

Государственность в медицине: из истории становления и развития

М. Е. АБРАМЕНКО

Проблемы заболеваемости и здравоохранения неизбежно порождают определенные отношения между врачом и пациентом, а также между государством и гражданином. Индивидуальные факторы и общественные закономерности, личный опыт и коллективные ценности, частная практика, передовые достижения медицины и политические решения образуют сложную структуру здравоохранения и его обеспечения. Ныне, когда в существующей системе политических идеологий популярны либеральные идеи, большой интерес представляют дискуссии о роли государства в регулировании социальной политики, в соотношении экономической свободы и социальной справедливости.

Со времени появления городов-государств, раннефеодальных княжеств руководители этих образований уделяли определенное внимание здоровью сограждан, нанимали лекарей для лечения больных, контроля за санитарными нормами. Правители, государственные власти на Руси, особенно после ее христианизации, активно поддерживали церковные монастырские больницы, передавали религиозным общинам средства для строительства больниц и содержания больных, устраняя конкуренцию для монастырской и светской медицины, преследовали языческое врачевание. Медицине светской отдавали предпочтение князья и бояре, «безвозмездная» монастырская медицина предоставлялась в распоряжение низших слоев населения.

Условия более поздней феодальной эпохи породили корпоративную организацию ремесленного производства. Имели монополию наряду с другими цеха цирюльников (хирургов) и аптекарей. Их деятельность регулировалась городскими самоуправлениями по образцу магдебургского права и регламентировалась великокняжеской властью. В этот период значительное развитие получило больничное (шпитальное) дело. Шпитали открывались и содержались феодалами, магистратами, православными и католическими соборами, а также цеховыми объединениями. Вплоть до XVI в. медицинское дело не входило в юрисдикцию центральной государственной власти. Юридическая регламентация деятельности медиков осуществлялась на локальном или региональном уровне светскими и церковными феодалами.

По мере совершенствования государственного устройства России, особенно после петровских реформ, медицинское дело было реорганизовано. Была создана государственная администрация: медицинская канцелярия во главе с главным врачом – архиатром, создана служба военных госпиталей и госпитальных школ для подготовки врачей. В городах все богоугодные, медицинские и другие учреждения перешли в ведение Приказов общественного призрения. С 1836 г. все управление медициной было сосредоточено в руках Медицинского департамента Министерства внутренних дел.

В XIX ст. рост промышленного производства в Европе обусловил увеличение числа городов и городского населения, что вызвало огромные социальные последствия. В ряде стран выдающиеся деятели общественной медицины пришли к пониманию необходимости более активного вмешательства государства в дело санитарно-промышленного надзора. Так, в Англии был издан первый в мире закон об общественном здоровье и создано первое в мире государственное учреждение по его охране.

Во второй половине XIX в. в России также были проведены буржуазные реформы, направляющие страну по пути капиталистического развития.

Земская реформа 1864 г. в России охватила лишь 34 губернии и стала важной мерой «огосударствления» здравоохранения, так как затронула организацию медицинской помощи сельскому населению, до того ее не имевшей. В Беларуси, где царское правительство зем-

ское самоуправление не вводило, медицинская помощь регламентировалась особым положением в соответствии с которым начала складываться система участковой лечебной сети. Однако главным препятствием здесь стало отсутствие средств.

На Могилевщине после очередной эпидемии холеры могилевский губернатор в письме министру внутренних дел предложил меры по укреплению материальной базы здравоохранения. После активной работы в этом направлении опыт преобразований в сельской медицине изложил губернский врачебный инспектор Н. Мандельштам. К 1881 г. за средства землевладельцев, населения было по уездам губернии построено 34 сельские больницы и 54 фельдшерских пункта. Правительство, изучив опыт Могилевской губернии, в 1887 г. приняло закон о распространении мнения Госсовета от 11 января 1883 г. по устройству сельской врачебной части Могилевской губернии и на другие губернии [1].

