УДК 316.33

Гареева Ирина Анатольевна – канд. социол. наук, доцент кафедры социальной работы и психологии ФГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный университет путей сообщения» (г. Хабаровск).
E-mail: gar_ia@mail.ru

Irina Anatol'evna Gareeva – Dr. of Sociology, docent, doctoral candidate of the social work and psychology chair of FGBOU VPO "The Pacific state university" (Khabarovsk). *E-mail: gar_ia@mail.ru*

И.А. Гареева
I.A. Gareeva

Институциональные и социальные трансформации системы здравоохранения

В статье рассматриваются этапы развития российского здравоохранения. Анализируются особенности предоставления медицинских услуг на определенном этапе развития. Характеризуются критерии доступности и справедливости в системе здравоохранения. Рассматриваются социальные особенности развития системы здравоохранения Хабаровского края.

Institutional and social transformations of the health service system

The article examines the stages of development of the Russian health care. The features of providing medical services at a certain stage of development are analyzed. The criteria of availability and equity in the health system are characterized. Social aspects of the health care system of the Khabarovsk Territory are considered.

Ключевые слова: *система здравоохранения, социальные трансформации, приказная медицина, земская медицина, государственное здравоохранение.*

Keywords: *health, social transformation, writ medicine, provincial medicine, public health.*

Состояние общественного здоровья всегда привлекало внимание общественных деятелей. В 1761 г. М.В. Ломоносов обратился к графу И.И. Шувалову с письмом «О размножении и сохранении российского народа». В нем он научно обосновал положение о том, что при сохранении и приумножении русского народа Россия при ее ресурсах и геополитическом положении обречена занимать ведущее место среди мировых держав и

обеспечивать будущее следующим поколениям ее граждан. М.В. Ломоносов обращал особое внимание на высокую смертность граждан России, особенно среди детей, анализировал ее причины и советовал предпринимать решительные действия, чтобы изменить ситуацию [1].

Эпоха царствования Екатерины II характеризовалась серьезным отношением к вопросам социальной политики. Причиной этому было не столько проявление гуманизма, сколько непрекращающиеся эпидемии, высокая смертность населения, социальная напряженность в стране. В ряде крупных городов строились больницы и лечебницы для инфекционных больных. Приказы общественного призрения российских губерний организовывали и содержали: 30 больниц, 14 отделений для умалишенных, 1 оспенный дом, 1 венерический лазарет, 1 родильный дом. Создание приказных лечебных учреждений не решало проблему общедоступности медицинской помощи. Лечебные учреждения характеризовались как кадровым, так и финансовым дефицитом, недостаточным лекарственным обеспечением, плохими условиями содержания пациентов, высокой ценой лечения. Цена за лечение составляла от 6 до 9 руб. в месяц. Лечение неимущих больных оплачивалось ведомством или купеческими и мещанскими обществами, к которым принадлежали больные. Население выражало недоверие больницам.

Неудачи приказной медицины были очевидны, но важным достижением того периода стало создание во всех губерниях России государственной системы лечебных учреждений, на базе которых в 34 губерниях Европейской России начала формироваться земская медицина. В 1852 г. в системе приказов существовали 542 больницы, 34 дома умалишенных, 10 инвалидных домов.

Во врачебной среде в середине 60-х гг. XIX в. сложилось представление о рациональных формах организации доступной медицинской помощи для крестьянского населения России. Положение о губернских и уездных земских учреждениях в 1864 г. закрепило за земствами обязанность «попечения о народном здравии». Земская медицина должна была обеспечить медицинской помощью сельское население земских губерний, в которых преобладало помещичье землевладение, а большинство крестьян были из крепостных. В отличие от горожан и удельных крестьян крестьяне земских губерний России не имели ни в дореформенное, ни в послереформенное время государственного попечения и медицинского обеспечения. Больничные заведения и медицинский персонал Приказа общественного призрения и министерств уделов и государственных имуществ переходили под управление земских управ. Лечебные учреждения были разделены на губернские и уездные.

Деятельность земских больниц в тот период изучалась с точки зрения потребности и общедоступности врачебной помощи, а также зависимости обращаемости населения от экономических факторов [2].

