

УДК 614.2 (091) (4 Бєи)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ БЕЛАРУСИ XX ВЕКА

Е.М. Тищенко, д.м.н., зав. кафедрой

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

На основе исторического анализа раскрываются негативные и позитивные стороны государственного здравоохранения Беларуси в XX веке.

Ключевые слова: государство, здравоохранение, Беларусь, XX век.

Negative and positive aspects of Public Health Care of Belarus in the XXth century are shown on the basis of the historical assessment.

Key words: state, Health, Care, Belarus, XXth century.

Историко-медицинский анализ требует рассматривать опыт, накопленный здравоохранением Беларуси, в тесной связи с современностью. Это особенно важно сейчас, когда здравоохранение республики определяет цели и пути стратегического развития, трудится над их выполнением. Необходимо учитывать позитивный опыт столетнего развития здравоохранения Беларуси, его ценные достижения, которые нельзя игнорировать и предавать забвению. В то же время современный подход позволил выявить факты замалчивания негативных явлений, тенденциозности, искаженного изображения событий.

Вхождение территории Белоруссии в состав Российской империи обусловило возникновение государственной медицины и учреждение местной медицинской администрации. С «приказной медициной» связано начало государственного попечительства о душевнобольных и детях, а также лекарственного обеспечения, при том, что в XIX веке происходило развитие ведомственной, общественной и частной медицины.

В начале XX века в Минской, Могилевской и Витебской губерниях осуществлены коренные изменения медико-санитарного дела, связанного со становлением и развитием земской, городской и страховой медицины. Уже в первое десятилетие у земской медицины было должное финансирование, соблюдался территориально-участковый принцип, положено начало специализированной и неотложной медицинской помощи, а также санитарной организации.

С образованием БССР связано принятие правительством республики распоряжений (по образцу декретов Совнаркома РСФСР) по организации центрального республиканского органа управления здравоохранением (24.01.1919г.) и Совета защиты детей (06.02.1919г.), национализации аптек

(29.01.1919г.) и лечебных учреждений (12.02.1919г.), зубоврачебных материалов и средств (18.02.1919г.), а также санитарно-противоэпидемического характера – по борьбе с сыпным тифом (21.02.1919г.), об обязательном оспопрививании (03.06.1919г.) [11, 34, 35, 36].

Однако советские лечебные учреждения, в которых оказывалась объявленная бесплатная медицинская помощь, в большинстве представляли ранее действовавшие земские, благотворительные, ведомственные медицинские заведения. Так, в 1920 г. из 10 стационаров Минска 9 были открыты в предвоенные и предреволюционные годы. Кроме того, как явствует из многочисленных архивных документов, на фоне послевоенной «разрухи», экономического, продовольственного и энергетического кризисов благие цели политики национализации и централизации не улучшили состояние учреждений здравоохранения. Материально-технические трудности сопровождалась кадровой проблемой (в том числе и в связи с военным призывом), которая имела место, несмотря на постановления правительства Беларуси о трудовой повинности медицинского персонала (февраль 1919г.) и об установлении надбавок в оплате (в размере 50% и продовольственный паек) за участие в противоэпидемических мероприятиях (май 1919г.), организацию работы медицинских школ (фельдшерско-акушерская, Могилев, 1919г.; Минск, 1920г.), а также различную по длительности и программам курсовую подготовку и переподготовку ротных фельдшеров, сестер милосердия, патронажных сестер, фармацевтов, дезинфекторов (губернские и ряд уездных городов, 1919-1920гг.) [6, 13, 17, 18, 19, 22, 41].

В период нэпа во вновь восстановленной и укрупненной (1924, 1926гг.) БССР, как и в других регионах советского государства, вводился многоук-

ладный принцип финансирования здравоохранения на основе использования ряда источников местного бюджета, страховых взносов, введения платы за лечение, привлечения пожертвований и средств общественных организаций.

При этом в Беларуси утверждалась модель Н.А. Семашко: централизация, диспансеризация, единое государственное здравоохранение. В этот период в БССР, как и в РСФСР, было создано единое государственное здравоохранение («советская медицина»). Количественные и качественные изменения организации медицинской помощи, однако, основывались на традициях, сети и кадрах городской и земской медицины.