Организация медицинской помощи совершенствовалась и среди городского населения. Постановление правительства 1866 г. обязывало владельцев промышленных предприятий за свой счет организовать и содержать больницы, лечебницы из расчета 1 койка на 100 работающих. Управление городской медициной передавалось органам городского самоуправления (думам).

В ходе затяжного общероссийского кризиса начала XX века проблемы охраны здоровья и улучшение социально-экономического положения трудящихся России стали включаться в программные документы создаваемых политических партий. С наиболее радикальными предложениями по охране труда промышленных рабочих и улучшению санитарно-гигиенического состояния предприятий выступили партии социалистической направленности – эсеры и социал-демократы. Организацию бесплатной врачебной помощи населению предлагалось возложить на предпринимателей. Национально ориентированная Белорусская социалистическая громада также включила в свою программу требование «даровой» врачебной помощи [2]. Общественно-демократическое движение способствовало организации больничных, страховых касс в России и принятия специального правительственного постановления по социальному страхованию (1912 г.), включающему медицинское страхование.

Однако в России до 1917 г. не сложилось единой общегосударственной системы здравоохранения. Делом охраны здоровья занимались многие ведомства и учреждения. Попытки Временного правительства создать общенациональный орган здравоохранения были безуспешными.

Первые декреты советской власти провозгласили социальные права и политические свободы. Тем самым были созданы предпосылки для осуществления задач по сохранению жизни и здоровья населения, провозглашенных правительством в числе первоочередных. Борьба с эпидемиями и болезнями в масштабах страны после многолетней войны требовала организационного единства здравоохранения, ликвидации ведомственной раздробленности, создания государственной сети больниц и аптек. Осуществление этих задач в масштабах огромной страны в условиях войны, голода и разрухи было возможно только при наличии государственной системы здравоохранения. Такая система организационно оформлялась на протяжении 1917-18 гг. и завершилась учреждением 11 июля 1918 г. Народного Комиссариата здравоохранения РСФСР, в Беларуси наркомздрав начал реально функционировать в декабре 1920 г. после советско-польской войны [3]. Создание комиссариата в РСФСР явилось делом отнюдь небезпроблемным. Первоначально в составе Совнаркома не было комиссариата, ведающего здравоохранением, и когда он был создан через 8 месяцев, сомнения и возражения по поводу его создания не исчезли. Декретом Совнаркома 6 февраля 1918 г. высшим медицинским органом рабочего и крестьянского правительства являлся Временный совет врачебных коллегий. На требования ряда деятелей медицины о создании Наркомата здравоохранения руководители страны предлагали сначала доказать идею необходимости такого органа, которого не было в составе царского правительства. Чего удалось добиться в предреволюционное время комиссии Г.Е. Рейна, которая занималась пересмотром врачебно-санитарного законодательства, так это выработать предложения по созданию Главного управления здравоохранения, которое по своему значению и правам было бы равно министерству.

Трудность заключалась в том, что идея государственного здравоохранения была в до-революционной России глубоко дескредитирована во мнении всех слоев населения. Эту точку зрения выражали такие известные деятели медицины, как А.А. Кадьян, Е.А. Осипов, Ф.Ф. Эрисман и др. «Всякое живое дело, касающееся народа, если оно попадает в руки чиновников, хотя бы и носящих звание врачей, обречено на смерть», – писал А.А. Кадьян, видный хирург [4]. Для преодоления таких устойчивых представлений потребовалось время. Против единого государственного здравоохранения высказывались приверженцы страховой медицины. Отстаивая сохранение самостоятельной страховой медицины для застрахованных рабочих, они предоставляли право пользоваться общей советской медициной только неорганизованному населению – крестьянству и городскому мещанству.

