

На правах рукописи

ТИЩЕНКО Евгений Михайлович

ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛОРУССИИ В XX ВЕКЕ

07.00.10 — история науки и техники (история медицины)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Москва-2001

Работа выполнена в НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН и Гродненском государственном медицинском университете

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор М.Б. Мирский

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор Э.Д. Грибанов

доктор медицинских наук, профессор О.В. Гринина

*доктор медицинских наук, профессор Э.А. Вальчук

Ведущее учреждение: Московская медицинская академия
им. И.М. Сеченова

Защита диссертации состоится «24 01 2002 г. в 10 час на заседании диссертационного Совета (Д-001.047.01) при Научно-исследовательском институте социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко РАМН (103064, Россия, Москва, ул. Воронцово поле, 12).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИ им. Н.А. Семашко РАМН (Москва, ул. Воронцово поле, 12)

Автореферат разослан «13 12 2001 г.

Ученый секретарь
диссертационного Совета,
канд. мед. наук.

С.С. Рытвинский

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Сейчас, когда человечество подводит итоги XX века, особое значение приобретает анализ развития охраны здоровья населения в ушедшем столетии. Важным и поучительным представляется, в частности, изучение исторического опыта медицины и здравоохранения в республиках, ныне - суверенных государствах, входивших в состав бывшего СССР. Одной из таких республик является Белоруссия (Беларусь), относительно недавно (1991) ставшая независимым государством.

Изучение исторического опыта здравоохранения Белоруссии в XX веке необходимо для осознания современного состояния, преодоления кризисных явлений и формирования перспектив дальнейшего развития в обозримом будущем. Это приобретает особенно важное значение в условиях реализации национального суверенитета и развития качественно новых интеграционных процессов (создание союзного государства с Российской Федерацией). Анализ достижений и успехов здравоохранения Белоруссии, негативных явлений и недостатков, опыта конкретных регионов и лечебно-профилактических учреждений - все это чрезвычайно существенно при разработке законоположений и практической организации новых и модернизации существующих систем здравоохранения, форм и методов работы лечебно-профилактических учреждений.

Цель работы. Воссоздать целостную объективную картину истории здравоохранения Белоруссии в XX веке.

Задачи исследования:

1. выявить основные направления деятельности здравоохранения Белоруссии на различных исторических этапах;
2. проанализировать историю становления и особенности развития здравоохранения республики в XX веке;

3. показать позитивные и негативные тенденции, охарактеризовать состояние охраны здоровья населения в период существования суверенного государства;
4. на основании обобщения исторического опыта попытаться наметить перспективы дальнейшего развития здравоохранения Белоруссии.

Историческая база исследования. В процессе работы были изучены многочисленные источники - монографии, книги, сборники научных трудов, статьи в научных журналах и в периодической печати по различным проблемам медицины и здравоохранения, протоколы и труды врачебных съездов, конференций, совещаний. Главными источниками исследования стали 493 архивных документов, большинство которых впервые введены в научный оборот. Это материалы 16 архивов из 4 стран - Белоруссии, России, Литвы, Польши: Национального исторического архива Беларуси, Национального исторического архива Республики Беларусь в Гродно, Национального архива Республики Беларусь, Белорусского государственного архива кинофотофонодокументов, Государственных архивов Брестской, Витебской, Гомельской, Гродненской, Минской и Могилевской областей, архива Белорусского государственного музея истории Великой Отечественной войны, архива Министерства здравоохранения Республики Беларусь, Государственного архива Российской Федерации, архива Военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации, Центрального государственного архива Литвы, Архива новых дел в Варшаве.

Научная новизна диссертации заключается в том, что впервые воссоздана целостная объективная история здравоохранения Беларуси в XX веке. Дано теоретическое обобщение и критический анализ состояния здравоохранения республики на конкретных исторических этапах. Рассмотрены существенные преобразования, произошедшие с введением земской, городской и страховой медицины, состояние здравоохранения в период первой мировой войны, в годы ста-

новления белорусской государственности, в период новой экономической политики и в 30-е годы, а также во время Великой Отечественной войны и в последующие годы. Впервые представлена характеристика медико-санитарного устройства Западной Белоруссии, входившей в межвоенный период в состав Польши, прослежены черты, которые отличали его, охарактеризованы преобразования здравоохранения после вхождения Западной Белоруссии в состав БССР. Проанализированный исторический материал позволил впервые раскрыть особенности работы лечебных учреждений в связи с фашистской агрессией и последующей оккупацией, а также дополнить ранее выполненные исследования об организации медицинской помощи в условиях партизанских зон. В диссертации приведены материалы, которые объективно характеризуют достижения, недостатки и трудности становления и развития здравоохранения Белоруссии в 50 – 80-е годы – от попытки реформ до постепенно возникавшего кризиса. Рассмотрено состояние здравоохранения республики после приобретения суверенитета и перспективы его реформирования и дальнейшего развития.

Проведенное исследование дало объективную картину развития здравоохранения и позволило развенчать ряд устоявшихся представлений и стереотипов по поводу реальных и мнимых достижений в этой области: современный подход позволил выявить факты замалчивания негативных явлений, тенденциозности, искаженного изображения событий.

Научно-практическая значимость диссертации определяется тем, что она восполняет существенный пробел в историко-медицинских исследованиях, дает возможность в обобщенном виде познакомиться с опытом развития здравоохранением Белоруссии. Материалы диссертации подтверждают позитивное значение разумной национальной политики, позволившей в XX веке решить в республике сложную социальную задачу развития здравоохранения, подготовки

медицинских кадров для обеспечения охраны здоровья народа. Выводы и фактический материал исследования могут быть использованы для прогнозирования перспектив развития медицинской помощи населению, при воссоздании в современных условиях оправдавших себя в прошлом форм и методов деятельности лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, при возможной реорганизации здравоохранения Белоруссии.

Внедрение результатов исследования в практику. Материалы выполненного диссертационного исследования получили отражение в 54 научных работах - монографии, научных статьях и публикациях, напечатанных в Белоруссии и России, а также Украине, Литве, Латвии, Польше, Болгарии, Венгрии, Греции. Материалы диссертации используются в преподавании истории медицины в Белоруссии - в Белорусском, Витебском и Гродненском государственных медицинских университетах и в Белорусской медицинской академии постдипломного образования, а также в Литве (Медицинский факультет Вильнюсского университета) и Польше (Вроцлавская и Познанская медицинские академии, Высшая педагогическая школа в Ченстохове).

Научные материалы диссертационного исследования приняты в научно-вспомогательный фонд Республиканского музея истории медицины Беларуси, музея-аптеки Гродно, музейные экспозиции Гродненской городской клинической больницы № 1 им. З.П.Соловьева и Берестовицкого районного ТМО.