В городах для достижения доступности квалифицированной медицинской помощи увеличивалось число лечебных учреждений, прежде всего – амбулаторного типа (1925 г. – 27, 1927 г. – 50 самостоятельных врачебных амбулаторий). Вводилось районирование, оказание помощи на дому (1921) и скорой медицинской помощи (в 1926 г. приобретен первый санитарный автомобиль), осуществлялось (1924) открытие пунктов первой помощи на предприятиях, а также (1928) первой одонтологической поликлиники (института). Деятельность амбулаторных учреждений пытались (1927) строить на основе диспансерного метода. В то же время, несмотря на важность сельского здравоохранения в преимущественно аграрной Белоруссии, именно оно испытывало значительные организационные, кадровые и материально-технические трудности. Так, в 1925 г. потребность сельского населения в амбулаторной помощи была удовлетворена наполовину, а в койках – на 10% [7, 14, 20, 28, 29, 33, 37, 38, 40].

В 20-ые годы в Беларуси происходило становление профилактических учреждений и общественно-государственных мероприятий по охране материнства и младенчества (ОММ). В городах развертывались консультации для детей (1922 г. – 5, 1927 г. – 19) и беременных (1926 г. – 12), постоянные ясли, а в сельской местности – районные консультации (1924 г. – 1, 1927 г. – 32) и полевые ясли. Для медицинского наблюдения за детьми открываются детские амбулатории (Минск, Гомель, 1921г.), которые в дальнейшем (1925) преобразуются в детские диспансеры. Создаются первые детские больницы (Гомель, 1921г.; Минск, 1924г.). В организацию работы всех этих учреждений внедряли профилактическую направленность. Вместе с тем явно недостаточными были охват и кратность патронажной работы (1,5 посещения ребенка до 1 года). Стационарное родовспоможение (1928г. – 14%) оставалось недоступным сельским

жителям. Организация яслей, особенно на предприятиях в городе и в период полевых работ в сельской местности (1926), отражала примечательную для того времени тенденцию «высвобождения женщины – работницы» [7, 15].

В начале 20-ых годов для снятия остроты эпидемических последствий войны (1921 г. – 530 случаев паразитарных тифов на 10 тыс. населения Беларуси) осуществлялись неотложные и организационные меры: в частности, создание и деятельность Чрезвычайных санитарно-противоэпидемических комиссий (Минск, январь 1921 г.; Гомель, июль 1921 г.); проведение межведомственных совещаний (Минск, январь 1921 г.; март 1922 г. – с участием наркома здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко); принятие постановлений правительства Беларуси (О мерах борьбы с эпидемией в сельской местности, 11.06.1921г.; О мерах предупреждения и борьбы с холерой, 09.06.1921г.) [5, 21, 23, 30, 31, 44, 45].

В дальнейшем наблюдалась тенденция постепенного перехода от чрезвычайных противоэпидемических мероприятий к текущей санитарной работе. Происходит становление государственной санитарной организации и профилактической направленности ее деятельности. Ее оформление связано с открытием первой санитарной станции (Гомель, 1922г.), проведением первого съезда санитарных врачей (10-14 февраля 1926 г.) и утверждением положения о санитарных органах Наркомздрава Белоруссии (23 сентября 1926 г.). Однако общий уровень инфекционной заболеваемости в Беларуси (1926 г. – 382,9 на 10 тыс. населения) оставался высоким. К тому же в Беларуси имелся природный очаг (Полесье) высокой распространенности малярии (1926 г. – 308 на 10 тыс.), для борьбы с которой образована первая малярийная станция (Мозырь, 1925г.) [31].

В 20-ые годы важной и особой чертой медико-санитарного дела являлась борьба с социальными болезнями, в первую очередь, с туберкулезом, сифилисом, трахомой. Так, для борьбы с туберкулезом взрослых и детей впервые организуются диспансеры (Минск, Витебск, 1921г.), проводятся мероприятия по общественной профилактике (Советы социальной помощи, Минск, Витебск, 1923г.; комиссии по борьбе с детским туберкулезом, Витебск, 1925г.), увеличивается число и осуществляется первичная профилициация (для детей, больных костно-суставным туберкулезом, 1921 г.) санаториев, начинает применяться вакцина БЦЖ (Минск, 1929 г.), создается научно-исследовательский и клинический центр (Белорусский государственный институт туберкулеза, август 1928 г.), созывается

первая Белорусская тематическая конференция (сентябрь 1928 г.), при том, что распространенность туберкулезом (1927 г. – 122,5 на 10 тыс.) оставалась высокой [8, 12, 42, 46].