На протяжении октября 1917 г. рядом декретов правительства была создана база советской системы социального страхования, получившей название «рабочей страховой медицины». Однако в конце 1918 г. СНК принял «Положение о социальном обеспечении трудящихся», которое ликвидировало систему социального медицинского страхования, заменяя ее государственной организацией здравоохранения и созданием системы социального обеспечения. С двойным финансированием здравоохранения Наркомздрава правительство не хотело мириться, и в феврале 1919 года СНК принял постановление «О передаче всей лечебной части больничных касс Наркомздраву» [5]. Учитывая тяжелое экономическое положение страны, голод, разруху, недостаток ресурсов, такое решение было преждевременным и ошибочным. Разрушенное народное хозяйство не могло развивать и обеспечивать «единую советскую медицину». После признания этого факта в ноябре 1921 г. было принято постановление «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом». Его исполнение было поручено Народному комиссариату труда, а в Наркомздраве образовали Отдел социального страхования [6]. Таким образом, некоторое время здравоохранение финансировалось из двух источников: через систему Наркомздрава и посредством страховой медицины (государственного и за счет отчислений нанимателей).

Наиболее яркой «социалистической» чертой, подтверждающей и демонстрирующей всему миру заботу пролетарского государства о здоровье населения в стране, являлось осуществление принципа бесплатности и общедоступности в советской медицине. И действительно, следует отметить, что в ходе последовавших преобразований в организации здравоохранения удалось сделать очень многое. Наряду с созданием самостоятельного и полноправного комиссариата здравоохранения – Наркомздрава, формированием местных органов здравоохранения, проведением национализации лечебных и профилактических учреждений правительством Советской России были сделаны и другие важные шаги, которые придали принимаемым мерам комплексность и последовательность в улучшении медицинского обслуживания населения.

I Всероссийский съезд медико-санитарных отделов, состоявшийся в Москве 15-18 июня 1918 г., определил основные направления в строительстве советского здравоохранения, в том числе потребовал последовательного проведения в жизнь общедоступного и бесплатного лечения, делая особый акцент на качество медицинской помощи. В принятом на съезде «Положении о народном комиссариате здравоохранения» подчеркивалась ведущая роль государства в предстоящей организации медицинского дела. Идеи государственной основы медицины были подтверждены VIII съездом РКП (б) и изложены в специальном разделе новой программы партии. В нем отмечалось, что медицинская помощь должна быть доступна населению, чтобы больной был в состоянии пользоваться ею (вопросы приближения лечебной помощи к больному), чтобы она была бесплатной (ибо плата за лечение даже при близости лечебной помощи нарушает принцип общедоступности), и чтобы она была квалифицированной [7]. И хотя в стране не имелось достаточных реальных экономических оснований, медицина была объявлена бесплатной, что и позволило реализовать на деле для большинства населения страны доступность к лечению. Обращение к врачу, государственное медучреждение стало обычной формой поведения людей в случае болезни.

Принципы бесплатности и общедоступности формально в равной мере распространялись как на рабочий класс, так и на трудовое крестьянство. При этом на верхнюю ступень

социальной лестницы ставился пролетариат. Провозглашенная руководством страны новая экономическая политика заключалась в союзе пролетариата и крестьянства. Но на деле, в силу ряда объективных и субъективных причин, такого равенства не было. В период гражданской войны и интервенции в центре внимания медицины были армия и городское население. На V Всероссийском съезде здраводелов более усиленный рост городской сети за период революции отмечался как на одна из причин низкого (по сравнению с городом) уровня обеспеченности сельского населения медицинской помощью. Один из докладчиков, отмечая «преимущественно городской уклон санитарного дела», объяснял, что «в годы войны и революции пострадали в санитарном отношении прежде всего города», и далее ссылаясь на политический аспект проблемы – значение городского пролетариата в революционной борьбе [8]. Очевидно, что на первых порах такое особое отношение к рабочим было инициировано центральными властями. Доктрину большевиков, пришедших к власти, в части оказания медицинской помощи в первую очередь рабочему классу, всячески поддерживал и народный комиссар здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко: «...Классовый компас мы не выпускали из рук ни на минуту» [9].