Материалы диссертации доложены на: 16-й Балтийской конференции по истории науки (Каунас, 1991), научном семинаре по истории медицины (Каунас, 1993); научных симпозиумах и конференциях НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко (Москва, 1993; 1995; 1998; 2000); республиканских съездах социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Беларуси (Брест, 1993; Минск, 2000); республиканских на-

учных конференциях по истории медицины Беларуси (Минск, 1995; Витебск, 1998; Рогачев, 2001); 35-м Международном конгрессе по истории медицины (Кос, 1996); научных симпозиумах Польского фармацевтического общества (Краков, 1996; Гетжвальд, 1998; Познань, 1999); съездах Польского общества истории медицины и фармации (Сопот, 1997; Познань, 2000); съезде Конфедерации историков медицины (Москва, 1998); съезде историков Польши (Вроцлав, 1999); восьмом съезде Польского общества социальной медицины и общественного здоровья (Вроцлав, 2000); заседании Белорусского республиканского научного общества историков медицины (Минск, 1999); научной конференции отдела истории медицины и здравоохранения НИИ им. Н.А.Семашко (Москва, 2001)

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Здравоохранение Белоруссии на протяжении почти всего XX века было составной частью российской, а затем советской медицины, носило государственный характер. Это обусловило использование в медицинской практике передовых методов организации охраны здоровья, в частности, особый акцент на профилактику заболеваний.
2. В западных областях республики, входивших (1920-1939) в состав Польши, существовала многоукладное здравоохранение (страховая медицина, муниципальная, частная и пр.). При этом сельская медицина сохраняла черты земского организационного устройства.
3. В годы Великой Отечественной войны (1941-1945) на оккупированной территории Белоруссии функционировавшие лечебные учреждения только частично обеспечивали население медицинской помощью. Восстановление здравоохранения республики было начато в условиях продолжавшейся войны и проходило при помощи, главным образом, военно-медицинской службы и Российской Федерации; к 1955 г. медико-санитарная сеть в республике была в основном восстановлена.

4. Развитие здравоохранения республики во второй половине XIX века, проходившее в границах единого государства, при помощи, главным образом, российских ученых, характеризовалось созданием широкой сети учреждений здравоохранения, обеспечением приоритетов - общедоступной медицинской помощи, профилактического направления и пр. В условиях постепенно возникавшего кризиса всей системы здравоохранения, особенно в годы после обретения суверенитета, при недостаточном финансировании, ухудшении общественного здоровья, в том числе и в связи с аварией на ЧАЭС, в республике сохранены все-таки основополагающие принципы и начато реформирование охраны здоровья населения.

Структура и объем работы. Диссертация состоит из введения, семи глав, заключения, выводов, списка использованных источников, приложений. Объем диссертации составляет 461 страниц (в т.ч. основного текста – 342 стр.), содержит 9 приложений, 42 таблицы, 41 фотографию. Список использованной литературы и источников включает 813 наименований и 493 архивных документа.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, сформулированы цель и задачи исследования, показаны научная новизна и научно-практическая значимость диссертации, представлены положения, выносимые на защиту.

Первая глава «Обзор литературы и характеристика источников диссертационного исследования» содержит критический анализ выявленных и изученных материалов, в том числе архивных документов. Проведенный исторический анализ подтверждает, что комплексное целостное изложение истории здравоохранения Белоруссии в XX веке отсутствует.

В главе 2 «Здравоохранение Белоруссии в составе Российской империи (1795-1918)» дана характеристика исторических преобразований медико-санитарного дела.

Вхождение территории Белоруссии в состав Российской империи обусловило возникновение государственной медицины и учреждение местной медицинской администрации. Так, в 1802г. начала работу Гродненская врачебная управа. По российскому образцу на территории Белоруссии были организованы Приказы общественного призрения (Могилев, 1781; Минск, 1796; Витебск, 1802; Гродно, 1802), которые открыли больницы во всех губернских, а позже и уездных городах. С «приказной медициной» связано начало государственного попечительства о душевнобольных и детях, а также лекарственного обеспечения. Произошло становление ведомственной, общественной и частной медицины. Были созданы медицинские учреждения при фабриках и заводах. Больницы и приюты организовывались также на основе светской, общественной и церковной благотворительности. Были открыты государственные повивальные школы (Могилев, 1865; Гродно, 1876).

В начале XX века в Минской, Могилевской и Витебской губерниях произошли коренные изменения медико-санитарного дела, связанные со становлением и развитием земской, городской и страховой медицины. Уже в первое десятилетие у земской медицины было должное финансирование, соблюдался территориально-участковый принцип, было положено начало специализированной и неотложной медицинской помощи, а также санитарной организации.

Земская медицина в Белоруссии стала играть определяющую роль. Так, в 1911г. в Минской губернии к ней относились 45% больничных учреждений и 63,8% всех развернутых коек. В земских губернских больницах в клинических целях начинают использовать лаборатории (Минск, 1905), рентгенаппараты (Минск, 1907), цистоскопы (Минск, 1911), вводятсяочные дежурства (Минск, 1908). На медицину отпускается до 25-30% земского бюджета.

В условиях земства началось организационное становление санитарно-профилактического направления. В Орше открывается первая в Белоруссии пас-

теровская станция, а в Могилеве (1910) создается медицинское учреждение, ставшее прообразом санитарно-эпидемиологической станции. В Минской губернии действовали земский губернский санитарный совет, земский губернский санитарный врач, уездные санитарные врачи, Пастеровская станция. Практическому решению задач медицины способствовали съезды земских врачей (Могилев, 1907; Витебск, 1906, 1912; Минск, 1912, 1914; Бобруйск, 1911).

В результате реформ городского самоуправления (1870, 1892, 1906) в Белоруссии появилась городская медицина. Так, в 1912г. в Минске на медицину расходовалось 3,4% городского бюджета, действовали родильный приют, две амбулатории, аптека, дезинфекционная камера, санитарная комиссия: городские власти содержали 10 врачей, 3 фельдшера, 3 акушерки и 1 фармацевта. После принятия закона об обязательном страховании рабочих на случай болезни (1912) в Белоруссии были созданы первые больничные кассы (Минск, Витебск, 1913).

Первая мировая война обусловила изменение медико-санитарной обстановки в Белоруссии. Основными стали организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий, оказание медицинской помощи раненым и больным воинам и гражданскому населению, осуществление социальной помощи беженцам. Был сформирован ряд новых организаций – таких как санитарная комиссия по борьбе с заразными болезнями, особые военно-санитарные комиссии и др.

Существенный объем санитарно-противоэпидемической и лечебной работы выполняли военно-медицинская служба и местные комитеты Всероссийского земского союза и Союза городов. В марте 1916г. только в Минске действовало 19 военных лазаретов и 11 гражданских и общественных больниц, а в Минской губернии функционировало 10 больниц и 30 амбулаторий Союза городов, 36 больниц Земского союза. Кроме того, на территории Белоруссии были развернуты многочисленные лечебные учреждения различных организаций и ведомств.

Февральская (1917) и октябрьская (1917) революции положили начало переустройству здравоохранения. Но оккупация значительной части Белоруссии кайзеровскими войсками и провозглашение непризнанной Белорусской народ-

ной республики затруднили работу: лечебные учреждения, например, содержались лишь за счет сохранившихся запасов. В то же время на не оккупированной части Белоруссии, входившей в состав Западной области Советской России, осуществлялось переустройство местных органов здравоохранения, переход в их ведение лечебных учреждений, а также проведение неотложных санитарно-противоэпидемических мер, прежде всего, по борьбе с сыпным тифом и холерой. Так, уже 20 декабря 1917г. была образована санитарно-медицинская секция Витебского губернского Совета, переименованная в июне 1918 г. в отдел народного здравоохранения, в котором были сформированы лечебный, санитарный, эпидемический, судебно-фармацевтический подотделы: в его ведение передавались медицинские учреждения Земского союза, Союза городов, Красного Креста; стала осуществляться муниципализация частных аптек. В июле 1918 г. была образована Чрезвычайная комиссия по борьбе с холерой, санитарный контроль возлагался на формируемую санитарную милицию (старший санитарный врач, два младших врача, 8 санитарных надзирателей).