Изучались территориальные границы деятельности врача, а также оптимальная численность обслуживаемого населения. М.Я. Капустин писал:

«… участок врача, в центре которого он живет, должен простираться в каждую сторону не далее 15 – 20 верст и иметь не свыше 20 – 30 тыс. населения». Практика земских врачей показывала, что на расстоянии 5 – 6 верст обращаемость населения достигала 100%, за год, при расстоянии 6 – 12 верст – была ниже 50%, а далее – падала до 20%. Таким образом, было признано, что оптимальный участок для обслуживания земским врачом ограничивался радиусом обслуживания в 10 верст, что было достигнуто только в наиболее благополучной Московской губернии. Земские врачи выявили также зависимости обращаемости от: плотности населения, подъездных путей, «лошадности», наличия медицинского персонала. Оптимальная численность обслуживаемого населения, по мнению земских врачей, должна была равняться 6500 чел. Участковые лечебницы в Московской губернии были наиболее доступны сельскому населению, а в губернские земские больницы, в основном, обращалось городское население. По мере развития земской медицины ставились вопросы обеспечения специальной медицинской помощью не только губернских и городских больниц, но и участковых. В первую очередь это касалось развития хирургической, офтальмологической и акушерской помощи. В состав участковых больниц входили амбулатория, аптека и отделения (бараки) для острозаразных больных, выделялось родильное отделение.

Большое значение придавалось подготовке врачебных кадров. Студенты медицинского факультета Московского университета и Военно-медицинской академии проходили летнюю практику в Смоленской губернской больнице. За период 1899 – 1908 гг. в губернской больнице прошли обучение 50 экстернов и ассистентов. Уделялось значительное внимание подготовке среднего медицинского персонала, так как сразу же после передачи земству и проверки состояния удельных и государственных крестьян был выявлен острый дефицит квалифицированного фельдшерского персонала. По решению губернских собраний при губернских больницах открывались фельдшерские школы. При родильных отделениях губернских больниц были открыты школы повивальных бабок и школы сельских повитух.

К поступлению в фельдшерскую школу допускались лица мужского пола без ограничения сословий, имеющие четыре класса гимназии либо окончившие уездные или духовные училища. Курс обучения составлял от 3 до 4 лет (в зависимости от степени подготовленности обучаемого). В 1869 г. Постановлением Медицинского совета Министерства внутренних дел за женщинами было признано право исполнять обязанности фельдшеров и получать фельдшерское образование. Женщины были допущены к обучению в фельдшерских школах в 1873 г. С 1903 г. в фельдшерских школах, наряду с основными курсами обучения, устраивались «повторительные» курсы для фельдшеров. Курсы проводились летом в течение 1,5 месяцев. Земства оплачивали курсантам проезд и суточные. Преподавателями специальных дисциплин были врачи губернских земских больниц [3].

Обществами врачей регулярно проводились съезды земских врачей. Так, в Смоленской губернии с 1881 по 1911 гг. состоялись 14 съездов земских врачей. Медицинская помощь земскими врачами осуществлялась бесплатно, что позволило сделать ее общедоступной. Плата за лечение клеймилась как «налог на несчастье», который не может быть оплачен при заболевании кормильца семьи и лишает медицинской помощи основную массу наиболее нуждающегося в ней населения (старики, женщины, дети), не имеющего самостоятельного заработка [4]. Так, в Тверской губернии, где амбулаторная помощь оказывалась платно, доля амбулаторных больных составляла 24% – 40% от всего населения, а в уездах (с предоставлением бесплатного лечения) – 50% – 72%. Уездные земства отменяли плату за лечение для некоторых категорий больных. К концу XIX в. из 368 земских уездов в 224 существовало бесплатное стационарное лечение, в 269 уездах практиковалась бесплатная амбулаторная помощь. К началу XX в. платное лечение сократилось еще в 69 земствах, и не превышало 5 – 10 копеек «за совет и лекарство». В 1907 г. земства содержали 2034 больницы и лечебницы, в которых имелись 58160 коек. По данным Министерства внутренних дел, в 1910 г. в России было 21004 гражданских врача, 26184 фельдшеров и акушеров. По расчетам Межведомственной комиссии, на всю Российскую империю предполагалось иметь 25553 гражданских врача, 6361 зубного врача, 65710 фельдшеров. Число коек должно было составлять 750283.