Такой подход к организации медицинского обслуживания населения подтверждался и другими руководителями государства. Выступивший на VII Всероссийском съезде здраводелов в 1930 г. председатель ЦИК СССР М.И.Калинин, говоря о политике советской власти в области здравоохранения, отметил, что «настоящая пролетарская линия в этом вопросе заключается в том, чтобы обслуживать все население. Однако пока это невозможно. Необходимо осуществить преимущественное обслуживание рабочих, поскольку он (рабочий класс) самый необходимый и решающий производственный фактор в обществе». Здесь же Всесоюзный староста вполне к месту осудил «левацкий» уклон, укоренившийся в ЦК профсоюза «Медсантруд», о полном запрещении частной практики врачей. Он указал на несвоевременность и нереальность такой политики в тогдашних условиях [10].

Следует отметить, что в практике обслуживания застрахованных рабочих и служащих возникло немало проблем. Застрахованные рабочие быстро оценили выгоды медицинского обслуживания. Медицинская помощь была бесплатной, по первому требованию рабочего должны были поместить в стационар, безотказно давался бюллетень и т.д. Эта тема стала предметом общественного обсуждения. Ее детальный анализ на страницах губернской газеты «Полесская правда» провели врачи гомельских лечебных учреждений. Один из них отмечал: «Рабочие амбулатории приобретают все больше симпатий и доверия. Наплыв больных стал так велик, что врачи не в состоянии принять всех. Но эти амбулатории обходятся очень дорого, учитывая, что лекарство тоже отпускается бесплатно. Выход – в предупредительной медицине и санитарии. Ведь основой советской медицины является профилактика. На нее и должно быть обращено главное внимание» [11]. Очередная губернская страховая конференция в Витебске также отмечала наличие большого числа случаев «несознательного затягивания болезней», и выступающие констатировали с некоторым сожалением, что «осознание рабочих развилось и при малейшем заболевании он требует отпуска, причем врач не вправе ему отказать» [12].

Следует отметить, что вопрос платности и бесплатности медицины широко обсуждался в среде медицинской общественности. Известный врач-гигиенист, профессор П.Н. Диатроптов в одной из своих работ в 1921 г. вполне определенно выразил свое недоумение по тезису НКЗ, что бесплатная помощь является гордостью советской медицины. Более того, он отметил, что «такой подход не нашел применения на Западе, и что среди европейцев укрепился взгляд, что население больше бережет и ценит то, что ему дается не даром» [13]. Профессор П.Н. Диатроптов не отметил еще одной особенности бесплатной медицины. Широко декларируемый принцип бесплатности играл длительное время пропагандистскую роль, но с экономической точки зрения никаких бесплатных социальных услуг не существовало.

Все бесплатные фонды и социальное обеспечение, в том числе и медицинское, образовывались за счет прямых недоплат за труд и вычетов из заработной платы, в виде налогов. Государство выступало посредником, выполняющим функции перераспределения, передачи средств из доходов производящих слоев тем гражданам, которые не могли своим трудом

обеспечить себе прожиточный минимум. По сути дела, в условиях общинного (коллективистского) сознания, здоровье человека СССР ему не принадлежало, оно было во многом «общенародным достоянием» и государство обязано было его хранить. Это и осталось основной концепцией советского здравоохранения. Отсюда вполне естественной представляется политика советского строя, поощрявшая в 30-е годы деятельность учреждений и предприятий по развитию социальной сферы, для обслуживания медицинских и оздоровительных потребностей не только своих работников, но и жителей близлежащих районов.

Если застрахованные рабочие первыми стали получать бесплатную медицинскую помощь, то плата застрахованных за медицинские услуги в сельских участках была отменена с октября 1922 г. От оплаты также освобождались члены профсоюза, иждивенцы и беднейшее население по справкам органов социального обеспечения.