В главе 3 «Здравоохранение Беларуси в годы формирования государственности и межвоенный период (1919-1941)» говорится о становлении и развитии медико-санитарного дела в республике.

С образованием БССР (январь 1919 г.) связано принятие правительством республики распоряжений (по образцу декретов Совнаркома РСФСР) по организации центрального республиканского органа управления здравоохранением (24.01.1919) и Совета защиты детей (6.02.1919), национализации аптек (29.01.1919), и лечебных учреждений (12.02.1919), зубоврачебных материалов и средств (18.02.1919), а также санитарно-противоэпидемического характера – по борьбе с сыпным тифом (21.02.1919), об обязательном оспопрививании (03.06.1919) и др. Дальнейшая деятельность была прервана военными действиями, приведшими к установлению в центральной и западной Белоруссии (август 1919 г. – июль 1920 г.) польской администрации. Все это время в Минске функционировала Белорусская Национальная Академия Наук и Искусств, в которой работали выдающиеся ученые и мастера, внесшие значительный вклад в развитие науки и культуры Беларуси.

ционировал окружной санитарный отдел. Для санитарного контроля и медицинской помощи беженцам и репатриантам в Бресте и Минске были образованы специальные станции. В 1920 г. в Западной Белоруссии было развернуто 44 государственных подвижных эпидемических госпиталя на 2200 коек.

В то же время в восточных губерниях, входивших в состав Советской России, были продолжены значительные преобразования. Видоизменяется структура местных органов управления здравоохранением, созываются первые съезды медиков (например, 16-17 декабря 1919 г. – 1-й съезд заведующих лечебными подотделами Гомельской губернии). В соответствии с декретами Совнаркома РСФСР «О национализации аптек» (1918) и «О передаче лечебной части больничных касс в ведение Наркомздрава» (1919) в восточных регионах Белоруссии проводилась политика национализации и централизации здравоохранения. Во всех лечебных учреждениях было объявлено об оказании бесплатной медицинской помощи. Однако послевоенная разруха не позволила улучшить состояние медицинских учреждений, осуществить принцип бесплатности медицинской помощи.

Анализ отчетов санитарно-противоэпидемических подотделов Витебской и Гомельской губерний за 1919-1920 гг. показал, что проводимые ими мероприятия опирались на предшествовавший опыт земского времени и периода Первой мировой войны. Эти меры включали: издание обязательных постановлений; налаживание учета и регистрации инфекционных заболеваний; проведение обязательного оспопрививания и других прививок; открытие и работу бактериологических лабораторий, организацию курсов дезинфекторов; деятельность стационарных и передвижных противоэпидемических и дезинфекционных отрядов; работу изоляционно-пропускных пунктов на железнодорожных станциях; профилирование общесоматических и развертывание инфекционных коек, обо-

рудование и охрану водоисточников; удаление нечистот и отходов ассенизационными обозами; контроль за рынками, пекарнями, столовыми и др. Устраивались недели чистоты (Гомель, март 1920), санитарии (Витебск, май 1920 г.), водоснабжения (Могилев, июль 1920 г.).

В период нэпа во вновь восстановленной и укрупненной (1924, 1926) БССР, как и в других регионах советского государства, утверждается многоукладный принцип финансирования здравоохранения на основе использования ряда источников местного бюджета, страховых взносов, введения платы за лечение, привлечения пожертвований и средств общественных организаций. Но перевод лечебных учреждений на местный бюджет обусловил сокращение сети и ресурсов здравоохранения. В частности, в Витебской губернии к ноябрю 1921 г. на 40% уменьшилось количество больничных коек. И хотя в 1923-1924 гг. состояние лечебной сети постепенно стабилизировалось, в сельской местности число жителей на одну койку и на один участок, а также средняя площадь участка, значительно превышали показатели земского времени.

В республике происходила сдача в аренду аптек и зубоврачебных учреждений. Например, к октябрю 1922 г. в Витебской губернии 21 зубоврачебный кабинет был сдан в аренду, 8 – возвращены прежним владельцам. За 1922 г. в республике 39 аптек сдано в аренду, 7 объединены с амбулаторно-больничными учреждениями. Во второй половине 1921 г. пришлось отказаться от ранее про-возглашенного бесплатного лекарственного обеспечения (правда, ряд социальных групп сохранил право на бесплатное получение медикаментов). В дальнейшем (1924) было проведено «государствление» аптечной сети, но с сохранением принципа хозрасчета.

В Белоруссии действовал декрет Совнаркома РСФСР «О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом» (1921), который предусматривал не-

только выплату социальных пособий, но и расходование страховых взносов на медицинскую помощь. В результате был осуществлен ряд полезных мер, в том числе более высокий и дифференцированный размер страхового взноса (5-7%), территориальный (а не производственный) принцип образования страховых касс, организация медицинской помощи застрахованным и учреждение отделов рабочей медицины, открытие рабочих амбулаторий (первая - Витебск, 1922) и расширение оказываемых ими медицинских услуг. Заметную роль в финансировании здравоохранения стал играть страховой фонд. Так, с октября 1924 г. по октябрь 1925 г. 64% всех средств, израсходованных на здравоохранение Витебского округа, было выделено из страхового фонда. Превалирующее число леченых в учреждениях здравоохранения Белоруссии составляли застрахованные. В 1927 г. на застрахованных (8% всего населения) приходилось 30% леченых в стационарах, 35,9% посещений в амбулаторные учреждения, 71,9% находившихся в местных санаториях. В дальнейшем, однако, после закрытия рабмедотделов (1929) и передачи социального страхования профсоюзам (1933) страховые фонды как существенный дополнительный источник финансирования здравоохранения были ликвидированы.

В период нэпа в Белоруссии была введена плата за медицинскую помощь: коекный фонд распределялся на три группы (хозрасчетный, застрахованный и бесплатный). Так, во второй половине 1922 г. в больницах Витебска койко-день стоил от 3 до 6 млн. руб., а амбулаторное посещение – 500 тыс. руб., плата за роды составляла 75 млн. руб. (для сопоставления: месячный доход врача был 300-500 млн. руб.). Плата за отдельные медицинские услуги имела место вплоть до конца 20-х годов. Для привлечения средств к финансированию здравоохранения, прежде всего охраны материнства и детства и борьбы с социальными болезнями, организовывались благотворительные и общественные акции. Для фи-

нансирования здравоохранения использовались также средства Белорусского общества Красного Креста (БОКК). Во второй половине 20-х годов регистрировалось увеличение бюджетных ассигнований на здравоохранение, формируемых, правда, на основе остаточного принципа.

В этот период в БССР, как и в РСФСР, было создано единое государственное здравоохранение («советская медицина»). Количественные и качественные изменения организации медицинской помощи, однако, основывались на традициях, сетях и кадрах городской и земской медицины.

В городах для достижения доступности квалифицированной медицинской помощи увеличивалось число лечебных учреждений, прежде всего – амбулаторного типа (1925 г. – 27, 1927 г. – 50 самостоятельных врачебных амбулаторий). Вводилось районирование, оказание помощи на дому (1921) и скорой медицинской помощи, осуществлялось (1924) открытие пунктов первой помощи на предприятиях, а также (1928) первой одонтологической поликлиники (института). Деятельность амбулаторных учреждений пытались (1927) строить на основе диспансерного метода. В то же время, несмотря на важность сельского здравоохранения в преимущественно аграрной Белоруссии, именно оно испытывало значительные организационные, кадровые и материально-технические трудности. Так, в 1925 г., потребность сельского населения в амбулаторной помощи была удовлетворена наполовину, а в койках – на 10%.