В 1920-ые годы в республике организуется подготовка врачей, открываются первые научно-исследовательские институты, преимущественно санитарно-профилактического профиля. Зарождается (1929) фармацевтическая промышленность.

В 30-ые годы регистрировалось дальнейшее количественное и некоторое качественное развитие здравоохранения. Однако стала утверждаться практика жестокого администрирования с частным назначением и сменой руководителей здравотделов, в результате чего, к примеру, в 1940 г. из 59 утвержденных заведующих районными отделами здравоохранения только 3 имели высшее медицинское образование.

Утверждался принцип преимущественного обслуживания работающих. Вместо пунктов первой медицинской помощи осуществлялось открытие пунктов здравоохранения (1930г. – 58, 1940г. – 393). Однако большинство из них являлись фельдшерско-сестринскими и, соответственно, не могли реализовать весь объем возложенных задач, в связи с чем предприятия начали прикреплять (1936) к территориальным поликлиникам [А459, 399].

При высоком уровне рождаемости (1930г. – 35,4‰, 1939 г. – 36‰) в республике не был достигнут полный охват родовспоможением (1940 г. – 75,2‰). Это пытались исправить, открывая колхозные родильные дома. К сожалению, большинство из них представляли собой «хаты-родильни», не имевшие порой даже элементарных санитарно-гигиенических условий [А462].

Непродуманная коллективизация обусловила возникновение (1932-1933гг.) в центральной и южной части Беларуси голода, который явился причиной смерти людей. Голод (вплоть до 1935 г. действовали продовольственные карточки), миграция, а также неудовлетворительное состояние ряда территорий способствовали эпидемическому росту паразитарных тифов. В связи с этим пришлось принимать противоэпидемические меры чрезвычайно характера [25, 26].

Острая потребность в медицинских кадрах (в 1932 г. их некомплект составлял 45%) обусловила стремление быстро увеличить количество врачей, в связи с чем был принят ряд необоснованных решений (например, сокращенная с 5 до 3,5 лет, а также заочная и вечерняя подготовка врачей). Были открыты Белорусский институт усовершенствования врачей в Минске (1932), в Витебске – больница-медвуз (1934, в 1938 г. преобразованная в ин-

ститут). Однако показатели обеспеченности врачами (4,1 на 10 тыс.), да и средним медицинским персоналом (17,3 на 10 тыс.) оставались низкими [16, 27, 32, 43].

В 30-ые годы в республике имели место масштабные необоснованные репрессии медицинских работников, что отрицательно сказалось на развитии здравоохранения. Так, в 1937 г. были расстреляны два наркома здравоохранения, а только за июнь-август 1938 г. репрессировано 73 работника системы Наркомздрава Белоруссии, из них – 39 врачей [12].

Структура здравоохранения Белоруссии формировалась с учетом возможной внешней угрозы. Это обусловило: первоочередное внимание к пограничным районам (в 1932 г. на здравоохранение этой зоны отпускалось 57% всех средств); обучение населения по программам санитарной обороны (1933); накопление санитарно-хозяйственного имущества для оборонных пунктов (1931) и пр. Вместе с тем в исторических документах содержится неудовлетворительная оценка выполнения, а порой и ошибочный характер самих мероприятий, вследствие чего здравоохранение республики оказалось неподготовленным к работе в военных условиях [1, 2, 3].

В первом послевоенном десятилетии была восстановлена, в основном, медико-санитарная сеть. В частности, уже к 1950 г., в сравнении с 1940 г., по ряду показателей отмечался прирост (больничных коек – 3,5%, здравпунктов – 10,8%, фельдшерско-акушерских пунктов – 15,7%, врачей – 18,8%, среднего медицинского персонала – 23,3%). На фоне экстенсивного развития медико-санитарной сети прослеживалась тенденция увеличения числа лечебных учреждений, имевших медицинское оборудование. Так, к 1950 г. в республике действовали первые 16 кабинетов электрокардиографии; в 1954 г. 93% районных и городских больниц имели рентгеновские аппараты, а 63% - физиотерапевтические кабинеты. В Беларуси, как и в других союзных республиках, проводилась реформа лечебно-профилактической помощи: было завершено объединение больниц и поликлиник, в городах утверждался участково-территориальный принцип, формировались единые врачебные участки [9, 10].