Следует отметить, что бесплатность для застрахованных сочеталась с платными услугами для всех остальных. Так, стоимость медуслуг в Минске в мае 1923 г. была следующей: амбулаторный прием терапевтом стоил (в рублях) 0,15; хирургом – 0,2; рентгеновский снимок – 2; сеанс рентгенотерапии – 0,75; терапевтический койко-день – 0,6; аборт с трехдневным пребыванием – 3; роды с шестидневным пребыванием – 3 [14].

Проблема оплаты медицинских услуг, с их относительной умеренностью не раз подвергалась попыткам пересмотра со стороны чрезмерно горячих сторонников классового подхода и в среде самих медицинских работников на местах. В ноябре 1929 г. в адрес президиума своего Мозырского окрздрава и Наркомздрава республики направил докладную записку инспектор Э.Харлап. В ней он изложил свое видение организации медицинского обслуживания населения. Он упрекал вышестоящие инстанции в том, что «до последнего времени нет искренности в оказании медпомощи, особенно на селе. Бедняк, середняк и кулак получают одинаковую медпомощь. Такое положение стирает классовую установку в медицине, на что обижаются бедняки» [15]. В записке предлагалось кулакам (нетрудовым элементам по определению автора) и лицам, лишенным права голоса, оказывать помощь за плату в полном объеме. По городскому населению к нетрудовым элементам были отнесены нэпманы, торговцы, лишенцы и граждане, обложенные налогом. По этим категориям автор предлагал платить за больничную койку-место в сутки вместо 3 руб. – 4,50, за произведенный аборт вместо 15 руб. – 25, за рентгеновский снимок вместо 5 руб. – 10. Какой-либо реакции комиссариата на это письмо не последовало. Можно предположить, что в Наркомздраве хорошо представляли реальный потенциал этого «нетрудового элемента», количество которого на селе в ходе коллективизации и репрессий значительно уменьшилось. Не было ясности в дифференциации сельского населения. Так, к примеру, по имеющимся данным, на 65 колхозов Буда-Кошелевского района в 1930 г. по данным районной прокуратуры имелось 197 кулаков, по тогдашним оценкам безусловно отрицательных элементов. Но в то же время за халатное отношение к труду административно было наказано 281 человек, из них 232 колхозника [16]. Очевидно, что эти люди не хотели усердствовать на ниве общественного хозяйства, и как определялась их полезность для общества, нам не известно. Сдержанно к инициативе своего коллеги отнеслись и в самом Мозырском окрздраве.

В свете изложенного по другому следует относиться к официальным данным периода становления нового здравоохранения по распределению средств, отпускаемых на нужды отрасли, особенно в части где бюджетные суммы распределялись на одного среднестатистического человека. Не все жители обслуживались одинаково: льготные условия имели застрахованные рабочие государственных предприятий, остальные категории платили кто через частичную или полную оплату, кто через самообложение.

На протяжении 1928–1935 гг. число застрахованных рабочих увеличилось в БССР с 172,1 до 464,0 тыс. человек, немного застрахованных было на селе, где и проживало большинство населения республики [17].

Учитывая опыт прошлого, стратегия развития экономики здравоохранения республики должна предусматривать преимущественно государственную систему на основе многопрофильного финансирования с развитой системой медицинского страхования. Ибо внедрение обязательного медицинского страхования может быть осуществлено при достаточно

стабильной экономике в целом по стране, развитой системе хозрасчетных отношений в отрасли, доверии населения к государственным и частным медицинским учреждениям. Однако это наиболее целесообразная система организации здравоохранения для нашей республики в силу сложной экономической ситуации трудноосуществима на практике и требует известной осторожности и времени. Так, принимаемые в соседней России ежегодные программы государственных гарантий по бесплатной медицинской помощи в абсолютном большинстве регионов не обеспечиваются финансированием. 72,5% опрошенных клиентов в ходе социологических исследований показали, что они полностью неудовлетворены полученной медицинской помощью. Только 3% высказались за укрепление частного сектора здравоохранения, за развитие государственного сектора – 58%. При этом число неуверенных, что платная помощь качественнее бесплатной, составило 56,8%. Опрошенные предпочитают в случае необходимости обращаться в государственные лечебные учреждения, потом к конкретному врачу и 2,8% пациентов в частную клинику [18].