В 20-е годы в Белоруссии происходило становление профилактических учреждений и общественно-государственных мероприятий по охране материнства и младенчества (ОММ). В городах развертывались консультации для детей (1922 г. – 5, 1927 г. – 19) и беременных (1926 г. – 12), постоянные ясли, а в сельской местности – районные консультации (1924 г. – 1, 1927 г. – 32) и полевые ясли. Для медицинского наблюдения за детьми открываются детские амбулатории (Минск, Гомель, 1921), которые в дальнейшем (1925) преобразуются в детские диспансеры. Стационарное лечение детей осуществлялось в действующих общепрофильных больницах (Гомель, 1921; Минск, 1924). В организацию рабо-

ты всех этих учреждений внедряли профилактическую направленность. Вместе с тем явно недостаточными были охват и кратность патронажной работы (1,5 посещения ребенка до 1 года). Стационарное родовспоможение (1928 г. – 14%) оставалось недоступным сельским жительницам. Организация яслей, особенно на предприятиях в городе и в период полевых работ в сельской местности (1926), отражала примечательную для того времени тенденцию «высвобождения женщины – работницы».

В начале 20-х годов для снятия остроты эпидемических последствий войны (1921 г. – 530 случаев паразитарных тифов на 10 тыс. населения) осуществлялись неотложные организационные меры, такие, в частности, как создание и деятельность чрезвычайных санитарно-противоэпидемических комиссий (Минск, январь 1921 г.; Гомель, июль 1921 г.), проведение межведомственных совещаний (Минск, январь 1921 г.; март 1922 г. – с участием наркома здравоохранения РСФСР Н.А. Семашко), принятие постановлений правительства республики (О мерах борьбы с эпидемией в сельской местности, 11.06.1921; О мерах предупреждения и борьбы с холерой, 09.06.1921).

В дальнейшем наблюдалась тенденция постепенного перехода от чрезвычайных противоэпидемических мероприятий к текущей санитарной работе. Происходит становление государственной санитарной организации: ее оформление связано с открытием первой санитарной станции (Гомель, 1922), проведением первого съезда санитарных врачей (10-14 февраля 1926 г.) и утверждением положения о санитарных органах Наркомздрава Белоруссии (23 сентября 1926 г.). Однако общий уровень инфекционной заболеваемости в Белоруссии (1926 г. – 382,9 на 10 тыс. населения) оставался высоким. К тому же в здесь имелся природный очаг (Полесье) малярии, для борьбы с которой была образована первая малярийная станция (Мозырь, 1925).

В 20-е годы важной была борьба с социальными болезнями, в первую очередь – с туберкулезом, сифилисом, трахомой. Для борьбы с туберкулезом взрослых и детей впервые организуются диспансеры (Минск, Витебск, 1921), проводятся мероприятия по общественной профилактике (Советы социальной помо-

щи, Минск, Витебск, 1923; комиссии по борьбе с детским туберкулезом, Витебск, 1925), увеличивается число и осуществляется первичная профилизация санаториев, начинает применяться вакцина БЦЖ (Минск, 1929 г.), создается научно-исследовательский и клинический центр (Белорусский государственный институт туберкулеза, август 1928 г.), созывается первая Белорусская тематическая конференция (сентябрь 1928 г.). Но все-таки распространенность туберкулеза (1927 г. – 122,5 на 10 тыс.) оставалась высокой.

Опираясь на исторические традиции (Гродненская медицинская академия, 1776-1781; проект создания медфака, 1906, 1913, 1916; предметные курсы Общества Минских врачей, 1919), решено было организовать подготовку врачей в республике. В 1921 г. в Минске открыли медицинский факультет Белорусского государственного университета: в формировании факультета, его педагогической и научной деятельности активно участвовали ученые и врачи России. В эти же годы в республике открываются первые научно-исследовательские институты, преимущественно санитарно-профилактического профиля.

В 30-е годы в Белоруссии происходило дальнейшее количественное и некоторое качественное развитие здравоохранения. Однако стала утверждаться практика жесткого администрирования, с частой сменой руководителей здравоотделов, в результате чего, к примеру, в 1940 г. из 59 утвержденных заведующих районными отделами здравоохранения только 3 имели высшее медицинское образование.

Утверждался принцип преимущественного обслуживания работающих. Вместо пунктов первой медицинской помощи осуществлялось открытие пунктов здравоохранения (1930 г. – 58, 1940 г. – 393). Однако большинство из них являлись фельдшерско-сестринскими и, соответственно, не могли реализовать весь объем возложенных задач, в связи с чем предприятия начали прикреплять (1936) к территориальным поликлиникам. Нерешенными оставались задачи строительства сельского здравоохранения: даже в 1940 г. 45% сельских участков не имели врачей. Отставала специализированная помощь. В 1940 г. только в 4 из

10 областей республики были развернуты неврологические, лишь в 3 – детские специализированные койки.

Не все благополучно было и с амбулаторно-поликлинической помощью. В то же время новые формы внебольничной помощи (например, стационар на дому, Минск, 1940) и новые учреждения – диспансеры (противозобный, 1934, онкологический, 1934, кардиоревматологический, 1938) не получили в республике широкого распространения.

В 30-е годы в Белоруссии в городах функционировали детские, женские и детско-женские, а в сельской местности – детско-женские консультации. Но их количество не всегда соответствовало потребностям. В ряде городов число детей (до трех лет) на участке оставалось высоким, а удельный вес профилактических посещений – низким (например, в 1937 г. в Бобруйске – 875 и 35%, Витебске – 850 и 24%). При высоком уровне рождаемости (1930 г. – 35,4, 1939 г. – 36) в республике не был достигнут полный охват родовспоможением (1940 г. – 75,2%). Это пытались исправить, открывая колхозные родильные дома. К сожалению, большинство из них представляли собой «хаты-родильни», не имевшие порой даже элементарных санитарно-гигиенических условий.

Непродуманная коллективизация обусловила возникновение (1932-1933) в центральной и южной части Беларуси голода, который явился причиной смерти людей. Голод (вплоть до 1935 г. действовали продовольственные карточки), миграция, а также неудовлетворительное состояние ряда территорий, способствовали эпидемическому росту паразитарных тифов. В связи с этим пришлось принимать противоэпидемические меры чрезвычайного характера.

В 30-е годы в республике расширилась сеть санитарно-эпидемиологических учреждений. Так, открываются городские (Минск, 1931; Витебск, 1932; Могилев, 1932), межрайонные и районные (1938 г. – 34), областные (1940 г. – 4) санитарно-эпидемиологические станции. Утверждение (1934) положения о Государственной санитарной инспекции при Наркомздраве Белоруссии способствовало усилению текущего санитарного надзора. Отрадным моментом явилось формирование (1941) Рогачевского общественного движения за

санитарную культуру и благоустройство – это движение распространилось не только в республике, но и в других регионах СССР.

Острая потребность в медицинских кадрах (в 1932 г. их некомплект составлял 45%) обусловила стремление быстро увеличить количество врачей, в связи с чем был принят ряд необоснованных решений (например, сокращенная с 5 до 3,5 лет, а также заочная и вечерняя подготовка врачей). Были открыты Белорусский институт усовершенствования врачей в Минске (1932), в Витебске – больница-медвуз (1934, в 1938 г. преобразована в институт). Однако показатели обеспеченности врачами (4,1 на 10 тыс.), да и средним медицинским персоналом (17,3 на 10 тыс.), оставались низкими.