Развитие здравоохранения Беларуси в 1956-1990 гг. происходило в условиях однопартийной системы и единого союзного государства, что находило отражение в принятии соответствующих постановлений. Не умаляя государственного подхода к здравоохранению, находившего отражение в этих документах, следует констатировать их нереалистичный и декларативный характер. В рассматрива-

емый период регистрировался постоянный рост государственных ассигнований на здравоохранение (1961 г. – 134,4; 1970 г. – 293,4, 1980 г. – 498, 1990 г. – 1075,8 млн. руб.), хотя сохранялись остаточный принцип, затратный характер, административный порядок утверждения и расходования смет.

В эти годы фактически создана сеть лечебно-профилактических учреждений, организованы специализированные медицинские службы, сформированы принципы их работы. Однако нормативный уровень обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями полностью не выполнялся; совершенствование методов работы не устраняло очереди в поликлиниках. В лечебно-профилактических учреждениях зачастую лечебные функции стали превалировать над профилактическими. Хотя охват диспансерным наблюдением увеличивался, стремление к росту количественных показателей не обеспечивало должный уровень эффективности диспансеризации. В 80-ые годы, несмотря на стабилизацию количества больниц, констатируются негативные явления больничного строительства: несвоевременность обновления основных фондов, несоответствие их санитарно-гигиеническим нормативам, недостаточная материально-техническая оснащенность, неэффективное использование коечного фонда.

Вместе с тем исторический опыт здравоохранения республики убедительно подтверждает целесообразность сохранения и дальнейшего развития приоритета государственной медицины в системе многоукладности медико-санитарного устройства, обеспечивающей наиболее рациональную организацию медицинской помощи населению. Именно в условиях государственной системы здравоохранения возможны реализация и совершенствование главенствующего принципа-профилактики, а также обеспечения доступности медицинской помощи.

Источники

1. НА РБ, ф. 4, оп. 21, д. 527, л.16,17,125,126,274-278.
2. НА РБ, ф. 4, оп.21, д. 528, л.147-149.
3. НА РБ, ф. 4, оп. 21, д.529, л. 147,201,230,231.
4. НА РБ, ф. 4, оп. 21, д. 1412, л. 10.
5. НА РБ, ф. 46, оп. 1, т. 2 д.203, л.1,31.
6. НА РБ, ф. 46, оп. 1, т. 2 д.213, л.1-8.
7. НА РБ, ф. 46, оп. 1, т. 2 д.572, л.3-68.
8. НА РБ, ф. 46, оп. 2, д.13, л.1,4,7,8,18,22.
9. НА РБ, ф. 46, оп. 8, д.6, л. 1-34.
10. НА РБ, ф. 46, оп. 8, д.7, л. 1-20.
11. НА РБ, ф. 808 с, оп.1, д.6, л.17,28,47.
12. ГА Витебской области, ф. 64,оп. 1, д.100, л. 13.