На медицинскую помощь в России расходовались 112 млн. руб. (по расчетам комиссии, была необходима сумма в 387 млн. руб. с единовременным расходом 648 млн. руб.), а реальный срок введения необходимых изменений должен был составить 10 лет, но предложения комиссии были реализованы уже в советском государстве. Обеспеченность медицинским персоналом была достигнута в 20-е гг. прошлого столетия, а необходимым количеством коек – лишь к началу 40-х гг. Таким образом, земская медицина наиболее полно реализовала принцип доступности медицинской помощи. Земские врачи вкладывали в это понятие не только наличие достаточного числа лечебных учреждений и медицинского персонала, но и территориальную, экономическую доступность, обеспеченность населения качественной специализированной медицинской помощью.

Становление медицинской помощи в России проходило крайне неравномерно. К началу XX в. из 258 городов Европейской территории России медицинская помощь была организована лишь в 26,3% городов, а к 1914 г. – в 41% [5].

Следующим этапом развития системы здравоохранения является государственное здравоохранение. Основоположник советского здравоохранения А.А. Семашко так определял цели:

- оздоровление населения (в ряду других задач социалистического строительства);

- создание плановости, координированности медицины, осуществление оперативного медицинского подкрепления той или иной государственной инициативы;

- сглаживание классовых, национальных различий в уровне оказания медицинской помощи путем финансирования ее из государственного бюджета;

- профилактическое направление здравоохранения;

- создание определенных отношений медицинских работников с государством;

- повышение управляемости врачей со стороны общества [6].

На протяжении длительного времени социальная ориентация советского здравоохранения имела существенные преимущества, в сравнении с политикой развитых стран мира по таким критериям, как социальная ориентированность и способ организации предоставления медицинских услуг. Это преимущество обеспечивалось тем, что советское здравоохранение сохранило преемственность традиций национальной российской «системы земства» с его идеей массового доступа к бесплатной медицине [6].

Модель Семашко просуществовала в течение 70 лет советского периода и, несмотря на накапливающиеся недостатки, которые были связаны с финансовыми ограничениями, считалась международными экспертами передовой и соответствующей требованиям социальной политики. С помощью высокой организации и верно избранной стратегии советские врачи добились исчезновения на долгие годы многих инфекционных заболеваний раньше, чем в других индустриальных странах.

Наряду с продуманной системой организации здравоохранения, важным ресурсом проводимой политики была коммуникация здравоохранения с населением. Пропаганда санитарно-гигиенической культуры охватывала все стороны жизнедеятельности людей, их быта и производства: личная гигиена, гигиена жилища, питания, условий рабочего места, мест общественного пользования. Пропаганда была повсеместной, массовой и доступной даже для неграмотных людей.

Привлекались и другие социальные институты: спорт, семья, искусство, кино, СМИ, высшее и среднее образование, общественные организации: профсоюзы, в частности всесоюзное общество «Знание».

Уровень финансирования организации здравоохранения был в этот период весьма скромным. Поскольку здравоохранение было бюджетным, это приводило к недополучению необходимых средств.

Об эффективности советского здравоохранения в тот период свидетельствует динамика показателей продолжительности жизни. В 1938 – 1939 гг. ожидаемая продолжительность жизни для обоих полов в СССР составляла 46,9 лет. Это являлось отставанием от такого же показателя в западных странах на 16 – 17 лет. В 50-е гг. продолжительность жизни в западных странах составляла 70 лет, в развивающихся – 50 лет. СССР по этим показателям относился к группе развивающихся стран. Но уже в начале

60-х гг. СССР вошел в число стран с наиболее низкой смертностью. Сокращение смертности и рост продолжительности жизни продолжались до 1965 г., когда продолжительность жизни для мужчин составляла 64 года, а для женщин – 73 года. Она отличалась от развитых стран на 2 – 3 года [7]. Это было стремительное продвижение, учитывая инертность демографических показателей.