В 30-е годы в республике имели место масштабные необоснованные репрессии медицинских работников, что отрицательно сказалось на развитии здравоохранения. Так, в 1937 г. были расстреляны два наркома здравоохранения, а только за июнь-август 1938 г. репрессировано 73 работника системы Наркомздрава Белоруссии, из них 39 врачей.

Структура здравоохранения Белоруссии формировалась с учетом возможной внешней угрозы. Это обусловило: первоочередное внимание к пограничным районам (в 1932 г. на здравоохранение этой зоны отпускалось 57% всех средств); обучение населения по программам санитарной обороны (1933); накопление санитарно-хозяйственного имущества для оборонных пунктов (1931) и пр. Вместе с тем, в архивных документах содержится неудовлетворительная оценка выполнения, а порой и ошибочный характер самих мероприятий, вследствие чего здравоохранение республики оказалось неподготовленным к работе в военных условиях.

Глава 4 «Здравоохранение Западной Беларуси в межвоенный период (1921-1941)» содержит его характеристику в годы, когда эта часть республики находилась в составе Польши, а позже вошла в состав БССР.

В Западной Белоруссии в межвоенный период, как и в Российской империи, существовала многоукладность здравоохранения. На конкретные мероприятия расходовались средства из одного или чаще нескольких источников, что

в конечном итоге и определяло форму медицинской организации. При этом следует констатировать большой удельный вес местных средств в общей сумме финансирования. К примеру, в 1931г. в Белостокском повете 52,2% выделенных на здравоохранение средств поступило от территориальных самоуправлений, 37,3% - от общественных организаций, 10,5% - из государственного бюджета. Размер отпускаемых на здравоохранение средств существенно колебался даже в пределах одного воеводства (например, в 1931г. в Виленском воеводстве от 8,7 до 14,2% местного бюджета).

Врачи содержались государством, местными самоуправлениями, страховыми кассами, а также занимались частной практикой. К примеру, в Новогрудском воеводстве в 1926г. и 1936г., соответственно, 17,8 и 20% врачей финансировалось государством, 24 и 25,7% - местными самоуправлениями, 9,3 и 13,2% - страховыми учреждениями.

В этот период действовали различные по форме собственности больницы (государственные, местных самоуправлений, общественные, частные). В частности, в 1935г. в Новогрудском воеводстве имелось 8 больниц (59,3% всех коек) местных самоуправлений, 4 - государственные (29% коек), 3 - общественные (8,2% коек), 2 - частные (3,5% коек). Функционировали единичные больницы смешанной формы собственности (например, Барановичская межкоммунальная больница (1932) содержалась поветовой управой и городской гминой).

В общественных больницах был введен (1928) принцип самоокупаемости за счет взимания оплаты стоимости лечения. Тариф утверждали местные органы власти, их размер зависел от вида помощи. Примечательно, что стоимость лечения покрывалась из нескольких источников. Так в 1938г. в Гродненской городской больнице в 40,8% средства поступали из общественных страховых учреждений, 34,2% оплачивали больные, 25% - территориальные самоуправления. Оплату лечения государственных служащих производило государство. Констатируя низкую обеспеченность населения врачами и койками в Западной Белоруссии, следует отметить, что использовавшийся ранее тезис о целенаправленном ограничении доступности медицинской помощи не нашел подтверждения.

В Западной Белоруссии первичная помощь оказывалась в амбулаториях при больницах, в самостоятельных амбулаториях и центрах здоровья. Задачами центров здоровья, как новых учреждений амбулаторного типа, открываемых со второй половины 20-х годов (Слоним, 1926; Вилейка, 1929), являлись: организация, координация и проведение мероприятий по сохранению и улучшению общественного здоровья, в том числе предупреждение и выявление социальных болезней, опека с элементами диспансерного наблюдения над некоторыми группами населения (беременные, матери, дети), оказание лечебной помощи. В 30-е годы число центров здоровья значительно возросло (например, в Полесском воеводстве в 1933г. их было 4, а в 1938г. – 27), работали они по территориальному принципу (на 8 – 15 тыс. населения с радиусом 10-15 км.). Руководил центром здоровья участковый врач. Большинство таких центров состояло из противотрахоматозной, противотуберкулезной, противовенерической амбулаторий, а также пункта опеки матери и ребенка. Каждые две из трех таких амбулаторий финансировались из местного и государственного бюджета.

В отличие от других воеводств Польши, в западной Белоруссии сельская медицина сохраняла черты земского организационного устройства (территориальный принцип, участковый врач, сельский врачебный участок). Так, в 1930–1931гг. Белостокский повет был разделен на 5 врачебных участков, два из них имели больницы на 25-35 коек, а один – центр здоровья. Кроме того, только здесь медицинскую помощь оказывали фельдшера.

В начале 20-х годов в Западной Белоруссии с эпидемической угрозой боролись чрезвычайными мерами. Так, по инициативе Верховного чрезвычайного комиссариата по борьбе с эпидемиями (действовал в 1920–1923гг.) на пути миграционных потоков беженцев и репатриантов создавались санитарные кордоны. Этот комиссариат сыграл основную роль в создании профильных госпиталей (например, в 1921–1922гг. только в Новогрудском воеводстве было развернуто 1100 эпидемических коек). Вообще же санитарная организация в Западной Белоруссии в межвоенный период находилась в процессе формирования: ее подразделения были только в некоторых городах, да и действовали весьма огра-

ниченно.

Все эти годы здесь действовала страховая медицина - сначала (1924-1933) преимущественно больничные кассы, затем (1934-1939) общественные страховые организации. Больничные кассы здесь, в отличие от других территорий Польши, не имели своих больниц и центров здоровья, а только выделяли средства на их содержание и на получение в них медицинской помощи. Общественные страховые организации формировали (1936) институт семейного врача как координатора оказания общей, специализированной и больничной помощи.

После вхождения Западной Белоруссии в состав БССР здесь началось создание единого государственного здравоохранения. Открываются (1939-1941) ранее отсутствовавшие учреждения по охране материнства и детства, внебольничной помощи, лечению и предупреждению социальных болезней, создаются санитарные учреждения. Так, к началу 1941г. было достигнуто, как известует из официальных отчетов, сближение уровня здравоохранения восточных и западных областей.

Глава 5 «Здравоохранение Беларуси в период Великой Отечественной войны и в первое послевоенное десятилетие (1941-1955)» посвящена изменениям в характере и содержании медицинской помощи населению в связи с фашистской агрессией, последующей оккупацией, а также в условиях партизанской войны. Рассмотрены и охарактеризованы этапы, направления и итоги восстановления здравоохранения республики в военные годы и в первое послевоенное десятилетие.

В июне-июле 1941 г. в исключительно неблагоприятных условиях, когда уже очень скоро после начала войны значительная часть республики была оккупирована, планомерное развертывание медицинских учреждений, а также их эвакуация, фактически оказались сорванными.

