове М. Кочур, котрий обслуговував копальні «Капітальна», «ім. Шмідта» й «ім. Косіора», хворі, які під час цих оглядів отримували довідку з діагнозом «безбілковий набряк», на роботу не приймалися. Однак там, де серед начальників відділів кадрів і цехів зустрічалися люди, котрі зглядалися над голодуючими, останні їх приймали на роботу, й через декілька днів вони потрапляли до лікарень, а їхні сім'ї отримували можливість одержувати хліб по картках<sup>747</sup>. Однак «щастило» одиницям.

Розміри допомоги з тимчасової непрацездатності залежали від форми власності підприємства, членства у профспілках, загального та безперервного стажу роботи. Так, із першого дня непрацездатності на допомогу в розмірі повного заробітку могли розраховувати лише члени профспілок, які працювали на підприємствах усупільненого сектора не менше 2-х років і мали загальний стаж роботи не менше 3-х років. До них прирівнювалися також ударники й підлітки до 18 років із стажем роботи не менше року на даному підприємстві. Інші категорії працівників обмежувалися певною часткою допомоги протягом перших 5–20 днів тимчасової непрацездатності. Для осіб, що не мали річного стажу роботи або ж не були членами профспілок, допомога виплачувалася у розмірі 2/3 заробітку.

Диференціація виплати останньої, котра залежала від форми власності підприємства, на якому працювали трудящі, скасовувалася із 1 серпня 1937 р., згідно з постановою ВЦРПС «Про поліпшення соціального страхування для службовців»<sup>748</sup>.

На підставі розглянутого матеріалу можна зробити висновок, що основні позитивні зрушення в розвитку охорони здоров'я, особливо у роки першої п'ятирічки, відбувалися в промислових регіонах республіки, де мешкала біль-

шість індустріальних робітників. У кризових умовах 1932–1933 р. для їх медичного обслуговування було створено мережу закритих лікувальних закладів. Одночасно вживалися заходи наближення медичної допомоги до робітників. Із 1928 р. на виробництві почали організовувалися пункти першої допомоги, які на найбільших підприємствах на початку 1930-х рр. реорганізовувалися у медико-санітарні цехи, які мали поєднувати лікувальну та курортно-оздоровчу роботу. З'являлися нові форми оздоровлення трудящих — колонії для робітників-підлітків і сімейні будинки відпочинку. Однак, незважаючи на нововведення, рівень медичного обслуговування та курортного оздоровлення робітників залишався низьким. До того ж із 1934 р. розширювалася платність лікувальних послуг, навіть для застрахованих. Щоправда, їх розмір встановлювався залежно від їх соціальної приналежності й рівня прибутків.

## 9. Соціальне страхування

Поряд із заробітною платою важливу роль у матеріальному забезпеченні робітників відігравали грошові та натуральні надходження з фондів соціального страхування. За їх рахунок надавалася лікувально-оздоровча допомога, здійснювалися виплати в разі безробіття, тимчасової й постійної непрацездатності, зокрема для вагітних жінок, а також на догляд («на посаг» та на годування) за немовлятами і на поховання у разі смерті застрахованих чи членів їх родин. Крім того, в 1930-ті рр. фонди соцстраху слугували також джерелом фінансування житлового будівництва для застрахованих та розвитку для них й їхніх дітей мережі комунально-побутових закладів, зокрема дитячих ясел, дитмайданчиків і піонерських таборів.

Основними рисами соцстраху у роки першої п'ятирічки були: по-перше, зростання чисельності та кола застрахованих, включаючи осіб найманої праці в індивідуальних господарствах (наймитів); по-друге, розширення видів соціального страхування — введення його по старості; по-третє, підпорядкування роботи відповідних органів потребам розвитку виробництва, насамперед індустріального; по-четверте, натуралізація виплат по різних видах страхової допомоги, зменшення їх питомої ваги і за рахунок цього збільшення фінансування соціально-побутових потреб промислових робітників; по-п'яте, припинення допомоги з безробіття; по-шосте, скорочення пенсій з інвалідності (компенсувалося трудовою допомогою); й, по-сьоме, встановлення рівності у відповідному забезпеченні робітників та службовців<sup>749</sup>.

Серед зазначених особливостей головною було використання фондів соцстраху для пріоритетної допомоги робітників індустрії. Так, за бюджетом 1932 р. на одного працівника важкої промисловості й транспорту на рік пересічно припадало 108,8 руб., а інших галузей — лише 84,58 руб. При цьому питома вага натуральних і усупільнених видів страхової допомоги для першої категорії працівників у бюджеті фонду соцстрахування збільшилася за роки першої п'ятирічки з 59% до 68 його. Сума асигнувань на їх медичне і соціально-побутове обслуговування дорівнювала 45% останнього, в той час як чисельність застрахованих у даних галузях становили лише 29%. Загалом на нього було виділено вдвоє більшу суму в порівнянні з 1931 роком<sup>750</sup>.