

УДК 94(470.62) : 61
ББК 63.3(235.7) 613 - 7
Ч 92

С.А. Чупрынников

Профессор кафедры политологии и права Кубанского государственного технологического университета, тел. 8 918 499 55 74

Становление советской системы здравоохранения на Кубани в начале 1920-х годов

Аннотация: В статье рассматривается политика и деятельность советских партийно-государственных структур в становлении системы здравоохранения в первые годы советской власти на Кубани. Она осуществлялась с классовых позиций и направлена была на реализацию режима наибольшего благоприятствования для беднейших слоев трудящихся. Изучение исторического опыта решения проблем здравоохранения в советском государстве представляет интерес для анализа и формирования политики в системе здравоохранения современной России, являющейся его правопреемником.

Ключевые слова: Здравоохранение, классовый подход, здравоотдел, бесплатность, доступность.

S.A. Chuprynnikov

Professor of Political Science and Law Department at the Kuban State Polytechnic University, ph.: 8 918 499 55 74

Formation of the Soviet public health care system in the Kuban region at the beginning of the 1920s

Abstract: The paper examines politics and activity of the Soviet party-and-state structures concerning the formation of public health care system during the first years of Soviet power in the Kuban region as an example. It was carried out in terms of class positions and was directed to the realization of most-favored regime regarding the poorest people of the nation. The examination of historical experience of solving the problems of public health care in the Soviet State is of interest for the analysis and formation of the politics of public health care system in modern Russia, which is its legal successor.

Keywords: public health, class approach, public health care department, free medicine, affordability.

Происходящая ныне реформа системы здравоохранения принципиально «ломает», точнее уничтожает, прежнюю советскую, хотя многие составляющие моменты последней отвечали характеристикам современного «социально ориентированного государства», коим декларирует себя РФ.

Советское государство, бывшее по определению «государством трудящихся», основой своего благосостояния считало народное здоровье, которое, как подчеркивается в архивных документах, являлось «источником, из которого черпаются производительные силы страны, дающие все ценности».

Советская медицина призвана была, развивая профилактические мероприятия, уделять пристальное внимание оказанию непосредственной лечебной помощи. При ее становлении признавалось безусловно необходимым, чтобы она была **общедоступной, бесплатной и квалифицированной** (выделено авт. – С.Ч.). Согласно этим принципам отменялась плата в лечебных заведениях за медикаменты, велась борьба с частной практикой, а для осуществления принципа квалифицированности открывались

государственные лечебные учреждения по специальностям с привлечением в них специалистов в порядке трудовой повинности. Особое внимание уделялось охране здоровья детей.

Вместе с тем, продекларированная общедоступность ограничивалась пресловутым классовым принципом, который проявлялся и в медицинской сфере. Так, в постановлении Кубано-Черноморского облисполкома от 10 октября 1921 года четко прописывалось, что «советская медицина ставит на первый план медико-санитарную помощь для фабрично-заводского населения».

Рассмотрим некоторые моменты становления советской системы здравоохранения на Кубани в начале 1920-х годов, так как её опыт представляется небезынтересным.

В целях эффективности деятельности и ликвидации излишней бюрократии Екатеринодарский горздравотдел постановлением КубЧерРевкома в середине августа 1920 года был слит с Кубано-Черноморским областным отделом здравоохранения [1]. А через две недели, в конце августа 1920 года приказом областного отдела здравоохранения был ликвидирован существовавший при учреждениях здравотдела институт политкомов [2].

Помимо этих организационных составляющих в становлении советской медицины на Кубани влиятельной была и идеологическая. Происходившее в дальнейшем «осоветчивание» лечебных учреждений, помимо бесплатности и доступности, сопровождалось еще и тем, что во всех медучреждениях были изъяты иконы. Кроме этого происходил и процесс «перевоспитания» медперсонала: в коллективах вводились дисциплинарные и агитационные суды.

К январю 1921 года организационно-структурно советская медицинская система в условиях Кубани выглядела следующим образом: областной отдел здравоохранения и 14 отдельских. В них были организованы отделы: 1) санитарно-эпидемиологический; 2) лечебный; 3) организационный; 4) охраны материнства и младенчества; 5) охраны здоровья детей; 6) фармацевтический; 7) хозяйственно-снабженческий; 8) финансово-сметный; 9) военно-санитарный; 10) медицинской экспертизы; 11) статистический; 12) санпросветительный; 13) общая канцелярия.