Конкретными медико-социальными проявлениями оккупационной политики геноцида в Беларуси стало, прежде всего, уничтожение больших групп населения, главным образом, людей старшего возраста, детей, женщин, а также больных и раненых. Огромное число людей было уничтожено в концентрацион-

ных лагерях. Негативным образом оказались массовый угон населения, в том числе детей, умышленное распространение инфекционных заболеваний среди гражданского населения, а также разрушение лечебно-профилактических учреждений и уничтожение медицинских работников. Следствием явилось не только ухудшение показателей общественного здоровья (рост инфекционной заболеваемости, снижение рождаемости, увеличение смертности), но и значительное изменение условий организации оказания медицинской помощи. К примеру, в 1944 г. в освобожденной Белоруссии было зарегистрировано заболеваний сыпным тифом в 50 раз больше, чем в 1940 г..

В то же время изучение архивных материалов дает основание утверждать, что на оккупированной территории Белоруссии действовали все-таки административные медицинские органы, функционировали лечебные и санитарные учреждения, проводилась подготовка среднего медицинского персонала. При этом сеть лечебных учреждений значительно сократилась, а их материально-техническое состояние серьезно ухудшилось. За получение всех видов медицинских пособий была установлена плата: размер ее зависел от вида пособия, возраста, места жительства и работы больного. На некоторых территориях Западной Белоруссии имели место попытки восстановить в ограниченном объеме медицинское страхование. Санитарно-противоэпидемические мероприятия хотя и проводились, но носили чрезвычайно ограниченный характер.

Выполнение профессиональных обязанностей медицинским персоналом на оккупированной территории Белоруссии мы рассматриваем как важную составную часть подпольно-патриотической деятельности. Медики республики участвовали во всенародном партизанском движении. Организация медицинского обеспечения партизанских формирований и зон Белоруссии разделена на два периода: первый (август 1941 г. – март 1943 г.) – от создания санитарных частей партизанских подразделений до учреждения центральных органов управления, и второй (март 1943 г. - июль 1944 г.) – от начала деятельности этих органов до полного освобождения территории республики. Если в первом периоде санитарные части и госпитали действовали разрозненно, то во втором

медицинская служба партизанских подразделений получила организационное оформление. Основными направлениями ее деятельности являлись: создание и обеспечение работы госпиталей и медицинских пунктов, в том числе специально предназначенных для приема населения в партизанских зонах; подготовка среднего и младшего медицинского персонала; оказание хирургической и терапевтической помощи; проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий; организация медицинского обеспечения боевых операций, а также эвакуация раненых и больных в тыл страны. Трудности были связаны с недостаточным укомплектованием медицинским персоналом и отсутствием должного количества санитарного имущества.

В дальнейшем основное внимание медиков было сосредоточено на восстановлении здравоохранения республики. На первом этапе (начало 1942 г. – конец 1943 г.), в эвакуации, проводились подготовительные мероприятия, по ориентировочному установлению объема санитарных последствий фашистской оккупации, заготовке санитарно-хозяйственного имущества и пр. На втором этапе (конец 1943 г. – 1945 г.), по мере освобождения республики от фашистских захватчиков и вплоть до окончания войны, решались кадровые проблемы, велось восстановление сети лечебно-профилактических учреждений, оказывалась помощь в размещении и работе эвакогоспиталей, в организации борьбы с острозаразными заболеваниями и пр.

Огромную помощь в восстановлении здравоохранения и ликвидации санитарных последствий фашистской оккупации оказали Белоруссии военно-медицинская служба Красной Армии и органы здравоохранения России. Например, только в январе-апреле 1944 г. медицинской службой 1-го Белорусского фронта было обследовано 5096 населенных пунктов, госпитализировано 19858 больных. А Наркомздрав СССР в 1944-1945 гг. направил в Белоруссию свыше 100 противоэпидемических отрядов.

В первом послевоенном десятилетии была восстановлена, в основном, медико-санитарная сеть. В частности, уже к 1950 г. в сравнении с 1940 г. по ряду показателей отмечался прирост (больничных коек – 3,5%, здравпунктов – 10,8%,

фельдшерско-акушерских пунктов – 15,7%, врачей – 18,8% среднего медицинского персонала – 23,3%). На фоне экстенсивного развития медико-санитарной сети прослеживалась тенденция увеличения числа лечебных учреждений, имевших медицинское оборудование. Так, к 1950 г. в республике действовали первые 16 кабинетов электрокардиографии; в 1954 г. 93 % районных и городских больниц имели рентгеновские аппараты, а 63% – физиотерапевтические кабинеты.

В Белоруссии, как и в других союзных республиках, проводилась реформа лечебно-профилактической помощи. В 1948 – 1951 гг. было завершено объединение больниц и поликлиник (на 1 января 1951 г. в республике объединили 95,8% больниц). Одновременно в городах утверждался участково-территориальный принцип, формировались единые врачебные участки (на 1 января 1951 г. их было 431). Однако в 1951 г. участковость составила 60%, а 32,7% терапевтов объединенных больниц работали по трехзвеневой системе, от которой в дальнейшем (1954) пришлось отказаться.

Как и повсюду в стране, в республике вводилась (1946) система организации медицинской помощи детям по принципу единого педиатра, а в поликлиниках были учреждены (1947) должности подростковых врачей. В сельском здравоохранении началось (1952) проведение диспансеризации. Было обращено внимание на укрепление районного звена, районными здравотделами почти повсеместно руководили врачи. Однако врачей-специалистов не хватало: в 1954 г. в 11 районах не было акушеров-гинекологов, в 13 – педиатров, в 22 – санитарных врачей. Во всех областных центрах республики были открыты (1948-1949) областные больницы, а в штаты облздравотделов введены (1949) должности областных специалистов.

В эти годы в Белоруссии образуются первые медико-санитарные части (МСЧ): так, открытая (1947) МСЧ Минского тракторного завода включала больницу, поликлинику, здравпункт. С 1951 г. вводится участково-цеховой принцип медицинского обслуживания рабочих.

Удалось создать ряд специализированных медицинских учреждений и стационарных отделений. В областных городах были открыты онкологические диспансеры (Могилев, Гродно, 1946; Брест, 1948). В Минске организуются первые специализированные стационарные отделения (нейрохирургическое, 1949; урологическое, 1953; детской хирургии, 1955). Открываются (1953) стоматологические поликлиники, врачебно-физкультурные диспансеры и кабинеты.

Дальнейшее проведение целенаправленных противоэпидемических мероприятий, усиление предупредительного санитарного надзора помогло добиться снижения заболеваемости паразитарными тифами, малярией, трахомой. Так, в 1950 г. в сравнении с 1940 г. заболеваемость брюшным и сыпным тифами снизилась в 4 раза. В 1953-1954 гг. было снято с учета 74% больных трахомой.

Глава 6 «Здравоохранение Беларуси в период от попытки реформ до обретения суверенитета (1956-1990)» подводит итоги формирования и имевших место преобразовательных процессов с учетом условий реального времени, нараставшего застоя и постепенно возникавшего кризиса административно-командной системы.

Развитие здравоохранения происходило в условиях однопартийной системы и единого союзного государства, что находило отражение в принятии соответствующих постановлений. Не умаляя государственного подхода к здравоохранению, находившего отражение в этих документах, следует констатировать их второй нереалистический и декларативный характер.

В рассматриваемый период регистрировался постоянный рост государственных ассигнований на здравоохранение (1960 г. – 134,4, 1970 г. – 293,4, 1980 г. – 498, 1990 г. – 1075,8 млн. руб.), хотя все-таки сохранялись остаточный принцип, административный характер утверждения и расходования смет и пр. Для строительства и содержания учреждений здравоохранения в республике привлекались другие финансовые источники: со второй половины 50-х годов – средства колхозов и предприятий, с начала 70-х годов – от проведения коммунистических субботников. Так в 1971 – 1975 годах на эти цели было израсходовано 30 млн. руб. других ведомств и 10,3 млн. руб., полученные от субботников.

