

А. В. Фадеев

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР В ПОСЛЕВОЕННЫЕ ГОДЫ

НИИ социальной гигиены, экономики и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко РАМН, Москва

Послевоенные годы (конец 40-х — начало 50-х годов) оказались трудными для здравоохранения страны. Предстояло ликвидировать последствия опустошительной войны, восстановить разрушенные лечебные учреждения, обеспечить проведение мероприятий, призванных снизить заболеваемость, повысить качество диагностической и лечебной помощи. Оснащение лечебных учреждений за годы войны износилось до крайности, сотни больниц и поликлиник размещались во временных, не приспособленных помещениях¹. Анализ работы амбулаторий и поликлиник вскрыл массу вопиющих недостатков. "Процент ошибок, фигурировавший в отчетах, — писал Е. И. Смирнов, — заставил меня обратить внимание на вопросы поисков организационных форм работы поликлинических и амбулаторных врачей, на целесообразность существования различного рода врачебных пунктов". Речь шла о поиске оптимальной формы, при которой врач мог повседневно повышать свои клинические знания на практической основе. "Но этим нельзя было ограничиваться, поскольку остался нерешенным коренной вопрос — обеспечение повседневного роста клинических знаний врачей"².

Новые требования, предъявлявшиеся в послевоенные годы к клиническому и теоретическому медицинскому дисциплинам, влекли за собой сложные и трудные штатно-организационные, научно-педагогические и научно-методические проблемы. Определение путей их оптимального решения должно было привести в соответствие качество лечебно-профилактической работы с количественными ресурсами лечебно-профилактических учреждений, в том числе с кадрами. Ставилась, в частности, задача укрепления профессорско-преподавательского состава высших и средних медицинских учебных заведений. В условиях войны в стране сформировалась довольно эффективная система (сеть) ускоренной подготовки военно-медицинских кадров.

Однако после войны встал вопрос о своего рода "конверсии" медицины, в результате чего гражданское здравоохранение получило значительное пополнение врачей, имевших дело главным образом с военной патологией³. Принятый в начале 1946 г. государственный пятилетний план предусматривал для здравоохранения рост числа больничных коек, расширение сети поликлиник, детских и женских консультаций, других лечебно-профилактических учреждений. Требовались, как считал Е. И. Смирнов, назначенный в 1947 г. министром здравоохранения, и качественные изменения, особенно в амбулаторно-поликлиническом обслуживании населения.

В целях повышения качества медицинского обслуживания населения Минздрав СССР приступил к проведению реформы, стержнем которой являлось объединение больниц и поликлиник. Решение об этом было принято в мае 1947 г. на состоявшемся в Москве совещании актива работников здравоохранения после доклада Е. И. Смирнова. К осуществлению принятого решения Минздрава СССР приступил уже в конце 1947 г.

"Невозможно заниматься профилактикой болезней, не зная и не изучая причин и условий их возникновения", — обосновывал Е. И. Смирнов необходимость объединения больнично-поликлинических звеньев⁴.

В конце 1947 г. Минздрав страны начал объединять амбулатории и поликлиники с соответствующими больницами. Участковый врач объединенного учреждения должен был сочетать работу в стационаре с одним из разделов поликлинического обслуживания населения, следовательно, вести прием в поликлинике или обслуживать больных на дому, а также проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия на участке. Объединение создавало условия для ликвидации отставания амбулаторной помощи от достижений медицинской науки. Откры-

лись большие возможности для внедрения диспансерного метода обслуживания населения.

В 1949 г. в соответствии с постановлением правительства был издан приказ министра здравоохранения № 870, которым была введена новая номенклатура лечебно-профилактических учреждений и установлены их типовые категории по мощности в зависимости от числа коек. Определен терапевтический участок с населением в 4000 человек.

Типовыми лечебными учреждениями были признаны:

- больница с поликлиникой;
- больница при промышленном предприятии, входящая в состав медико-санитарной части с поликлиникой;
- детская больница с детской консультацией, детской поликлиникой;
- родильный дом с женской консультацией;
- диспансер с соответствующим стационарным учреждением.

Несомненно, эта реформа повысила качество медицинского обслуживания городского населения. Значительно повысилась квалификация врачей больниц и поликлиник, что позволило улучшить медицинское обслуживание, особенно диагностику заболеваний.

Анализ многочисленных материалов позволил коллегии Минздрава уже в 1948 г. отметить, что указания по улучшению лечебно-профилактической помощи городскому населению в основном выполняются правильно. Наиболее активно и целенаправленно работа по объединению больниц и поликлиник проходила в Ленинграде и городах Украины. Вместе с тем, несмотря на имеющиеся успехи, при объединении больниц с поликлиниками было допущено много ошибок, которые в последующем заметно ослабили внебольничную помощь населению, об этом, в частности, писала газета "Медицинский работник".

Как в начале реформы, так и в ходе ее проведения Смирнов, по его словам, неизменно сталкивался с недоверием и настороженным отношением ко всем его инициативам⁵. Неудивительно: "Решение организационных вопросов всегда представляло... большие трудности..." — считал Е. И. Смирнов. Во-первых, организация всегда сопровождается или серьезными изменениями, или полным отрицанием существующего, привычного... Во-вторых, организация всегда выходит за рамки существа дела... В-третьих, организация сложнее, шире и глубже, чем научное открытие...⁶

Среди работников аппарата министерства, части руководителей и администрации медицинских органов и учреждений здравоохранения было немало тех, кто выражал "сожаление по поводу ломки привычного... настороженность к новому и непривычному..."⁷. Это вполне понятно. Е. И. Смирнов имел за плечами специфический опыт руководства военной, а не гражданской медициной. "Получив богатейший опыт в военно-медицинском обеспечении боевых действий войск, — писал он сам, — я оказался новичком на поприще гражданского здравоохранения"⁸. Вместе с тем, будучи глубоко интеллигентным человеком, он никогда не делал ставку на жесткие, авторитарные методы администрирования, всякий раз убеждая людей, разъясняя свою принципиальную позицию. Справедливости ради, стоит отметить, что сроки на реализацию реформы отводились нереальные — 4 года. В ходе реформы 1947—1952 гг. Е. И. Смирнов и его заместители М. Д. Ковригина, А. Н. Шабанов, Н. А. Виноградов непрерывно вели поиск путей эффективного использования ресурсов здравоохранения для повышения качества лечебно-профилактического дела с учетом возраставших требований времени.

На первый план сразу выдвинулась проблема интегрального критерия оценки деятельности учреждений здравоохранения.

⁵Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 406.

⁶Смирнов Е. И. Организация и тактика санитарной службы. — М., 1942. — С. 7.

⁷Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 407.

⁸Там же. — С. 91.

¹Трофимов В. В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. — М., 1967. — С. 58—59.

²Смирнов Е. И. Очередные задачи Министерства здравоохранения СССР // Советская медицина. — М., 1948. — С. 1—6.

³Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 92.

⁴Смирнов И. И. Очередные задачи Министерства здравоохранения СССР // Советская медицина. — М., 1948. — С. 1—6.

Выбрать ту единственно верную форму, которая бы соответствовала потребностям дня, было не легко, писал Смирнов: "...тогда можно рассчитывать на успех и долгую жизнь дела, когда учитываются условия, имеющие отношение к сущности дела, когда специально взвешиваются положительные стороны и имеются доказательства их абсолютного преобладания над отрицательными"⁹.

Однако вскоре после начала реформы выявились и негативные стороны.

Во-первых, была допущена явная недооценка значения поликлинического звена в обслуживании населения. "Учитывая огромную роль конкретных условий и индивидуальных особенностей человека в патогенезе заболеваний, правомочно утверждать, что контингент больных, которые должны лечиться в поликлиниках от начала и до конца заболевания, можно увеличить, а число больных, нуждающихся в стационарном лечении, уменьшить.

Решить это можно только совместными усилиями врачей больниц и поликлиник"¹⁰.

Во-вторых, зачастую с одной больницей объединяли сразу несколько поликлиник, в том числе расположенных непомерно далеко друг от друга. Это приводило к тому, что во многих городах поликлинические врачи редко попадали на работу в стационары, а при организации работы по двухзвенной системе (в стационаре и поликлинике ежедневно) они испытывали серьезные трудности из-за необходимости преодоления больших расстояний между поликлиникой и стационаром.

В-третьих, после объединения лечебных учреждений плановые и финансовые органы автоматически начинали рассчитывать все экономические показатели в расчете на больничную койку, что тормозило рост медицинского и обслуживающего персонала поликлинических отделений, а также развитие их материальной базы.

Как бы то ни было, несмотря на обилие, казалось бы, неразрешимых проблем, реформа мало-помалу набирала обороты. В систематических докладах А. А. Жданову Е. И. Смирнов писал, что для повышения качества работы медицинских учреждений и создания организационных мероприятий, которые в наибольшей степени могли бы способствовать быстрому освоению молодыми врачами достижений клинической медицины, необходимо объединить больницы с поликлиниками. "Дальнейшее совершенствование этих организационных форм, — писал Смирнов, — я видел в целенаправленном планировании развития здравоохранения и соответствующем строительстве больниц, в состав которых входили бы поликлиники"¹¹.

Энергично отстаивая идею реформы, Е. И. Смирнов определил необходимые условия ее проведения. Они сводились к следующему:

— главные врачи больниц и поликлиник должны иметь не менее 2 лет стажа работы по специальности;

— узаконение в поликлиниках городского типа должности участкового врача; разукрупнение врачебных участков, в первую очередь территориального предназначения;

— замена в сельских (аграрных) районах врачебных участков акушерско-фельдшерскими и фельдшерскими пунктами, увеличение числа врачей-специалистов разных направлений, а также улучшение материально-технической оснащенности больниц;

— увеличение количества поликлиник с постановкой работы этого главного звена органов здравоохранения на более высокую ступень.

"Поднять на более высокий уровень лечебно-профилактическую работу органов и учреждений здравоохранения нельзя, — писал Смирнов, — не поставив на более высокую ступень работу его главного звена — поликлиники"¹². Поликлиника — понятие емкое, имеющее превосходство над всеми более низкими степенями. Специальность участкового врача сложнее любой другой врачебной специальности. Он должен иметь значительный стаж работы и, что не менее важно, квалифицированного начальника. Поликлиника, как строение, должна соответствовать потребностям во врачебных кабинетах, регистратуре, помещениях для пациентов, ожидающих приема, местах хранения

первичных документов и т. д. Объединение больниц и поликлиник непосредственным образом увязывалось с подготовкой больничных и участковых врачей, отсюда планировать сроки завершения реформы возможно было лишь сугубо ориентировочно.

К 1950 г. объединение коснулось 30% консультаций и поликлиник¹³. В то же время становилось очевидным: двух- и трехзвенная система организации работы врачей (стационар—поликлиника—помощь на дому) не оправдывает себя. Ежедневная занятость врачебного персонала в стационаре сокращала время на амбулаторное обслуживание больных, зачастую приводила к срыву рабочего графика. Как следствие, неизбежно снижалось качество профилактической работы и медицинского обслуживания населения. Имели место определенные упущения в госпитально-терапевтической и хирургической помощи. Кроме того, значительно возрос поток бумажно-оперативной и учетной документации¹⁴. До некоторой степени неудачи реформы можно объяснить нестабильным финансированием (остаточный принцип), инертностью местных кадров, а также поступающей в министерство недостоверной информацией (завышение показателей)¹⁵. Но была и причина объективного свойства, преодолеть которую не представлялось никакой возможности: больницы и поликлиники располагались, как правило, на значительном удалении друг от друга. Давала о себе знать и прежняя обособленность клиник от сети лечебно-профилактических учреждений. Сказалось и то, что медицинские учреждения — органический элемент сети учреждений общественного обслуживания, формирующейся на основе систем расселения.

Тем не менее, несмотря на известные минусы, реформа имела весьма крупное значение для развития отечественной лечебной медицины. За эти годы значительно повысилась квалификация врачей больниц и поликлиник, учебные медицинские заведения приступили к выпуску более квалифицированных специалистов, что позволило улучшить медицинское обслуживание. Так, резко снизилось число так называемых "симптоматических" диагнозов. В 1947 г. с диагнозами "лихорадочное состояние", "сердечная слабость", "асцит" и других были направлены в стационар 45% больных, в 1951—1952 гг. — только 2%.

Расхождение терапевтических поликлинических диагнозов с клиническими уменьшилось с 20% в 1947 г. до 14% в 1952 г.¹⁶. Резко возросла госпитализация больных с острыми заболеваниями, требующими экстренного хирургического вмешательства (в период реформы при больницах были созданы специальные отделы экстренной хирургической помощи). В 1949 г. в первые сутки от начала заболевания были госпитализированы 38,8% таких больных, на вторые — 61,2%. В 1952 г. в первые сутки госпитализированы 62,5% таких больных, на вторые — 37,5%¹⁷. "Иначе говоря, первые шаги работы объединенных медицинских учреждений на протяжении 2 лет дали достаточно оснований для вывода, что объединение больницы с поликлиникой, родильного дома с поликлиникой и с консультацией, а детской больницы с консультацией и поликлиникой сделало эти учреждения способными повысить эффективность своей работы, резко поднять уровень медицинского обеспечения населения, снизить смертность среди заболевших, коренным образом улучшить качество работы поликлиник и оказания помощи на дому, сократить количество больных, нуждающихся в лечении в больницах, и больничных хирургических операций, которые могут быть сделаны в хорошо организованных поликлинических операционных"¹⁸.

Объединение больниц и поликлиник явилось попыткой осуществить единый принцип в лечении больных, позволявший, как тогда мыслилось, рационально сочетать амбулаторное лечение со стационарным, в более полном объеме применять но-

¹³Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 406—408.

¹⁴Пути развития советского здравоохранения в послевоенные годы // Советское здравоохранение. 1952. — № 5. — С. 3—12.

¹⁵Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 88; 407.

¹⁶Захаров Н. А. Итоги работы объединенной Сасовской районной больницы Рязанской области // Советское здравоохранение. — 1953. — № 5. — С. 44—46.

¹⁷Захаров Н. А. Итоги работы объединенной Сасовской районной больницы Рязанской области // Советское здравоохранение. — 1953. — № 5. — С. 44—46.

¹⁸Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 316; Эльперин Е. С. Некоторые показатели работы городских объединенных больниц Московской области // Советское здравоохранение. — М., 1951. — С. 28—30.

⁹Смирнов Е. И. О некоторых организационных вопросах полевой санитарной службы // Военно-санитарное дело. — 1943. — № 5—6. — С. 7—8.

¹⁰Смирнов Е. И. Очередные задачи Министерства здравоохранения СССР // Советская медицина. М., 1948. — С. 1—6.

¹¹Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 99.

¹²Смирнов Е. И. Очередные задачи Министерства здравоохранения СССР // Советская медицина. — М., 1948. — С. 1—6.

вейшие методы лечения, планировать оздоровительные мероприятия, увеличивать посещение больных на дому.

В принципе реформа создала условия для повышения квалификации поликлинических врачей, проверив на деле двух- и трехзвенную системы организации работы, позволив прийти к более рациональной — системе чередования, экономящей время врачей для более эффективного обслуживания больных. В 1951 г. в городах было объединено около 99% общих больниц, 89% — детских и инфекционных. Взамен 21 тыс разрозненных лечебных учреждений, существовавших в 1947 г., было создано 5514 объединенных больниц и 1059 специализированных диспансеров со стационарами при них.

Одним из положительных результатов реформы было включение санитарно-эпидемиологических станций в больнично-поликлинический комплекс, что привело к заметному улучшению санитарно-эпидемиологического контроля¹⁹.

Кроме того, объединение больнично-поликлинических учреждений повысило квалификацию врачей амбулаторно-поликлинических учреждений; значительно улучшилась диагностическая работа, что повлекло за собой резкое возрастание процента госпитализации больных, которым это было необходимо. Так, например, в Свердловской области госпитализация больных с крупозной пневмонией увеличилась с 69,2% общего числа больных до 100%, с гипертонической болезнью — с 9 до 19,3%²⁰.

Вместе с тем проведенная реформа — объединение больниц и поликлиник, со всей очевидностью выявила несовершенство устройства сети учреждений здравоохранения и необходимости ее серьезной перестройки. Приказом Минздрава № 870 от 21 ноября 1959 г. "Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения" устанавливалось,

¹⁹Петровский Б. В. Советское здравоохранение за 50 лет. — М., 1973. — С. 27; Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953). — М., 1989. — С. 151—231.

²⁰Ясакова О. И. Опыт работы объединенных больниц в Свердловской области // Советское здравоохранение. — 1955. — № 4. — С. 8—14.

что типовыми лечебно-профилактическими учреждениями являются больницы с поликлиникой, больницы при промышленном предприятии, входящая в состав медико-санитарной части с поликлиникой; детская больница с детской консультацией и детской поликлиникой; родильный дом с женской консультацией; диспансер с соответствующим стационарным учреждением. Одновременно с этим утверждались примерная структура распределения больничных коек в городах по специальностям и примерная структура городского врачебного участка²¹.

Тем не менее фактически реформа не была доведена до логического конца. Не был закончен пересмотр дислокации всех стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений по городам, не установлено правильное соотношение стационарных и амбулаторно-поликлинических отделений, не проведено профилирование коечного фонда в полном объеме.

При всех недостатках и ошибках, имевших место в практике объединения в те годы, опыт органов и учреждений здравоохранения свидетельствует об огромном положительном значении этой важной реформы. К 1953 г. в основном удалось ликвидировать санитарные последствия войны, существенно снизилась заболеваемость туберкулезом, малярией и венерическими заболеваниями. Прделана громадная работа по совершенствованию организации гражданского здравоохранения. Е. И. Смирнов научно обосновал и осуществил на практике ряд важных мер, направленных на повышение качества и эффективности работы лечебно-профилактических учреждений, решающее значение в этом направлении имела реформа — объединение больниц с поликлиниками.

Оценивая с позиции сегодняшнего дня реформу объединения больниц с поликлиническими учреждениями, можно с уверенностью сказать, что она была необходимой и своевременной. Сопровождавшие эту реформу мероприятия позволили в короткие сроки поднять медицинское обслуживание в стране на новый уровень.

Поступила 25.10.00

²¹Артемьев А. Ф., Ермолаев И. Справочник по организации здравоохранения. Основные постановления Правительства и ведомственные материалы. — М., 1950.