На каждый из этих отделов возлагались свои особые задачи: 1) на санитарно-эпидемиологический - борьба с эпидемиями уже существующими и принятие профилактических мер против развития эпидемий путем организаций прививок, улучшения санитарно-гигиенического состояния населенных мест и жилищ, водоснабжения, дезинфекции, а также организации поселенных Санитарных Комиссий, Советов и Съездов; 2) на лечебный - разработка и проведение в жизнь нормальной сети участков для приближения лечебной помощи к населению, организация специальных видов помощи, организация органов Врачебной Экспертизы и мастерской по снабжению протезами; организация лечебной помощи водникам и строительным рабочим, а также в местах заключения, организация психиатрической и зубоврачебной помощи, все это на основах общедоступности, бесплатности и квалифицированности; 3) на организационный - инструктирование органов на местах, собирание информационных материалов с мест и центра и обратно, поддержание связи с центром, разработка организационных форм здравоохранения, планов и программ съездам, учет и распределение медперсонала; 4) на п/отдел охраны материнства и младенчества - ограждение здоровья беременной женщины, а с ней младенца, обеспечение для матери возможности совмещения профессии и материнства путем устройства учреждений по родовспоможению, яслей, Домов ребенка, Домов матери и ребенка, молочных кухонь; культурно-просветительная деятельность для широкого распространения правильных понятий о гигиене материнства и воспитания ребенка, консультации, снабжение как матери, так и ребенка необходимыми предметами ухода и специального питания; 5) на п/отдел охраны здоровья детей - школьно-санитарная гигиена; постановка и разработка вопросов гигиены, воспитания и физической культуры детей, а также забота о дефективных детях; 6) на подотделы фармацевтический,

хозяйственный и сметно-финансовый – забота о снабжении области лекарствами, снабжение лечебных учреждений: денежное, хозяйственное, общематериальное и продуктивное; 7) на санитарно-просветительный – забота о развитии дела санитарного просвещения масс путем устройства выставок, лекций, плакатов и пр.; 8) на статистический – соби́рание и разработка цифрового материала по всей отрасли здравоохранения.

Количественные показатели о медико-санитарных учреждениях и медперсонале Кубано-Черноморской области в это время выглядели следующим образом [3]:

1) Медико-санитарные учреждения и организации:

	г. Краснодар	Краснод. Отдел	Всего по обл.
Больницы	19	29	256
Врачебн. амбул.	23	23	238
Фельдш. пункты	-	38	257
Зубн. кресел	53	10	188
Аптек	9	20	174
Число коек	3020		14457
1 врач на чел.	750	10 т.	
Эпидотряды	1	1	21
Дезотряды	1	1	22
Привотряды	2	1	19
Лаборатории	6	1	17

2) Медицинский персонал

Врачей	196	45	626
Зуб. врачей	93	13	271
Фармацевтов	56	23	413
Сестер			850
Акушеров	12	31	149

Кроме непосредственно медицинских работников, имелось 8700 человек обслуживающего персонала, из них служащих здраводела – 1200 человек.

Из приведенных таблиц следует, что в целом, на городское население Кубано-Черноморской области в начале 1921 года приходилась, примерно, одна койка на 100 человек (5841 койка на 55 000 человек), а в сельской – одна койка на 800 человек (8620 коек). В городах одна амбулатория приходилась на 10 000-11 000 человек, а в селах – одна на 15 000. Медперсонал распределен был таким образом: врачей - треть в Краснодаре, треть – в городах области, треть - в сельской местности, лекпомов – четверть в городах и три четверти – в сельской местности. В Краснодаре один врач приходился на 750 человек, в других городах области – на 2000 человек, а в сельской местности в среднем на 12, 5 тыс. человек (а в отдаленных районах, например в Баталпашинском, один врач – на 35 000 человек). В целом, по области городское население в три раза было более обеспечено лечебной помощью, чем сельское. Общедоступность медицинского обслуживания с использованием классового принципа и при не нарушавшемся принципе бесплатности была достигнута.

Особое внимание при проведении санитарно-медицинских мероприятий в начале 1920-х годов уделялось борьбе с эпидемиями. Успешно проводились кампании холерных и оспенных прививок. Общее количество первых превысило 150 000, не считая воинских частей, где прививки были сделаны всем без исключения. Для борьбы с холерой были созданы 35 прививотрядов, 4 эпидотряда и специальный эпидперсонал для наиболее пораженных мест. Общее количество медперсонала, брошенного на противоэпидемиологическую работу, составило более 175 человек.

Однако вместе с достигнутыми бесплатностью и доступностью были «достигнуты» и проблемы. Одной из них стала деятельность врачебно-контрольной комиссии, которая занималась вопросами разрешения и продления отпусков по болезни. Она по существу

превратилась в лавочку по спекуляции отпусками и грозила остановить работу всех советских учреждений. При обсуждении отчета здравотдела на заседании президиума облисполкома выступавшие отмечали, что «все кому не лень обращаются в комиссию и получают отпуск».

Кроме того, проблемой стала и проведенная национализация. Она была проведена так, что бывшие владельцы аптек стали заведующими этих же аптек. Учитывая их нелояльность, а точнее ненависть к советской власти, они снабжали медикаментами в первую очередь «своих», частных врачей, а не госсектор.

В условиях нехватки врачей многие из них использовались не по прямому назначению и занимали должности, которые вполне бы могли быть замещены не врачами.

С переходом к НЭПу, внедрением рыночных отношений делаются попытки внести определенные изменения в систему, в принципы деятельности, в обеспечение медико-санитарного дела. Так, в принятом Кубано-Черноморским областным съездом представителей отдельных здравотделов и отдельных правлений союза Всемедикосантруд 21-22 сентября 1921 года положении «О реорганизации здравоохранения» в одном из пунктов отмечалось, что «в целях расширения медицинской помощи разрешается частная инициатива, но под надзором и контролем здравотдела и на основании особых правил»[4]. Но прошедший в ноябре 1921 года съезд советов КубЧеробласти посчитал в корне неправильным такой подход, и «недопустимым открытие частных лечебных учреждений»[5].

Однако реальная жизнь в условиях нэповских рыночных отношений диктовала противоположное. И в своем отчете на заседании Президиума КубЧероблисполкома осенью 1921 года председатель облздравотдела Мухин так охарактеризовал ситуацию: «Вопрос о прекращении частной практики подымался и в Москве (имеется в виду высшие органы советской власти) и получил такое разрешение – частная практика будет прекращена только тогда, когда государство своими силами сможет удовлетворять народ, а пока она существует» [6].

Вместе с тем, продолжал неукоснительно соблюдаться классовый подход. В своем докладе на бюро КубЧеробластка РКП(б) о взаимоотношениях союза «Всемедикосантруд» и здравотдела (октябрь 1921 года) член правления союза Яхнин подчеркивал, что «лечебная помощь обеспечивается государством всему населению, но за счет государства она обеспечивается лишь рабочим и служащим – членам профсоюзов, кои находятся на службе в госпредприятиях и учреждениях, равно как и членам их семей, находящимся на их иждивении, а также беженцам, душевнобольным, заключенным. Рабочие и служащие – члены профсоюзов, состоящие в арендных и частных предприятиях, получают медицинскую помощь от государства, но за счет арендаторов и владельцев предприятий»[7]. Аналогично высказался и вышеназванный Кубано-Черноморский съезд советов в ноябре 1921 года: «Все мероприятия должны быть проведены таким образом, чтобы обеспечить пользование медицинскими учреждениями в первую очередь пролетариатом и беднейшими слоями населения»[8].

Что касается содержания и финансирования здравоохранения, то оно перекладывалось на местные исполкомы с привлечением комитетов взаимопомощи. На государственные средства предлагалось содержать только учреждения по борьбе с эпидемиями, охране материнства и младенчества. К концу 1921 года на государственном содержании осталось менее половины (47 процентов) всех лечебных учреждений [9].

Вместе с этим, в условиях НЭПа, советская власть вынуждена была «коммерциализировать» сферу здравоохранения, отступив от своих принципов. На заседании коллегии КубЧерздравотдела в июне 1922 года было решено временно ввести платность «за стационарное лечение в отношении лиц, не стоящих на соцстраховании»[10]. А чуть ранее, в мае 1922 года, в области была введена плата за лекарства (распоряжение наркомздрава Семашко)[11].

С 1 января 1922 года вводился прямой налог, поступления по которому должны были расходоваться исключительно на нужды здравоохранения. Кроме того, все лечебные учреждения должны были сами развивать хозяйственную деятельность, под которой подразумевалось огородничество, скотоводство, птицеводство, кролиководство и т.п., а также открывать мастерские.

Для обеспечения прожиточного минимума (материального и финансового) медработников средства изыскивались с помощью однодневных сборов, отчислений, самообложения населения.