С 60 – 80-х гг. XX в. в РСФСР получил развитие принцип специализированной помощи с выделением центров различного подчинения, который сохранился в большинстве регионов страны.

Создание и совершенствование системы здравоохранения в Хабаровском крае неразрывно связаны с основными этапами развития России и Хабаровского края. Становление здравоохранения Хабаровского края следует рассматривать с периода формирования городской медицины. В 1867 г. при постовой команде в г. Хабаровске был организован лазарет на четырнадцать коек: 11 – для мужчин и 3 – для женщин. Штат лазарета состоял из заведующего лазаретом – врача 4 категории, двух фельдшеров, надзирателя и двух лекарских служащих. Лазарет предоставлял медицинскую помощь 240 служащим (военным и гражданским) в постовой команде. За помощью в лазарет обращались дети и жены гражданских и военных чинов команды. В докладной записке в Военное министерство военно-медицинский инспектор писал, что в лазарете ежегодно обслуживаются 275 больных.

В 1874 г. лазарет был упразднен, а в г. Хабаровске утвержден полугоспиталь на 100 мест, состоящий из общего отделения, офицерского (на 5 коек), женского (на 5 коек) и отделения для арестантов (на 5 коек).

Здравоохранение города не вписывалось в классическую схему городской или земской медицины, так как развитие нового административного центра не соответствовало требованиям Европейской части России. Медицинскую помощь оказывали: два врача полугоспиталя, врач врачебного управления, старший и младший врачи двух военных частей, фельдшера этих частей, окружной врач Софийского округа, сельский фельдшер, повивальная бабка (акушерка). Основные мероприятия по санитарному благополучию проводили: полицейский пристав, городской староста, члены временного комитета по благоустройству города.

В 1884 г. Комиссией по благоустройству было внесено предложение о постройке здания для новой больницы с аптекой. В 1893 г. по указанию военного губернатора была устроена лечебница на 5 коек. Она открывалась временно при отсутствии свободных коек в полугоспитале, на время эпидемии кори и брюшного тифа. Для постоянной работы лечебницы военным губернатором было принято решение о выделении помещения и необходимого имущества.

В 1884 г. в приспособленном помещении была открыта железнодорожная больница, в 1895 г. лечебницу расширили до 12 коек, в этом же году была открыта Александро-Ксеньевская богадельня на 10 поселенцев. Специальной комиссией были разработаны правила и штаты

городской лечебницы. Штат лечебницы к этому периоду состоял из двух фельдшеров, двух палатных служителей, кастелянши, кухарки, палатного служителя для женского отделения. Обязанности заведующего исполнял врач. Наблюдал за работой лечебницы попечитель.

В 1897 г. Государственный Совет России утвердил новые должности медицинского персонала в Приморской области и должностные оклады. Количество медицинских должностей в области увеличилось до 97 единиц по отношению к 47 по Указу 1882 г. В распоряжении медицинского инспектора появились новые должности – должность помощника и три должности врача для командировок. Была утверждена должность старшего окружного врача, появились две должности сельских врачей и должность городского врача. В 1897 г. в отремонтированном приспособленном здании была открыта городская больница на 25 постоянных и 7 запасных коек. Больница располагалась в трех каменных зданиях. В одном здании размещались кабинет врача, аптека, ванны, две мужские палаты, кухня. В другом, – две женские палаты и одна палата для лиц привилегированного сословия, в третьем – находились прачечная, помещение для персонала и покойницкая.

Больница не удовлетворяла потребности населения города в медицинской помощи. Финансовых средств для деятельности больницы не хватало. В 1901 г. больничный сбор был увеличен до 6000 руб. При госпитализации заболевшие должны были предъявить квитанции об уплате сбора. Сотрудники городского управления (путем обхода домов) проверяли уплату больничного сбора. За неуплату сбора домовладельцы и квартиронаниматели привлекались к ответственности.

Стационар общины сестер милосердия принимал больных на платной основе, кроме острозаразных и венерических больных. Плата за лечение составляла от 60 до 90 руб. в месяц. Лечение проводили одна старшая медицинская сестра, две медсестры и две ученицы. Контроль над лечением осуществлял приходящий врач. За год в отделении пролечились 23 чел., из них трое детей.