13. ГА Витебской области, ф. 64,оп. 1, д.181, л.50 об.
14. ГА Витебской области, ф. 376,оп. 1, д.99, л.116-120.
15. ГА Витебской области, ф. 376,оп. 1, д.189, л.92-105, 227-241, 462,806-811,873.
16. ГА Витебской области, ф.841,оп. 1, д.29, л.18,29.
17. ГА Гомельской области, ф.11,оп. 1, д.29, л.1-5.
18. ГА Гомельской области, ф.11,оп. 1, д.408, л.1,17,18,31,34,35.
19. ГА Гомельской области, ф.40,оп. 1, д.4, л.1,139.
20. ГА Гомельской области, ф.114,оп. 1, д.13, л.157-190,197-203, 224, 225.
21. ГА Гомельской области, ф.315,оп. 1, д.11, л.9,31,34.
22. ГА Минской области, ф.2,оп. 2, д.22, л.28,64,88.
23. ГА Минской области, ф.460,оп.1, д.1, л.120.
24. ГА РФ, ф.8009,оп.6, ч.1, д.120, л.1-14.
25. ГА РФ, ф.8009,оп.6, ч.1, д.463, л.8-28,95-141.
26. ГА РФ, ф.8009,оп.6, ч.1, д.529, л.7-38,49-130,193-210.
27. Анищенко К. Н. Подготовка и повышение квалификации медицинских кадров в БССР в годы предвоенных пятилеток // Здравоохранение Белоруссии. – 1975. - № 6. – С. 40-44.
28. Барсуков М. И. Здравоохранение в Белоруссии за 1924-25 гг. // Белорусская медицинская мысль. – 1925. – Т. 2. - № 3. – С. 125-138.
29. Барсуков М. И. Медицина в деревне // Белорусская медицинская мысль. – 1925. – Т.2. - № 3. – С. 11-20.
30. Беляцкий Д. П. Этапы становления и развития противэпидемической службы в БССР // Журнал микробиологии, эпидемиологии, иммунобиологии. – 1969. - № 2. – С. 142-146.
31. Восстановление народного хозяйства Гомельской губернии (1921-1925 гг.): Сборник документов и материалов. – Гомель, 1960. – 690 с.
32. ГОВОР Н. И. Здравоохранение БССР в цифрах на 01.01.1941 г. – Минск, 1941. – 38 с.
33. Дихтяр С. Р. Деятельность лечебно-профилактической организации Белоруссии с точки зрения ее диспансеризации // Белорусская медицинская мысль. – 1927. - № 3-4-5. – С. 54-67.
34. Крючок Г. Р. Здравоохранение Белоруссии в период образования и начального строительства Белорусской ССР (декабрь 1918 г. – август 1919 г.) // Сборник научных работ Минского медицинского института. – Т. 21. – Минск, 1958. – С. 13-24.
35. Крючок Г. Р. Создание Народного комиссариата здравоохранения БССР и его начальная деятельность в 1919 году // Сборник научных трудов кафедры общественных наук Минского медицинского института. – Минск, 1958. – С. 180-193.
36. Крючок Г. Р. У истоков советского здравоохранения в Белоруссии (1918-1920 гг) // Из истории медицины. – Рига, 1969. – Вып. 8. – С. 26-35.
37. Кудлач И. С., БАРАНОВ В. Г. Службе скорой медицинской помощи города Минска – 60 лет // Здравоохранение Белоруссии. – 1982. - №9. – С. 35-37.
38. Лифшиц Д. В. Советское здравоохранение в БССР к 10-летию Октябрьской революции // Белорусская медицинская мысль. – 1927. - № 9-12. – С. 11-23.
39. Лифшиц Д. В., Духан Г. А., Говар Н. О. Ахова здароўя ў БССР да XV з'езду КП(б)Б. – Менск, 1934. – 137 с.
40. Материалы 1-го Всебелорусского съезда по сельской медицине // Белорусская медицинская мысль. – 1925. – Т. 1. - № 6-9. – С. 232-235.
41. Медицинские школы // Полесская правда. – 1920. – 13 октября.
42. Поляк А. Менскі сухотны дыспансэр імя “Ш Усебеларускага зьезду саветаў” // Белорусская медицинская мысль. – 1929. - № 1. – С. 90-94.
43. Пра становішча аховы здароўя і пра падрыхтоўку медычных кадраў: Пастанова СНК БССР // Збор законаў і загадаў Рабоча-Сялянскага Ураду БССР. – 1932. - №8. – С. 2-4.
44. Санитарное совещание в Минске // Звезда. – 1922. – 26 марта.
45. Светлович Т. Г., Змачинская Н. Ф. Прививочное дело на территории Беларуси как мера ликвидации санитарных последствий Первой мировой войны и оккупации // Седьмая научная конференция по истории медицины, посвященная 50-летию окончания Второй мировой войны: Сборник материалов. – Минск, 1995. – С. 78-80.
46. Фурс Н. К. Анализ деятельности Советов социальной помощи // Белорусская медицинская мысль. – 1928. - № 2. – С. 33-35.