

## ПРЕОБРАЗОВАНИЯ В СЕЛЬСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ ПОСЛЕ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН, Москва

В 1945 г. окончилась Великая Отечественная война, нанесшая огромный ущерб стране, в том числе сельскому хозяйству. В марте 1946 г. был принят четвертый пятилетний план, который намечал, в частности, "восстановить пострадавшие районы страны, восстановить довоенный уровень промышленности и сельского хозяйства и затем превзойти этот уровень в значительных размерах"<sup>1</sup>.

Многое предстояло сделать после войны и в сельском здравоохранении. Здесь регистрировалось явное отставание уровня оказания медицинской помощи от возросших потребностей в ней в сельских районах. Это отставание явилось следствием организационных просчетов, в частности, недооценки роли и значения районных больниц и вообще специализированной помощи. Отмечались недостаточная обеспеченность сельских больниц врачами-специалистами, слабая оснащенность сельских лечебно-профилактических учреждений медицинским оборудованием и инструментами.

Перед Минздравом СССР, который в 1947 г. возглавил Е. И. Смирнов, была поставлена задача — в короткие сроки так организовать лечебно-профилактическое обслуживание сельского населения, чтобы медицинская помощь соответствовала требованиям науки и была максимально доступной жителям сельских районов. Решение этой задачи должно было, как считалось, ликвидировать разрыв между городом и деревней. Однако участковые больницы, несмотря на их многочисленность, не могли стать базой для решения поставленных задач, а имевшиеся районные больницы не были способны обеспечить потребности сельского населения в квалифицированной специализированной помощи.

Для исправления сложившейся ситуации был принят ряд мер. Приказом Минздрава СССР № 369 от 15 сентября 1947 г. были определены структура и нормативы<sup>2</sup> лечебно-профилактических учреждений в районных центрах и типовые штаты сельских районных и участковых больниц. Делалось это для приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению и повышения качества лечебно-профилактической работы. Правда, к решению этого вопроса подходили более чем осторожно: число коек в районных больницах определяли в зависимости от численности населения в районе. Это, как пояснял Е. И. Смирнов<sup>3</sup>, диктовалось трудностями в предоставлении помещений для развертывания медицинских учреждений. Специально для оснащения сельских районных больниц Минздрав СССР в 1948 г. закупил хирургический инструментарий и оборудование на 50 млн руб.

При разработке структуры и нормативов лечебно-профилактических учреждений и типовых штатов медицинского персонала серьезное внимание было уделено сокращению мелких больниц. Приказ № 431<sup>4</sup> предусматривал объединение некоторого количества больниц в городах и районных центрах с поликлиниками (амбулаториями). Такая реорганизация началась в октябре 1947 г. и на первом этапе имела экспериментальный характер. На 11 августа 1947 г. в стране было более 13 000 больниц и более 10 000 городских и районных поликлиник и амбулаторий<sup>5</sup>. В это число не входили самостоятельные медицинские пункты различного профиля во главе с врачом. Как считал Е. И. Смирнов, без них в первые годы реорганизации сельского здравоохранения нельзя было обойтись, но и нельзя было оставлять без внимания отсутствие в них надлежащих условий для повышения квалификации врачей<sup>6</sup>.

Реорганизация сельского здравоохранения предусматривала увеличение количества врачебных участков, причем все врачебные участки становились больничными: в составе каждого уча-

стка предусматривалась больница с амбулаторией, аптека, фельдшерско-акушерские пункты. В каждом районном центре, расположенном в сельской местности, проектировалось развернуть больницу на 25—30 коек с терапевтическими, хирургическими (в том числе с глазными), акушерско-гинекологическими и инфекционными койками; амбулаторию при больнице с приемами по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии, педиатрии (в виде объединенной женско-детской консультации), по зубным болезням, туберкулезу и кожно-венерическим заболеваниям; санитарно-эпидемиологическую станцию и ясли. Что касается районных центров, расположенных в городах, то в городской больнице выделялось 25—30 коек для сельских жителей, а в городской поликлинике организовывали врачебные приемы по указанным выше специальностям для сельского населения. Предполагалось в каждой районной поликлинике или амбулатории развернуть физиотерапевтический кабинет и клинико-диагностическую лабораторию, а половину районных больниц обеспечить рентгеновскими кабинетами.