В 80-е годы осуществлялся поиск иных способов финансирования. Была усиlena работа по контролю за использованием материально-технических ресурсов. Проведено (1987-1988) сокращение управленческого аппарата (так, штат Минздрава уменьшился с 217 до 142 единиц, в Минске упразднили райздравотделы, а в Витебской области – горздравотделы). Были подготовлены и начали реализовываться 6 комплексных целевых программ. С учетом российского опыта с 1 января 1990г. учреждения здравоохранения (первоначально – Гродненской области) переводились на новый хозяйственный механизм и бюджетно-территориальный принцип финансирования.

Еще в конце 50-х годов регистрировались изменения внебольничной помощи. В городах Белоруссии проводились паспортизация терапевтических участков (Могилев, 1957), госпитализация на дому (Минск, 1956; отменена в середине 60-х годов, в конце 80-х годов вновь обращено внимание на создание дневных стационаров и стационаров на дому); организация (1958-1959) смотровых кабинетов в поликлиниках. В 1960г. поликлиники получили статус самостоятельных учреждений: были утверждены положения об участковом враче, цеховом терапевте.

В дальнейшем происходил рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений в городах, в том числе и самостоятельных поликлиник (например, в 1960г. их было 245 и 32, а в 1990г. – 668 и 116), проводилось разукрупнение терапевтических участков (1965г. – 3176, 1985г. – 1632 жителей), повышение числа посещений на одного жителя в год (1965г. – 8,7, 1985г. – 14,5). Однако нормативный уровень обеспеченности амбулаторно-поликлиническими учреждениями полностью не выполнялся; совершенствование методов работы (скользящий график, прием в выходные и праздничные дни, централизованная регистрация, отделение профилактики) не устранило очереди в поликлиниках.

В лечебно-профилактических учреждениях зачастую лечебные функции стали превалировать над профилактическими. Хотя охват диспансерным наблюдением увеличивался, стремление к росту количественных показателей не обеспечивало должный уровень эффективности диспансеризации. С 1983г. в Белоруссии

руссии, как и везде в стране, попытались ввести всеобщую диспансеризацию населения.

Развитие поликлинической помощи выразилось в организации и росте специализированных приемов (кабинетов, отделений). К примеру, в 80-е годы открываются пульмонологические (1990г. – 33), гастроэнтерологические (1990г. – 27), психотерапевтические (1990г. – 48), гериатрические (Минск, 1985) кабинеты. Необходимость улучшения диагностической помощи обуславливает создание новых областных учреждений – диагностических центров (Минск, 1989).

В рассматриваемое время реализовывался принцип преимущественного медицинского обслуживания работающих. Возросло число медико-санитарных частей (1965г. – 15, 1985г. – 22). При увеличении количества фельдшерских здравпунктов (1965г. – 640, 1985г. – 1302) уменьшилось число врачебных (1965г. – 164, 1985г. – 36). Сформирована цеховая медицинская служба (1966г. – 50, 1985г. – 570 цеховых участков). Реализация комплексных планов лечебно-оздоровительных мероприятий позволила добиться снижения заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Но производственные условия на предприятиях не всегда соответствовали санитарно-гигиеническим требованиям – только в 1985г. по этой причине была приостановлена работа 340 участков и цехов.

В сельском здравоохранении республики в конце 50-х годов, по нашему мнению, был проведен ряд необоснованных организационных мероприятий: начата реорганизация сельских амбулаторий в участковые больницы или даже фельдшерско-акушерские пункты; сохранялся курс на развертывание колхозных родильных домов (в 1961г. их было 188); были объединены (с 1958г. иплоть до 1970г.) районные санитарно-эпидемиологические станции и больницы; ликвидированы (1956-1957) райздравотделы, а их функции переданы главным врачам районных больниц. Как показала практика, в Белоруссии эти нововведения себя не оправдали, большинство их было впоследствии отменено.

В 60 – 80-е годы продолжал укрепляться сельский врачебный участок. В 1966г. организуются первые амбулаторные участки. В дальнейшем в республике

осуществлялась работа по расширению в сельской местности врачебно-амбулаторной помощи, но с сохранением участковых больниц и фельдшерско-акушерских пунктов (в 1980г. и 1990г. соответственно действовало 204 и 319 врачебных амбулаторий, 462 и 447 участковых больниц). Увеличивается средняя мощность участковых больниц (1956г. – 14, 1985г. – 35,7 коек). Однако число посещений на одного сельского жителя оставалось (1985) в 2,3 раза меньше, чем в городе. Сохранялся большой удельный вес (1982г. – 46,6%) посещений к средним медицинским работникам.

Происходили изменения в районном и областном звеньях. В 60-е годы районным больницам придается статус центральных (с 1970г. таковых было 107). С 1968г. в республике, как и везде в стране, был взят курс на строительство крупных многопрофильных больниц. Увеличивается средняя мощность районных (1970г. – 165, 1990г. – 273 коек) и областных (1970г. – 573, 1990г. – 1116 коек) больниц, повышается их роль в оказании высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи. Однако декларированного сближения уровней лечебно-профилактической помощи сельским и городским жителям все-таки достигнуть не удалось.

Существенные изменения произошли в организации стационарной помощи. Значительно расширилась сеть больничных учреждений, повысилась их мощность. Возросла обеспеченность населения койками (по системе Минздрава республики: 1960г. – 65,5, 1990г. – 128,6 на 10 тыс.). При снижении общей летальности (1975г. – 1,5, 1990 – 0,9%) и средней длительности пребывания в стационаре (1975г. – 18,9, 1990г. – 15,3 дней) регистрировалось и сокращение занятости койки (1975г. – 349, 1990г. – 297 дней). Улучшилась организация и порядок использования вспомогательных служб.

Однако в 80-е годы, несмотря на стабилизацию количества больниц, констатируются негативные явления больничного строительства: несвоевременность обновления основных фондов, несоответствие их санитарно-эпидемическим нормативам, недостаточная материально-техническая оснащенность, неэффективное использование конечного фонда. Так, в 1988г. треть больн-

ничных зданий относилась к довоенной постройке, половина учреждений здравоохранения размещалась в приспособленных помещениях. Площадь, приходящаяся на одну койку, была в 1,7 раза ниже нормативной.

Все же рост сети стационаров способствовал значительному улучшению специализированной помощи. Не только в столице, но и в областных, и в некоторых районных городах были открыты республиканские специализированные центры, а также соответствующие отделения терапевтического и хирургического профиля. Так, в республике на рубеже 60-70х годов организовали: ожоговое отделение (Минск; 1967), отделения реанимации (1969г. – 3), гастроэнтерологические (к 1975г. – 6), пульмонологические (к 1975г. – 2), коллагенозов (Минск, 1972), проктологические, гепатологические, сосудистые (к 1975г. – 4), торакальные (к 1975г. – 3) отделения, центры детской хирургии (1969) и гемодиализа и пересадки почки (1970).

Характерным стал процесс становления и развития специализированных медицинских служб (кардиологической, онкологической, эндокринологической, наркологической, травматологической), с открытием профильных диспансеров и научно-исследовательских институтов. Так, в 60-х годах стала формироваться кардиоревматологическая служба. Наряду с кардиоревматологическими были созданы и другие профильные стационарные отделения (кардиохирургическое, Минск, 1964; кардиологическое, Минск, 1967; ревматологическое, Минск, 1967). Организованы первые специализированные (тромбэмболические) бригады скорой помощи (Могилев, 1963). В дальнейшем, на рубеже 70-80-х годов, происходит разделение кардиологической и ревматологической службы. Создаются НИИ кардиологии (1977), республиканский центр сердечно-сосудистой хирургии (1980), кардиологические диспансеры (Могилев, 1981), формируется санаторный этап реабилитации больных, перенесших инфаркт миокарда (Крыница, 1978; Летцы, 1979; Буг, 1981).

Весьма важное значение для Белоруссии приобрело создание онкологической службы. В 1960г. в Минске был открыт НИИ онкологии и медицинской радиологии. Число областных и городских онкодиспансеров стабилизировалось (в

1965г. и 1984г. по 12), а количество районных онкологических кабинетов возросло (1965г. – 14, 1987г. – 30). Доля онкологических больных, которых лечили в специализированных учреждениях, увеличилась (1965г. – 66,7, 1988г. – 88,4%). В 70-80-е годы формировались централизованные онкологические лаборатории, была организована сеть эндоскопических кабинетов, введен (1973) автоматизированный учет онкологических больных, повысилась частота выявления опухолей при профосмотрах и на ранних стадиях. Однако в республике сохранялись тенденции роста заболеваемости и смертности от новообразований.

Авария на Чернобыльской атомной электростанции (26 апреля 1986г.) значительно ухудшила экологическую ситуацию в республике. На 70% территории Белоруссии загрязнение составляло более 15 Ки/км², а территория с загрязнением более 1 Ки/км² составила 18% сельхозугодий, на ней проживало 20% населения республики. Ликвидация последствий этой аварии потребовала значительных материальных затрат (в 1986-1990гг. ежегодно до 17% национального дохода республики) и принятия (1989) государственной программы.

В 1986-1990 гг. с помощью российских специалистов начаты и осуществлялись мероприятия по минимизации медицинских последствий аварии. В этом важную роль сыграли вновь созданные профильные медицинские учреждения (например, НИИ радиационной медицины, 1988, с филиалами в Гомеле, 1989, и Могилеве, 1990). В рамках программы Всесоюзного распределительного регистра (1989) был разработан и применен на республиканском уровне автоматизированный учет пострадавшего населения. Проводилась работа по снижению дозовых нагрузок. Для обследования и оказания последующей медицинской помощи использовался экспедиционный метод. Однако, отмечая значимость проведенной работы, следует констатировать, что объем негативных последствий оказался немалым, что оказало влияние на ухудшение здоровья населения (в частности, рост распространенности патологии щитовидной железы, болезней крови и кроветворных органов).

В Белоруссии в рассматриваемое время государственные и социальные мероприятия по охране материнства и детства проводились в объеме и на уровне

реальных возможностей. Причем в конце 80-х годов учреждения охраны материнства и детства получали преимущественное финансирование (третья часть капиталовложений), что обеспечило (1988) 36,5% введенных мощностей стационаров и 24,9% - поликлиник.

Удалось увеличить число детских поликлиник и педиатрических участков, проводилось их разукрупнение, повышалась профилактическая направленность их деятельности. В республике были сформированы неонатологическая и медико-генетическая службы. В 1980 г. в Минске открыт филиал НИИ медицинской генетики АМН СССР, а в 1986 г. – республиканский центр по охране здоровья матери и ребенка.

Позитивные изменения были характерны и для учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам: раннее взятие на учет беременных (1960 г. – 51,8; 1988 г. – 83%), их обследование с учетом достижений медицинской науки и практики, полный охват стационарным родовспоможением (1970 г. – 99,8%), пропаганда естественного вскармливания (1974 г. – 75,8% детей до 4 месяцев). Женские консультации организуют работу по предупреждению абортов, гинекологических заболеваний, в том числе в детском возрасте (первый детский гинекологический кабинет, 1962 г.), лечению бесплодия (республиканский центр, 1973). В 80-е годы создаются консультации «Брак и семья».

Следует, однако, констатировать неоднозначные демографические изменения, характерные для Белоруссии: с одной стороны, снижение рождаемости (1960 г. – 24,4, 1990 г. – 13,9) при росте общей смертности (1960 г. – 6,6, 1990 г. – 10,7), с другой – уменьшение младенческой (1960 г. – 34,9, 1990 г. – 11,9) и материнской (1980 г. – 29,1, 1990 г. – 21,8 на 100 тыс. живорожденных) смертности.

В 60-70-е годы в республике были разработаны и приняты на государственном уровне директивно-правовые и нормативные документы по основным разделам санитарного дела. Утверждено (1963, 1973) «Положение о государственном санитарном надзоре». В соответствии с отраслями санитарного дела и

эпидемиологическими задачами установилась структура санитарно-эпидемиологических станций, которые приобрели (1970) самостоятельность, а в дальнейшем преобразованы (1990) в центры гигиены и эпидемиологии. С 1986г. в Белоруссии начата лабораторная диагностика СПИДа, а в 1990г. открыты соответствующие центры профилактики. Для организации и проведения вакцинации против детских инфекций открывались (1960) прививочные кабинеты.

На рубеже 60-70-х годов руководство инфекционной службой в республике было передано управлению лечебно-профилактической помощи. Это положительно сказалось на деятельности инфекционных больниц, на стационарном лечении больных. В инфекционных стационарах организуются отделения диагностики, реконвалесценции, интенсивной терапии; используется провизорная госпитализация.

Комплекс осуществленных государственных, социальных и медицинских мероприятий позволил достигнуть снижения распространенности инфекционных заболеваний. Так, в связи со вспышкой (1958) полиомиелита была проведена (1959-1960) массовая вакцинация населения: в результате его уровень снизился (1965) до спорадических случаев. Как было объявлено, в республике ликвидированы заболевания малярией (1958), трахомой (1960), сыпным тифом (1961).

Много внимания уделялось подготовке кадров. В республике были открыты еще два медицинских института (в Гродно, 1958., и в Гомеле, 1990), организованы новые факультеты в Витебском, Минском и Гродненском институтах. Следует подчеркнуть, что вузы Белоруссии проводили подготовку врачей для всей страны, а в 1965г. Витебский медицинский и Белорусский институт усовершенствования врачей были переданы в ведение Минздрава СССР.

В результате принятых мер значительно улучшилась обеспеченность населения врачами (1960г. – 14,7, 1990г. – 37,1 на 10 тыс.) и средним медицинским персоналом (1960г. – 48,1, 1990г. – 99,7): правда, одновременно регистрирова-

лось отставание количества среднего медицинского персонала. Специализация лечебно-профилактических учреждений стимулировала специализацию медицинских кадров (вследствие чего удельный вес, например, терапевтов уменьшился: 1960 г. – 23,4, 1990 г. – 20,5%). В системе здравоохранения устойчиво сохранялось такое явление, как совместительство – за счет неполной укомплектованности кадрами (например, в 1984 г. только в Минске недоставало 680 врачей) и низкого уровня заработной платы.

В главе 7 «Здравоохранение Республики Беларусь (1991-2000)» охарактеризованы происшедшие организационные изменения после приобретения суверенитета.

Политическая независимость утверждалась на фоне ухудшения социально-экономических условий и снижения жизненного уровня населения. