

© В. Г. ПРИСЕНКО, 1997

УДК 614.2:93 (477.75)

В. Г. Присенко

ИСТОРИЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ КРЫМА

Крымский медицинский институт им. С. И. Георгиевского, Симферополь

Материалы Центрального государственного архива Республики Крым и опубликованные источники дают возможность представить динамику развития охраны здоровья на Крымском полуострове в XIX—XX веках.

С 1802 до 1920 г. Крым входил в состав Таврической губернии и состоял из 5 уездов: Перекопского, Евпаторийского, Феодосийского, Симферопольского, Ялтинского и 2 градоначальств: Севастопольского и Керченского. По состоянию на 1 января 1913 г. на территории Крыма проживало 729 тыс. человек; из них 50,3% — в сельской местности и 49,7% — в городах. По соотношению численности городского и сельского населения Крым резко отличался от Европейской России, где удельный вес сельского населения составлял 86,1%¹.

Бурное развитие капитализма во 2-й половине XIX века, ухудшение санитарного состояния городов и сел, рост эпидемий, крестьянские волнения заставили земские и городские управы самым серьезным образом отнестись к организации медицинской помощи населению. Таврическая губерния, введенная в 1864 г. местное самоуправление, положила начало развитию земской медицины. Делом охраны народного здоровья ведали губернское и уездные земства, а в городах — городские управы. Каждый уезд делился на медицинские участки со средним радиусом 13,6 версты с одним врачом и несколькими фельдшерами. Разъездная система обслуживания больных вызвала серьезные нарекания со стороны врачей, считавших, что полноценное лечение возможно только в стационаре. Около 42% амбулаторных посещений приходилось на фельдшеров (ротных), часто не имеющих даже среднего медицинского образования.

Упразднение самостоятельных фельдшерских пунктов, будучи первым актом перехода к разумной постановке земской медицины, одновременно должно было повлечь за собой замену их соответствующим числом врачебных участков². Такие факторы, как отсутствие стационаров у 29% врачебных участков, их большая площадь, малая мощность (10—15 коек) и численность уездных больниц, отсутствие специализированной помощи, устойчиво высокий радиус участка в верстах, отсутствие дорог тормозили рациональную организацию медицинской

помощи на селе, становление участковой системы. Несмотря на то что 5 врачей губернской земской больницы оказывали и специализированную помощь населению (правда, в основном городскому), из-за высокой стоимости содержания Таврической больницы в 1912 г. была закрыта. Реорганизация последней в центр специализации земских врачей не состоялась, а проблема оказания специализированной медицинской помощи решена не была.

Уровень развития земской медицины в Таврической губернии характеризуют следующие данные: численность населения на участке — 15,9 тыс., число жителей на одного врача — 12,6 тыс., число жителей на одну койку — 1,474; число амбулаторных посещений на 1000 жителей в год — 1,414, в том числе к врачам — 997; число коечных больных на 1000 жителей — 15,2; расход на медицинские нужды на одного жителя в год — 1 р. 16 к.³

В губернии периодически созывались врачебные советы и съезды врачей. На заседаниях медицинских комиссий при земских управах, на губернских съездах земских врачей, на всероссийских Пироговских съездах в течение десятилетий выработывались основы организационного построения земской медицины⁴. Если на X съезде врачей Таврической губернии в 1895 г. речь шла преимущественно о способах подачи медицинской помощи и ее разновидностях (стационарной, разъездной и смешанной), то уже в постановлении земской комиссии XI съезда земских врачей и представителей земств и городов Таврической губернии (11—18 мая 1913 г.) было отмечено: "...В интересах народного здоровья комиссия высказывается за необходимость полной бесплатности всех видов амбулаторной и больничной помощи для всего населения губернии местного и пришлого, за исключением лиц, лечение которых оплачивается учреждениями, как, например, железнодорожное, военного ведомства и др. Поэтому комиссия выражает пожелание об уничтожении какой-либо платы за лечение в тех уездах, где она еще сохранилась"⁵.

В основу врачебно-санитарного дела в городах необходимо было положить принципы, выработанные VIII Пироговским съездом: "Вся врачебно-санитарная деятельность городского управления должна быть установлена на началах обществен-

¹ Титенко А. С. В сб.: Вопросы практики и теории здравоохранения в Крымской области. Киев: "Здоров'я", 1965.

² Жежеленко А. А. Начало рационального устройства земской медицины в Таврической губернии. Симф.: Тип. Спиро, 1899. — 21 с.

³ Голяченко А. М. // Сов. здравоохран. — 1966. — № 1. — С. 66—70.

⁴ Там же.

⁵ Центральный государственный архив Республики Крым (ЦГАК), ф. 27, оп. 12, д. 815, л. 12.

Количество застрахованных (в %) от общего числа больных

Лечебное учреждение	1913 г.	1921 г.	1925 г.	1930 г.
Больницы	Не было	Не было	38,3	57,3
Амбулатории	» »	» »	65,2	82,4

ной самостоятельности, причем во всем строе она должно быть проведено исключительно коллегиальное начало, распространяющееся как на заведывание всем делом, так и на его практическое осуществление". Городская врачебная секция не могла не высказать сожаления, что во многих городах Таврической губернии отсутствуют врачебно-санитарные советы, руководящие врачебно-санитарным делом, и санитарные попечительства, которые, по мнению Пироговского съезда, разделяемому городской секцией, должны иметься в каждом самом малом городе"⁶.

Значителен вклад общественности в дело организации народного здоровья в губернии. 25 июля 1868 г. по инициативе врача военного госпиталя Г. Д. Дьенковского было организовано Таврическое медико-фармацевтическое общество, которое занималось сбором и разработкой статистических данных по заболеваниям в Симферополе, медико-санитарными вопросами, устройством лабораторий, амбулаторий. С 13 июля 1890 г. оно стало называться Обществом симферопольских врачей и к 1907 г. насчитывало в своем составе 63 врача⁷. На XI Съезде от имени общества симферопольских врачей выступил А. Н. Покровский: "Губернский съезд врачей не собирался 17 лет. А жизнь не ждет и властно выдвинула уже массу земско-медицинских вопросов, решение которых не под силу отдельным работникам. Только коллективная мысль может создать необходимую планомерность и законченность земско-медицинской работы"⁸.

Особый интерес в связи с сегодняшним переходным периодом развития представляет период НЭПа в Крыму (1922—1927 гг.), данные о котором практически не освещались в литературе⁹. Новая экономическая политика характеризовалась оживлением всей системы народного здравоохранения, возвращением старых кадров и лучших традиций земской медицины. С 1918 г. все земские, городские, частные больницы и другие лечебные заведения непосредственно подчинялись отделу народного здоровья и народного призрения правительства (СНК) Республики Таврида.

"В ноябре 1920 г. в Симферополе были организованы два аппарата: Крымздравотдел со штатом 113 человек сотрудников и Городской здравотдел с 82 сотрудниками. Ввиду выснившегося параллелизма в работе и вообще неудачной конструкции существования в одном городе двух однородных аппаратов, к 1 мая 1921 г. Горздравотдел был слит с Крымздравотделом и все сотрудники в числе 195 человек оставлены на службе, причем было образовано 13 подотделов. Ввиду крайней громоздкости аппарата и явно преувеличенного штата неоправданного объемом работы...штат был сокращен до 120 человек и число отделов уменьшено до 7"¹⁰.

Образование Центральное управление курортами Крыма (ЦУКК, 1920—1925 гг.) ведало организацией и эксплуатацией курортов, руководило работой районных курортных управлений, на него возлагалась обязанность превратить Крым во всеобщую здравницу. 7 июня 1921 г. прибывший из Москвы вместе с Д. И. Ульяновым (начальником Центрального управления курортами Крыма) нарком здравоохранения Н. А. Семашко провел совещание по вопросу реорганизации лечебного дела в Крыму и образования всероссийской здравницы. Возникла необходимость в создании единого центра по управлению охраной здоровья населения. Таким центром стал Народный комиссариат здравоохранения (НКЗдрав) Крыма, который с 11 ноября 1921 г. по 1945 г. являлся методическим, руководящим и координирующим органом городских и районных отделов здравоохранения, всех лечебных учреждений полуострова. НКЗдрав подчинялся ЦИК, его Президиуму и Совету Народных Комиссаров Крымской АССР и осуществлял в своей деятельности их постановления, директивы и задания.

С марта аппарат НКЗдрава был выделен в самостоятельную единицу и состоял из 35 человек. В его ведении имелось

⁶ Там же. — л. 24.

⁷ Симферополю 200 лет. 1784—1984. Сб. документов и материалов. Киев: Наукова думка, 1984. — 317 с.

⁸ ЦГАК, ф. 27, оп. 12, д. 815, л. 25.

⁹ Веренкина Т. Н., Токарев А. Г., Ананьина Л. А., Балаковский В. Ю. // Сов. здравоохран. — 1991. — № 10. — С. 59—62; Весь Крым: 1920—1925 (за пять лет). Юбилейный сборник. — С.: Изд-во Крым ЦИКа, 1926. — 572 с.; Четыре года Советской власти в Крыму, 1920—1924 (Крым ЦИК, Совнарком), Симф. 1924. — 409 с.

¹⁰ ЦГАК, ф. Р-26, 0.1, д. 161, л. 4.

10 районных здравотделов (по числу районов Крыма). Штаты здравотделов — от одного (Судак) до двух (Бахчисарай), трех (Карасубазар, Феодосия), четырех (Керчь, Джанкой), пяти (Ялтинский), шести (Евпаторийский, Севастопольский) и до 8 (Симферополь) человек; всего в штате аппаратов здравотделов состояло 40 человек.

На совершенствование органов управления постоянно обращалось внимание. I Всекрымский съезд окружных отделов здравоохранения (17—20 октября 1922 г.) принял решение: "все лечебно-санитарное дело Кр. ССР должно быть объединено Кр. НКЗ и находится под его наблюдением и контролем; должно быть установлено строгое разграничение в расходовании местных средств и средств, получаемых из центра; нормальные штаты здравотделов должны быть установлены для аппарата в 7 человек; райздравотделы, за исключением Бахчисарая, Карасубазара и Алушты, должны быть устранены.

Причиной создания отдела врачебной инспекции при НКЗдраве послужила "санкция к открытию частных медицинских учреждений и санкция частного предпринимательства в области здравоохранения", которая "нуждается в определении государством рамок их деятельности, надзора за выполнением законов Республики..."¹¹.

Было предложено принять все меры к скорейшей организации и проведению в жизнь единства врачебно-санитарного дела, единой медицины, вовлекая в активную и согласованную работу все существующие до сего времени отдельные медицинские организации. В учреждениях, оставшихся после сокращения, обратить внимание на правильную постановку в них дела и научного подхода к нему... В целях солидной поддержки и улучшения продовольственного снабжения признать необходимым широкое развитие со стороны окружных и районных здравотделов сельского хозяйства¹². Последнее предложение рекомендовано Минздравом Украины Минздраву Крыма также в наши дни (1995 г.).

Согласно принятым решениям здравотделы сократили свои штаты и занялись поисками источников финансирования. Часть медицинских учреждений была переведена на самокупаемость, курортов — на хозрасчет, появились платные койки, начали поступать деньги от аренды предприятий и аптек, страховые кассы были переданы здравотделам, как подотделы страховой медицины¹³.

СНК Кр. ССР постановил от 13 мая 1922 г.: "Ввести дополнительный вид страхования на лечебную помощь..."¹⁴. Помощь застрахованным, в основном по городам Крыма, как амбулаторная (70%), так и стационарная (45%) проводилась НКЗдравом Крыма и райздравотделами по соглашению со страховыми органами. Соблюдение порядка первоочередного обслуживания застрахованных привело к значительному росту среди обслуживаемого населения процента застрахованных, как это видно из табл. 1. I Всекрымский съезд также отметил, что "... прежние больничные кассы оказывали только амбулаторную помощь, сейчас рабочие, кроме амбулаторной помощи, получают в широких размерах квалифицированную стационарную помощь"¹⁵.

Все больше возрастала потребность населения в специализированных видах медицинской помощи, которые были сосредоточены в одном месте — Симферополе. Возникла сеть областных лечебных учреждений, чему немало способствовало нахождение в Симферополе медицинского факультета Крымского университета. К таким лечебным учреждениям относились Крымский радиологический институт, нервная клиника, пси-

¹¹ Там же. — л. 52.

¹² Там же. — л. 13, 14, 16.

¹³ Веренкина Т. Н., Токарев А. Г., Ананьина Л. А., Балаковский В. Ю. // Сов. здравоохран. — 1991. — № 10. — С. 59—62.

¹⁴ ЦГАК, ф. Р-26, 0.1, д. 83, л. 27.

¹⁵ Там же. — д. 6, л. 27.

Динамика развития лечебно-профилактической сети в сельской местности (Крым)

Показатель	1913 г.	1921 г.	1925 г.	1930 г.
Число больниц	22	29	30	36
Число врачебных участков	34	56	90	119
Число самостоятельных фельдшерских пунктов	35	28	10	4
Средний радиус врачебного участка, версты	13,6	11	9	8
Число жителей на 1 врачебный участок	15 500	7024	3876	3750

хиатрическая больница, ортопедическая больница, венерологический и туберкулезный диспансеры, татарская больница и консультация, Дом матери и ребенка, Пастеровский институт, протезная мастерская, институт судебно-медицинской экспертизы и др.¹⁶.

В докладе о деятельности НКЗдрава Крыма за время с 1 октября 1922 г. по 1 октября 1923 г. говорилось следующее: "Истекший год прошел под знаком неустанный приспособления, вращаясь в почву новых экономических условий... сеть лечебных учреждений, сокращаясь под давлением необходимости, сохранила, однако, в себе не только основные, но и строго специальные виды лечебной помощи крымскому населению. Отчетный год ознаменовался открытием в ряде окружных городов (за исключением Ялты) специальных амбулаторий и организации в них приемов по всем специальностям для застрахованных... Однако, если эту помощь в городах можно признать вполне удовлетворительной, то в сельских районах она находится в зачаточном состоянии и требует поэтому к себе особого внимания"¹⁷. Налицо был комплексный подход, единый взгляд на дело охраны здоровья со стороны аппарата управления НКЗдрава и страховых органов республики.

В докладе было также отмечено, что экономическое положение Республики в 1923 г. улучшилось, стало более устойчивым, чем в 1922 г. Так как все внимание, силы и средства, которых было очень мало, в первую очередь бросали на города, между основными показателями города и села получился значительный разрыв. На его ликвидацию и было в последующем направлено все внимание органов управления здравоохранением, причем приходилось выравнять получившееся искривление в смысле неравномерного обслуживания отдельных национальных групп крымского населения. Состав населения Симферополя был в тот период следующим: русских — 100 920, татар — 77 344, евреев — 23 712, караимов — 1282, немцев — 4489, остальных — 14 809¹⁸.

Немалая заслуга аппарата управления НКЗдрава Крыма была в том, что удалось организовать восстановление бывших земских больниц, старых врачебных участков и открытие новых, замену фельдшерских пунктов врачебными. Эффективность управления единого центра проявилась в более полном и лучшем медицинском обслуживании и приближении врачебной помощи к сельскому населению, о чем свидетельствует динамика развития медицинской сети на селе (табл. 2).

I Всекрымский съезд окружных отделов здравоохранения постановил: "привлечь к участию все организации, особенно профессиональные, пробуждая в них интерес к вопросам здравоохранения и активное содействие в работе"¹⁹. В сложившихся условиях НКЗдрава Крыма как центральный орган управления ищет и находит реальные пути вывода отрасли из создавшегося положения. Заключается договор от 2 декабря 1921 г., согласно которому "Наркомздрав поручает тов. Слуцкому эксплуатировать спиртово-коньячный завод, находящийся в ведении НКЗ и расположенный в гор. Симферополе, по Архивной улице, д. № 11... Наркомздраву выплачивается гарантированная прибыль от эксплуатации завода в размере ста миллионов рублей"²⁰. Устанавливаются тесные контакты с Администрацией американской помощи ("АРА"), Всемирной еврейской конференцией помощи ("ВЕРЕЛИВ"), Германским Красным Крестом и другими общественными организациями.

24 февраля 1923 г. НКЗдрав Крыма заключил договор на передачу 4-й советской хирургической больницы (бывшей немецкой) Германскому Красному Кресту сроком на 6 лет, согласно которому "25% наличного числа коек содержится за счет Красного Креста и безвозмездно предоставляются для пользования крымскому населению, 15% из них замещаются по запискам лечебного отдела НКЗ Крыма, а 10% предоставляются администрацией больницы беднейшему немецкому населению под контролем НКЗ. Остальные 75% коек эксплуатируются на принципе самокупаемости без извлечения какой-либо прибыли с тем, что могущий быть чистый доход весь поступает на улучшение медицинского и хозяйственного оборудования больницы"²¹.

В докладе о деятельности управления Красного Креста на 3-м Всекрымском съезде здравотделов в 1924 г. говорилось, что в ведении Красного Креста в Ялте находится санаторий на 60 коек, приморский дом отдыха на 100 кроватей, хирургическая и глазная больницы с амбулаториями, кожновенерическая поликлиника и магазин санитарии и гигиены; в Алуште — дом отдыха на 30 кроватей и в Керчи — электросветогрязеволечебница с рентгеновским кабинетом. На содержание всех указанных учреждений центром отпущено 242 000 руб. Общий же расход выразился в сумме 360 000 руб., частью покрытый из доходных поступлений Красного Креста²².

Переход на местный бюджет вызвал сокращение числа врачей-совместителей и детских учреждений на 50%, но заметно улучшил качество медицинского обслуживания в оставшихся. Аптечное дело, находившееся к началу 1922 г. в катастрофическом состоянии, с переходом на хозрасчет в значительной мере окрепло и расширилось²³.

Несмотря на тяжелое социально-экономическое положение полуострова, НКЗдрав и его управленческий аппарат в целом правильно определили тактику выхода из трудного положения, применив комплексный системный подход для решения насущных задач медицинского обеспечения населения Крыма.

На 3-м Всекрымском съезде здравотделов 14 октября 1924 г. народный комиссар здравоохранения Крыма доктор Чапчакчи отметил, что в течение последних 3 лет организационная работа здравоохранения прошла несколько этапов. До 1922 г. все здравоохранение содержалось исключительно на средства, высылаемые из центра. После 1922 г. все дело здравоохранения перешло на местные средства, несмотря на то что это вызвало панику и опасения²⁴. Съезд отметил, что все медицинское дело должно быть сосредоточено в едином органе НКЗдрава, а курортное дело — в Главном курортном управлении при НКЗдраве. Как было отмечено, положение медицинских работников, хотя и нельзя признать вполне удовлетворительным, но во всяком случае значительно лучше против прежних лет, когда они получали содержание по госминимуму и в совзнаках. В настоящее время с переходом на твердую валюту при соотношении 1:8 медицинские работники в Крыму в отношении зарплаты поставлены в значительно лучшие условия по сравнению с другими губерниями и республиками²⁵.

Стабилизация социально-экономической обстановки на полуострове нашла отражение в принятых II Всекрымским съездом врачей (1926 г.) решениях по дальнейшему усовершенствованию аппарата управления службой здоровья. Речь шла об "усилении увязки деятельности здраворганов и госкурортов в целях осуществления единого руководства, исправления и

¹⁶ Десять лет Советского Крыма. Симферополь: Крымское государственное изд-во, 1930. — 557 с.

¹⁷ ЦГАК, ф. Р-26, 0.1, д. 177, л. 26.

¹⁸ Там же. — д. 103, л. 57.

¹⁹ ЦГАК, ф. Р-26, 0.1, д. 6, л. 13.

²⁰ Там же. — д. 95, л. 8.

²¹ Там же. — д. 103, л. 2.

²² Там же. — д. 171, л. 42.

²³ Там же. — д. 272, л. 27.

²⁴ Там же. — д. 171, л. 2.

²⁵ Там же. — л. 27.

избежания параллелизма в работе". Отмечалось, что "по мере укрепления местных здраворганов необходимо проведение дальнейшего расширения их функций, прав наряду с усилением ответственности за постановку дела здравоохранения, одновременно усилив централизованное оперативное руководство в отношении планирования, контроля и регулирования дела здравоохранения в Крыму"²⁶. Принятые 70 лет назад управленческие решения не утратили своей актуальности и в наши дни.

К сожалению, наметившиеся успехи в достижении служб здоровья, их перестройке в условиях НЭПа так и не были реализованы из-за свертывания новой экономической политики, включающей элементы "государственного капитализма", "частного интереса", "частной торговли", "свободной промышленности и торговли", "цивилизованной" кооперации.

Нельзя не согласиться с оценкой деятельности структур Крыма по охране здоровья населения в этот период, данной Т. Н. Веренкиной и соавт.: "Опыт показывает, что органы здравоохранения на местах, мобилизовав все ресурсы, введя строгую экономию и контроль, изыскав новые источники финансирования, твердо веря в правильность взятого курса, сумели в достаточно короткий срок перевести здравоохранение на новую концептуальную модель"²⁷. С окончанием периода

²⁶ Там же. — д. 360, л. 23.

²⁷ Веренкина Т. Н., Токарев А. Г., Ананьина Л. А., Балаковский В. Ю. // Сов. здравоохр. — 1991. — № 10. — С. 59—62.

НЭПа экономические рычаги управления системой здравоохранения были утеряны.

Характеристика состояния здравоохранения и управления им в последующие годы в Крыму подробно описана в ряде публикаций и свидетельствует о преобладании количественных показателей и об экстенсивном пути развития. Что же касается качественной стороны медицинской помощи и управления системы охраны здоровья, то они находились на невысоком уровне. Плановая экономика, остаточный принцип финансирования, ограниченные жесткие бюджетные рамки, низкая эффективность управления, громоздкий аппарат, жесткая централизация управления, непрофессионализм руководителей, административно-командный стиль руководства, преобладание лечебной медицины над превентивной не способствовали достижению главной цели — сохранению, а главное укреплению здоровья всех членов общества.

Тем не менее сегодня важно сохранить наработанный за долгие годы нашей медициной признанный во всем мире первичную медико-санитарную помощь, скорую медицинскую помощь, систему оказания медицинской помощи рабочим промышленных предприятий, а также нашего мыслящего врача-энтузиаста, воспитанного в лучших традициях отечественной медицины.

Без преемственности, осознания реальной действительности, учета местных особенностей, уважения к научному багату, традициям и, конечно, историческому опыту, мы обречены на неудачу в вопросах реформирования системы здравоохранения.

Поступила 19.06.96