В 1903 г. родильное отделение за три койки принимало рожениц в любое время суток при наличии квитанций об уплате больничного сбора. До этого роды принимались в домашних условия. В этот же период времени в городской больнице был начат амбулаторный прием больных.

В 1908 г. от уплаты сбора освобождались дети до 17 лет, проживающие в городе меньше месяца, женщины старше 50 лет и мужчины старше 55 лет. Плата за лечение и содержание в больнице не уплатившим сбор составляла 2 руб. в день.

Большие надежды по финансированию здравоохранения возлагались на благотворительность. Она носила общественный и индивидуальный характер. Но такая форма финансирования была малоэффективна. Так, из 22 кружек по сбору средств сестрами милосердия одна была украдена, другая пуста, а в оставшихся находились 119 руб. Индивидуальной формой благотворительности был безвозмездный труд врачей на амбулаторном приеме низкооплачиваемых жителей г. Хабаровска.

В городе не было четкой системы амбулаторного приема. Он проводился в военном лазарете, общине сестер милосердия. Вольноопределяющиеся врачи и врачи на службе принимали больных: в своих квартирах, нанятых помещениях, в частных домах, аптеках, лазаретах учебных заведений, административных зданиях ведомств. Амбулаторный прием осуществлялся в течении 1,5 – 2 часов. Состоятельные жители города вызывали врача на дом. Плата за вызов составляла 3 – 4 руб. Неимущим гражданам при наличии справки о несостоятельности, принадлежности к медицинскому сословию медицинская помощь при лечении зубов, протезировании и введении противостолбнячной сыворотки предоставлялись льготы. Справки выдавались полицмейстером.

В сентябре 1901 г. в г. Хабаровске открылся съезд врачей Приморской и Амурской областей. На него прибыли 32 врача, из них 21 – из г. Хабаровска. Программа съезда включала вопросы об инфекционной заболеваемости, по проблемам сельской медицины, подготовке кадров медицинского персонала, по штатному расписанию медицинских работников, поднимались вопросы, касающиеся клинической медицины, быта врачей [8].

Таким образом, процесс институциональных преобразований российской системы здравоохранения вызывал ее социальные изменения, в свою очередь, социальные изменения в обществе и системе требовал перемен в самом институте здравоохранения. Основным критерием преобразований являлся низкий уровень доверия со стороны населения. В то же время, с XVIII в. до периода функционирования модели Семашко соблюдалась преемственность в принципах организации системы здравоохранения. Это создавало условия для успешного ее функционирования на протяжении длительного периода.

Литература и источники:

1. Григорьева, Н. С. Социальная политика в России и в мире: востребованность социального качества / Н. С. Григорьева // Мир перемен. – 2008. – № 1. – С. 82 – 95.

2. Куркина, М. П. Развитие региональной системы здравоохранения в оценке качества жизни населения/ М. П. Куркина. – Курск. – 2008. – 202 с.

3. Пономарев, А. В. Подготовка среднего медицинского персонала земствами Средневолжских губерний/ А. В. Пономарев, С. А. Хлебодаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 6 – С. 57 – 58.

4. Остапенко, В. М. Медицинская помощь в Смоленской губернии в конце XIX – начала XX в. / В. М. Остапенко, С. В. Нагорная // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 5. – С. 60 – 63.

5. Егорышева, И. В. Проблемы доступности медицинской помощи в дореволюционной России / И. В. Егорышева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – № 1. – С. 55 – 58.

6. Опыт внедрения новых организационно-функциональных моделей ПМСП с применением элементов экономического управления // ГлавВрач. – 2009. – № 5. – С. 66 – 68.

7. Вишневский А. Г. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса / А. Г. Вишневский [и др.] // VII Международная научная конференции «Модернизация экономики и государство». – М. – 2006. – С. 43 – 53.

8. В. А. Белозуб. К истории становления городской медицины в Хабаровском крае. / Белозуб В. А. // Здравоохранение Дальнего Востока. – 2008. – № 5. – С. 69 – 74.