Намечалось организовать и специализированную помощь. Так, помощь по нервным болезням<sup>7</sup>, заболеваниям органов слуха, зрения и другим предполагалось осуществлять в межрайонных больницах и поликлиниках, которые предусматривалось развернуть по одной на каждые 3—5 районов. Правда, не совсем продуманным было то, что для оказания специализированной медицинской помощи сельскому населению во всех районных центрах рекомендовалось иметь по 25—30 коек: последующая практика показала, что это было неверно.

По плану развития здравоохранения в четвертой пятилетке (1946—1950 гг.) общее число больничных коек в сельской местности увеличивалось со 193 000 в 1945 г. до 301 700 в 1950 г. Это повышало показатель обеспечения коечной помощью с 1,75 койки на 1000 человек населения в 1945 г. до 2,38 в 1950 г. без учета обслуживания сельского населения городскими койками и до 2,75 койки с учетом использования сельским населением городских коек. Число аптек в сельских местностях предполагалось увеличить с 5880 в 1945 г. до 7936 в 1950 г.<sup>8</sup>

Пятилетний план развития здравоохранения 1946—1950 гг., в том числе задачи по укреплению сельского здравоохранения, был обсужден на Всесоюзном совещании руководящих работников здравоохранения, состоявшемся в Москве 29 мая — 1 июня 1946 г.<sup>9</sup> Для выполнения решений, принятых на совещании, были изданы нормативно-правовые документы: положение "О подготовке врачей-специалистов для сельских районных больниц" и приказ министра здравоохранения СССР № 369 от 15 сентября 1947 г. "О структуре и нормативах лечебно-профилактических учреждений в сельских районных центрах и типовых штатах медицинского персонала сельских участковых и районных больниц". Изданию этого приказа предшествовал приказ Минздрава СССР № 201 от 29 мая 1947 г. "Об улучшении медицинского обслуживания сельского населения".

Все это служило основанием для проведения крупной реформы — реорганизации сельского здравоохранения.

Минздрав СССР предпринял попытку создать стройную, рациональную систему оказания специализированной медицинской помощи сельскому населению, установив структуру медико-санитарной организации в районном центре, основным звеном которой являлась районная больница.

Был установлен перечень специальных отделений с указанием числа коек в них: во всех сельских районных больницах следовало иметь терапевтическое, хирургическое, инфекционное и родильное отделения, а детское отделение и отделение по другим специальностям предусматривались там, где население района превышало 21 тыс. человек. Кроме того, был определен перечень приемов (кабинетов) по отдельным специальностям в

<sup>1</sup>Закон о четвертом пятилетнем плане восстановления и развития народного хозяйства СССР на 1946—1950 гг. Принят 18 марта 1946 г. Верховным Советом СССР (Решения партии и правительства по хозяйственным вопросам. — М., 1968).

<sup>2</sup>Справочник организатора здравоохранения. — М., 1950 г.

<sup>3</sup>Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953 гг.). — М., 1989. — С. 235.

<sup>4</sup>Об объединении части больниц в городах и районных центрах с поликлиниками (амбулаториями)".

<sup>5</sup>ЦГАРФ, ф. 8009, оп. 1, ед. хр. 644, с. 137—138.

<sup>6</sup>Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953 гг.). — М., 1989. — С. 235.

<sup>7</sup>Это были особенно важные направления, поскольку, по статистике, Великая Отечественная война повлияла именно на увеличение частоты нервных заболеваний, а также заболеваний органов слуха и зрения среди населения, особенно среди детей.

<sup>8</sup>Здравоохранение в четвертой пятилетке. Сов. здрав. — 1945. — № 10—11.

<sup>9</sup>Советское здравоохранение на новом этапе. (К итогам Всесоюзного совещания руководящих работников). Сов. здрав. — 1946, № 7—8. — С. 1—9.

амбулаториях (поликлиниках) районных больниц указанных категорий. Помимо отделений в стационаре и кабинетов по основным специальностям, предусматривалось иметь в каждой районной больнице рентгеновский кабинет, клинико-диагностическую лабораторию, физиотерапевтический кабинет, зубо-протезную лабораторию. В состав районной больницы были включены (на правах отделений или кабинетов) поликлиника или амбулатория и ранее самостоятельные противотуберкулезные и венерологические диспансеры, другие лечебно-профилактические учреждения.

В медико-санитарную организацию, помимо районной больницы, должны были входить аптека, санитарно-эпидемиологическая станция, противомаларийная станция, женско-детская консультация в районах с населением от 10 до 35 тыс. человек, а в районах с большим числом жителей — отдельно женская и детская консультации, детская молочная кухня, ясли. Если в районе проживало более 50 тыс. человек, то в районном центре организовывалась и станция скорой медицинской помощи. Все это были типовые медико-санитарные учреждения. В отдельных районах в зависимости от местных условий, кроме того, разрешалось открывать туберкулезные и венерологические больницы, санатории, венерологические и трахоматозные диспансеры и т. д. (с разрешения Минздрава союзной республики).

Приказом Минздрава СССР № 369 от 15 сентября 1947 г. были установлены типовые штаты медицинского персонала (врачей и средних медицинских работников) для всех сельских больниц с амбулаториями (поликлиниками) при них. При этом следует отметить, что в сельских больницах, насчитывающих 15—25 коек, были предусмотрены отдельно лишь родильные и инфекционные койки, а койки по терапии и хирургии включались в число так называемых "общих коек" (т. е. по всем специальностям); только в больницах с 25 койками они выделялись отдельно, а начиная с 35-коечной больницы выделялись детские койки и открывались хирургические и терапевтические отделения.

При проводимой реорганизации предусматривалось, что заведующие терапевтическими и хирургическими отделениями стационара одновременно будут заведовать соответствующими кабинетами амбулатории с целью сохранения преемственности во врачебном наблюдении за больными (в городах это было проведено позднее). Кроме того, заведующий детской консультацией являлся одновременно и районным педиатром, руководившим всей лечебно-профилактической помощью детям в районе.

Улучшению лечебно-профилактического обслуживания детей и женщин уделялось особое внимание. На врача-педиатра районной детской консультации была возложена обязанность проводить прием детей старшего возраста в амбулатории и обслуживать больных детей всех возрастов в стационаре. Такое же положение было установлено и в отношении врача-гинеколога, который должен был вести прием беременных и больных женщин в женской консультации, работать в родильном отделении и оказывать помощь гинекологическим больным в стационаре.

Сельским районным больницам было вменено в обязанность оказывать основные виды квалифицированной стационарной и амбулаторной медицинской помощи больным обслуживаемого ими района, присылаемым с врачебных участков, для чего намечалось значительно улучшить их оснащение медицинским инструментарием и оборудованием. Следовало также организовать плановые выезды специалистов для оказания консультативной помощи сельским участковым врачам, а также для проведения в случае необходимости хирургических операций.

Перед районной больницей была поставлена задача не только осуществлять лечебные функции, но и проводить совместно с другими районными медицинскими учреждениями необходимые лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия, направленные на снижение заболеваемости в районе.

Таким образом, районной больнице был придан статус районного организационно-методического центра, руководящего лечебно-профилактической работой сельских участковых больниц и врачебно-амбулаторных пунктов. В круг обязанностей сельских районных больниц было включено и принятие мер по повышению квалификации сельских участковых врачей и средних медицинских работников.

Значительную роль в организации специализированной медицинской помощи сельскому населению призваны были играть областные (краевые) больницы. В их задачи входило в основном оказание тех видов квалифицированной помощи, включая консультативную, которые не могут быть оказаны в сельских участковых, районных и городских больницах, а также неотложной помощи с использованием санитарной авиации. Областные больницы должны были руководить лечебно-профи-

лактическим обслуживанием населения и контролировать качество медицинской помощи.

Вопросы реорганизации сельского здравоохранения обсуждались в те годы на многих совещаниях, съездах и заседаниях<sup>10</sup>. Министр здравоохранения Е. И. Смирнов внимательно читал тезисы докладов и отчеты, рассматривал выдвигающиеся предложения по улучшению медицинского обслуживания и работе лечебно-профилактических учреждений<sup>11</sup>. Он, например, отмечал особенно серьезные недочеты: недостаточную дифференциацию сельской коечной сети, слабую обеспеченность районных больниц специалистами, выделение в больницах с числом коек 25 и более терапевтической помощи как самостоятельной специальности и пр.

В конце 1947 г. в здравоохранении началась реформа — объединение больниц с поликлиниками. Делалось это в соответствии с приказом министра здравоохранения СССР Е. И. Смирнова за № 431 от 24 октября 1947 г.<sup>12</sup>.

Этим приказом было разрешено объединять амбулатории и поликлиники с соответствующими больницами как в городах, так и на селе.

Основы организации специализированной медицинской помощи сельскому населению и направление деятельности сельских медицинских учреждений были регламентированы рядом специальных положений и инструкций Минздрава СССР и министерства здравоохранения союзных республик<sup>13</sup>. В последующие годы были подведены первые итоги реорганизации сельского здравоохранения.

Ассигнования на строительство сельских больниц в этот период времени возрастали. Так, в 1948 г. они составляли 4,3 млн руб., в 1949 г. — уже 88,79 млн руб., а в 1950 г. достигли 132,5 млн руб.<sup>14</sup>. Сельский врачебный участок во многих сельских районах уступил место сельской участковой больнице, расположение которой и число коек в ней определялись расстоянием от районной больницы и численностью населения на участке. Укреплялось и низшее звено — фельдшерско-акушерские пункты.

Правда, при объединении больниц и амбулаторий (поликлиник) как в городе, так и на селе возникли трудности и был выявлен ряд существенных недочетов. Чаще всего трудности возникали в связи с тем, что не учитывалось расположение больниц и поликлиник по отношению друг к другу. Зачастую больницы и поликлиники располагались отдельно и на разных расстояниях друг от друга. Кроме того, их мощности по числу коек и отделений в больницах, а также по числу посещений поликлиник, как правило, не совпадали. Это в большей или меньшей мере отрицательно отражалось на работе врачей объединенных учреждений.

Состоявшееся в 1949 г. Всесоюзное совещание, посвященное медицинскому обслуживанию сельского населения, выдвинуло основные задачи в области сельского здравоохранения. Сельский врачебный участок должен был стать таким медицинским учреждением, где жители деревни могли получить специализированную и квалифицированную врачебную помощь. За снижение заболеваемости сельского населения должны бороться в едином комплексе участковая, районная и областная больницы вместе с районной санитарно-эпидемиологической станцией. Между всеми этими учреждениями следовало установить тесную связь и строгую преемственность. Сельские больницы необходимо было оснастить лабораторным оборудованием, хирургическим инструментарием, физиотерапевтическими и рентгеновскими установками. Что касалось фельдшерско-акушерских пунктов, то их нужно было укрепить с тем, чтобы они стали форпостами участковых больниц, оказывали населению неотложную помощь и проводили профилактическую работу. В проведении санитарно-эпидемиологической работы еще большее участие должны были принимать коллективы сельских больниц. Следовало также осуществлять мероприятия по повышению квалификации и специализации участковых врачей и повышению уровня знаний среднего медицинского персонала<sup>15</sup>.

<sup>10</sup>Мельников Р. А. К вопросу о специализированной медицинской помощи сельскому населению. Сов. здрав. — 1951. — № 5. — С. 33.

<sup>11</sup>Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953 гг.). — М., 1989. — С. 399—424, 317—323.

<sup>12</sup>Сборник приказов и распоряжений МГОЗ, 1947. — № 6.

<sup>13</sup>Например: Положение о сельской районной больнице с районной амбулаторией (поликлиникой) утверждено Минздравом СССР 15 сентября 1947 г.; Положение об областной (краевой), республиканской больнице, утвержденное Минздравом СССР 28 февраля 1948 г.; Инструкция о работе сельского врачебного участка по санитарному просвещению, утвержденная Минздравом СССР 4 сентября 1948 г.

<sup>14</sup>Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953 гг.). — М., 1989. — С. 416.

Определенным этапом в развитии сельского здравоохранения стал приказ Минздрава СССР № 870 от 21 ноября 1949 г.<sup>16</sup> Утверждались новая, единая номенклатура и типовые категории медицинских учреждений, в том числе сельских медицинских учреждений. В приказе было также написано: "Обеспечить более целесообразную и удобную для населения дислокацию учреждений здравоохранения, производя в необходимых случаях обмен зданиями (помещениями), принадлежащими этим учреждениям, на другие независимо от их ведомственной принадлежности". Однако этим пользовались исключительно редко, как с сожалением отмечал впоследствии Е. И. Смирнов<sup>17</sup>.

Одной из главнейших забот органов здравоохранения в те годы было укрепление сети сельских участковых больниц. Важными задачами считались максимальное улучшение организации медицинской помощи рабочим совхозов, МТС, в частности обеспечение каждого сельсовета фельдшерско-акушерским пунктом, а также включение в штаты каждой сельской участковой больницы санитарного фельдшера с целью усиления санитарно-оздоровительной и противоэпидемической работы. В этот период, с одной стороны, значительно повысилась роль сельской участковой больницы и расширилась ее работа в области профилактики, а с другой — выросли требования к работе

больницы и качеству медицинского обслуживания. Всему этому не отвечало "Положение о сельском врачебном участке" (1938 г.). В связи с этим Минздрав СССР разработал и утвердил в конце 1950 г. новое "Положение о сельской участковой больнице"<sup>18</sup>, в котором были указаны задачи и функции сельской участковой больницы.

Намеченный план развития сельского здравоохранения в четвертой пятилетке не был полностью выполнен. Большим недостатком в организации сельской медицинской сети было то, что в сельских местностях новые больницы развертывались большей частью на 10—15 коек главным образом за счет приспособления для этой цели разных помещений, а не за счет нового строительства<sup>19</sup>. Это было связано с тем, что строительство новых сельских больниц должно было вестись за счет местной администрации, не имевшей подчас необходимых средств<sup>20</sup>.

Таким образом, в конце четвертой пятилетки в годы, когда Минздрав СССР возглавлял Е. И. Смирнов, разрыв в уровне и качестве медицинского обслуживания населения в городах и в сельских местностях оставался большим, хотя все-таки в течение первой послевоенной пятилетки положение с охраной здоровья на селе улучшилось.

Поступила 02.07.01

<sup>15</sup>Труды 8-го Всесоюзного съезда терапевтов. М., 1949 г. См. также Всесоюзное совещание по медицинскому обслуживанию сельского населения, 1949 г.

<sup>16</sup>"Об упорядочении сети и установлении единой номенклатуры учреждений здравоохранения СССР" (сборник приказов и распоряжений МГОЗ, 1949 г., № 6).

<sup>17</sup>Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения (1947—1953 гг.). М., 1989. — С. 235.

<sup>18</sup>Утверждено приказом министра здравоохранения СССР № 992 от 4 декабря 1950 г. "Об утверждении Положения о сельском врачебном участке".

<sup>19</sup>Вербицкая О. М. Российское крестьянство от Сталина к Хрущеву. М., 1992. — С. 159—161.

<sup>20</sup>Вербицкая О. М. Там же. — Москва, 1992, с. 173—176; Горфин Д. В. Очерки... С. 175—176.