Таким образом, в первые годы существования советской власти на Кубани происходит становление принципиально новой системы здравоохранения. Основными принципами ее являлись бесплатность, общедоступность, квалифицированность. И в то же время реализовывался классовый принцип её функционирования, обеспечивавший преимущества прежде всего трудящимся и беднейшим слоям населения. При всех её недостатках она была «заточена» под человека. Причём человек сам был «социально ориентирован», так как его здоровье объявлялось «источником, из которого черпаются производительные силы страны, дающие все ценности». По такому вектору развития зарождавшееся советское общество безусловно приходило к устройству по принципу: «Раньше думай о Родине, а потом – о себе», что позволило впоследствии, через десятилетия, после Великой Победы в войне 1941-1945 гг. стать Великой Державой.

И в заключение некоторые выводы общего характера. Концентрированным показателем уровня и качества общесоциальной сферы (и в первую очередь системы здравоохранения) страны является продолжительность жизни населения. В постсоветской рыночной России она самая низкая в Европе. (Кстати, самая высокая в мире продолжительность жизни - на Кубе. И не потому, что там климат благоприятнее, а потому что там действует советская система здравоохранения, закреплённая дисциплиной, передовыми технологиями и к тому же бесплатная). От бесплатной медицины советского образца, которому завидовали во всем мире, мы отказались. Сегодня в любом социальном сегменте рыночной модели общества оказываются «услуги». Поэтому и в образовании не учат, а оказывают услуги, и в здравоохранении не лечат, а оказывают услуги. Услуги – категория рыночная и по определению не может быть бесплатной.

В основе современной отечественной медицины – система обязательного медицинского страхования. Структура вроде бы государственная, но в то же время и коммерческая. Роль государства в ней сводится к утверждению так называемых медицинских стандартов, руководствуясь которыми врачи выписывают пациента не после выздоровления, а по истечении того срока, который может быть оплачен фондом обязательного медицинского страхования. А дальше – платные «дополнительные» услуги (например, коммерческие палаты). А в поликлиниках выписанные «бесплатные» лекарства становятся уже притчей во языцех и все больше льготников отказываются от этого бесплатного подарка государства.

И ещё один момент. Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) установлено, что для нормального воспроизводства населения, сохранения здоровья нации на здравоохранение необходимо тратить 7% ВВП. В современной РФ тратится в разы меньше. Сегодня, в условиях кризиса, сложившаяся во всех сферах, в том числе и в здравоохранении, система либерально-монетаристских рыночных отношений будет только усугублять положение, так как для России такая система является несвойственной и к тому же несовместимой с жизнью.

Примечания:

1. Государственный Архив Краснодарского Края (далее - ГАКК). Ф.-Р 158. Оп. 1. Д. 10. Л. 10.
2. ГАКК. Ф.-Р 158. Оп. 1. Д. 32. Л. 76.
3. Центр документации новейшей истории Краснодарского края (далее - ЦДНИ КК). Ф. 1774-р. Оп. 2. Д. 725. Л. 2-3.

4. ЦДНИ КК. Ф. 1. Оп. 1. Д. 160. Л. 83.
5. ЦДНИ КК. Ф. 1. Оп. 1. Д. 183. Л. 7.
6. ГАКК. Ф.-Р 102. Оп. 1. Д. 152. Л. 207 об.
7. ЦДНИ КК. Ф. 1. Оп. 1. Д. 160. Л. 82.
8. ЦДНИ КК. Ф. 1. Оп. 1. Д. 183. Л. 7.
9. Там же. Л. 2.
10. ГАКК. Ф.-Р 990. Оп. 2. Д. 305. Л. 139.
11. Там же. Д. 84.

References:

1. The State Archive of the Krasnodar Region (further - SAKR). F.-R 158. Op.1. D. 10. L. 10.
2. SAKR. F.-R 158. Op.1. D.32. L.76.
3. The documentation centre of a contemporary history of the Krasnodar Region (further – DCCH KR). F. 1774-г. Op.2. D. 725. L. 2-3.
4. DCCH KR. F.1. Op.1. D.160. L. 83.
5. DCCH KR. F.1. Op.1. D. 183. L.7.
6. SAKR. F.-R -102. Op. 1. D. 152. L. 207 об.
7. DCCH KR. F.1. Op.1. Д.160. L. 82.
8. DCCH KR. F.1. Op.,1. D. 183. L.7.
9. The same. L.2.
10. SAKR. F.-R 990. Op.,2. D. 305. L. 139.
11. The same. D. 84.