

5. *Захаренко О.М., Ключник Т.П., Козловский И.А., Козловская Г.В.* Аутоантитела к фактору роста нервов в сыворотке крови матерей больных шизофренией детей и детей из группы высокого риска // *Ж. невро. и псих. им. С.С.Корсакова.* — 1999. — Т. 99, № 3. — С. 44-46.
6. *Камышников В.С.* Справочник по клинико-биохимической лабораторной диагностике: В 2 т. Т. 1. — Мн.: Беларусь, — 2000. — 495 с.
7. *Ковалева Т.А., Сачек М.М., Сергеевич Н.Л., Жаворонок С.В.* II Актуальные вопросы медицины и новые технологии медицинского образования: Материалы междунаучно-практич. конф., посвященной 10-летию образования Гомельского гос. мед. ин-та. — 2000. — Т.1.—С.315—317.
8. *Сергейчик Н.Л., Жаворонок С.В., Тарасюк И.В.* Выделение антигенно-активного нейроспецифического белка группы S100B и создание иммуноферментного диагностического набора для выявления антител к нему // *Вести НАН РБ, серия медико-биологических наук.* —2003. —№4. —С. 108—113.
9. *Azmitia E.C., Dolan K., Whitaker-Azmitia P.M.* S100(3 but not NGF, EGF, insulin or calmodulin is a CNS serotonergic growth factor // *Brain Res.* — 1990. —Vol. 516. — P. 354—356.
10. *Baudier J., Labourdette G., Gerard D.* Ratbrain S100B protein: purification, characterization, and ion binding properties. A comparison with bovine S100B protein // *J. Neurochem.* — 1985. —Vol. 44. —P. 76—84.
11. *Donato R.* Functional roles of S100 proteins, calcium-binding proteins of the EF-hand type // *Biochem. Biophys. Acta.* — 1999. — Vol. 1450, № 3 — P. 191—231.
12. *Heizmann C.W.* Ca²⁺-binding S100 proteins in the central nervous system // *Neurochem. Res.* — 1999. —Vol. 24, №9. — P. 1097—1100.

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ПРИНЦИПА БЕСПЛАТНОСТИ И ОБЩЕДОСТУПНОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ БССР (1921—1941 гг.)

М.Е. Абраменко

Гомельский государственный медицинский университет

В статье исследуется реализация принципа бесплатности и общедоступности в здравоохранении БССР в 1921—1941 гг.

Ключевые слова: советское здравоохранение, медицинское обслуживание, бесплатная медицинская помощь, конституционное право.

IMPLEMENTATION OF FREE AND ACCESSIBLE MEDICAL ASSISTANCE PRINCIPLE IN BELARUSSIAN SOVIET SOCIALIST REPUBLIC (1921—1941).

M.E. Abramenko

The article analyses implementation of free and accessible medical assistance principle in Belarussian Soviet Socialist Republic in 1921—1941.

Key words: soviet public health care, free medical assistance, constitution right.

Есть явления, которые можно назвать историческим романтизмом. Каждое новое поколение революционеров, приходя к руководству, намечает рубежи, которых оно намерено достичь, причем, как можно быстрее. На практике же такое историческое нетерпение сплошь и рядом оборачивается неудачей.

Так случилось, по нашему мнению, и в России, где в результате напряженнейших усилий по осуществлению модернизационных процессов реально дело свелось к построению своеобразного социально-ориентированного капитализма, хотя на официальном языке система называлась социализмом. И наиболее яркой «социалистической» чертой, подтверждающей и демонстрирующей всему миру заботу пролетарского государства о здоровье населения, 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.

Уже в декабре 1917 г. ВЦИК принял декрет «О страховании на случай болезни», который обязывал больничные кассы оказывать застрахованным рабочим, служащим и членам их семей за счет предпринимателя бесплатную медицинскую помощь [1].

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. [2].

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 и чтобы больной был в состоянии пользоваться ею (вопросы приближения лечебной помощи к больному), во-вторых, чтобы она была бесплатной, ибо плата за лечение даже при близости лечебной помощи нарушает принцип общедоступности, и в третьих, чтобы она была квалифицированной [3].

Финансирование отрасли в это время осуществлялось из двух источников: государственного и страхового (за счет отчислений предпринимателей).

В период НЭПа было решено дополнительно обложить работодателей страховым налогом. Однако впоследствии он был отменен, а все средства на здравоохранение стали начисляться из государственного бюджета. Так правительство отказалось от использования альтернативных источников (кооперативных, концессионных средств) в деле финансирования здравоохранения.

И хотя в стране не имелось достаточных реальных экономических оснований, тем не менее, благодаря всеобъемлющему осуществлению принципа государственности, медицина была объявлена бесплатной, что и позволило реализовать на деле для большинства населения страны доступность к лечению. Обращение к врачу, в государственное медучреждение стало обычной формой поведения людей в случае болезни.

Широкое развитие получило социальное страхование рабочих и служащих за счет государства. Страхованию подлежали все работающие по найму в городских и сельских местностях. Сами они были свободны от

каких-либо взносов в фонды социального страхования.

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 как на одну из причин низкого (по сравнению с городом) уровня обеспеченности сельского населения медицинской помощью указывалось на более усиленный рост городской сети за период революции. 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 [4].

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» [5].

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». То есть фактически бесплатность и общедоступность медицины существовала не для всех слоев населения. 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 [6].

Следует отметить, что в практике обслуживания застрахованных рабочих и служащих возникло немало проблем. Застрахованные рабочие быстро оценили свои выгоды: 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. «Рабочие амбулатории, — констатировал один из них, — 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» [7]. 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» [8].

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». 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 в пользу общих, необходимых для всех членов общества благ, в пользу тех граждан, 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 стало основой концепции советского здравоохранения.

Отсюда вполне естественной представляется идеология советского строя, поощрявшая в 30-е годы деятельность учреждений и предприятий по развитию социальной сферы, для обслуживания, в частности, медицинских и оздоровительных потребностей своих работников, а впоследствии 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 1923г. 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 [10].

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 окрздрава и Наркомздрава республики направил докладную записку инспектор Мозырского окрздрава 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» [11].

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 больничное койко-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 [12].

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 [13].

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 эта 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 в ходе социологических исследований пациентов показали, что они полностью неудовлетворены полученной медицинской помощью. Только 3%

высказались за укрепление частного сектора здравоохранения, тогда как 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 [14].

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 представлению бесплатных медицинских услуг населению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицин Ю.П. Социальная гигиена и организация здравоохранения. — М., «Медицина», 1992, — с. 427.
2. Положение СНК о Народном комиссариате здравоохранения / Ленинские декреты по здравоохранению. — М., «Медицина», 1980, С. 60—61.
3. Программа РКП (б). VIII съезд РКП (б) 18—23 марта 1919 г. / КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и пленумов ЦК. Т.2. — Москва, Политиздат, 1983. — с. 71—117.
4. Сысин А.Н. Выступление на V Всероссийском съезде здравотделов // Бюллетень НКЗ РСФСР — 1924 — № 1 — с. 16—17.
5. Семашко Н.А. Избранные произведения. — М., «Медицина», 1967, с. 53
6. Очерки истории советского здравоохранения — М., «Медицина», 1965, с. 94.
7. Жислин М.Г. Еще о рабочей медицине. // «Полеская правда» — 1923 — 15 ноября.
8. Государственный архив Витебской области. Ф. 376, оп. 1. д. 103. л. 4.
9. Диатроптов П.Н. «Гигиена и общественное мнение». // Медицинский журнал РСФСР — 1921 — № 10—12 — С. 804—805.
10. Тищенко Е.М. История здравоохранения Беларуси в XX веке. Гродно. ГГМУ, 2001, с. 28.
11. Зональный государственный архив Гомельской области в г. Мозыре. Ф. 60, оп. 11, д. 311, л. 25, 54.
12. Государственный архив общественных организаций Гомельской области. Ф. 297, оп. 2, д. 430, л. 17.
13. Национальный архив Республики Беларусь. Ф. 31, оп. 1. д. 202, л. 5.
14. Г. Голухов, А. Пиддэ, Ю. Шиленко. Платные услуги: взгляд пациента. — «Медицинский вестник». Российская врачебная газета. 2003 — № 24 — с. 6.