Конституционное право граждан на бесплатную медицинскую помощь долгое время было обусловлено идеологическими представлениями. Но сегодня, когда система обязательного медицинского страхования неконкретна и будет, видимо, иметь абстрактный характер еще длительное время, предстоит преодолеть болезненный путь пересмотра обязательств государства по предоставлению бесплатных медицинских услуг населению.

Abstract. The article describes historical tradition of state organization of health care, stages of state participation in public health.

Литература

1. Мандельштам, Н. Опыт описания Могилевской губернии. В 3-х кн. Кн.2. Ред. А.С. Дембовицкий. Могилев на Днепре: Губ. стат. Комитет, 1884, с.945-947; Крючок Н.Г. Очерки истории медицины Белоруссии / Н. Мандельштам; Минск, 1976. – с.129.
2. Программа Белорусской Социалистической Громады // Октябрь 1917 и судьбы политической оппозиции, ч. II. Гомель, 1991. – с.116.
3. Национальный архив Республики Беларусь Ф. 46, оп.1, л.1.
4. Заблудовский, П. Е. О становлении советского государственного здравоохранения / П. Е. Заблудовский // Советское здравоохранение, 1988. – №6 – С. 11.
5. Декрет о передаче больничным кассам лечебных учреждений всех ведомств и организаций; Декрет о страховании на случаи болезни; Декрет о страховых присутствиях и страховом совете // Ленинские декреты по здравоохранению. – М. Медицина, 1970 – С.5, 15, 17.
6. Положение СНК о Народном комиссариате здравоохранения / ленинские декреты по здравоохранению – С.60–61.
7. Программа РКП(б) VIII съезд РКП(б) 18–23 марта 1919 г. / КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. Т 2. – М. Политиздат, 1983 – С.71–117.
8. Сысин, А.Н. Выступление на V Всероссийском съезде здраводелов / А. Н. Сысин // Бюллетень НКЗ РСФСР, 1924. – №1. – С.16–17.
9. Семашко, Н.А. Избранные произведения / Н. А. Семашко; М.: Медицина, 1967. – 53 с.
10. Очерки истории советского здравоохранения – М.: Медицина, 1965. – 94 с.
11. Жислин, М. Г. Еще о рабочей медицине / М. Г. Жислин // Полесская правда – 1923 – 15 ноября.
12. Государственный архив Витебской области. Ф. 376, оп.1, д. 103, л. 4.
13. Диатроптов, П. Н. Гигиена и общественное мнение / П. Н. Диатроптов // Медицинский журнал РСФСР, 1921. – №10– 2. – С. 804–805.
14. Тищенко, Е.М. История здравоохранения в Беларуси в XX веке / Е. М. Тищенко // Гродно: ГГМУ, 2001. – С. 28.
15. Зональный государственный архив Гомельской области в г. Мозыре, Ф.60, оп.11, д. 311, л. 25, 54.
16. Государственный архив общественных объединений Гомельской области. Ф. 297,

оп. 2, д. 430, л. 9, 17.

17. НАРБ Ф. 31, оп.1, д. 202, л. 5.

18. Голухов, Г. Платные услуги: взгляд пациента / Г. Голухов, А. Пиддэ, Ю. Шиленко
// Медицинский вестник. Российская врачебная газета, 2003 – №24 – С.6.

Гомельский государственный
медицинский университет

Поступило 20.05.08

РЕПОЗИТОРИЙ ГГУ ИМЕНИ Ф. СКОРИНЫ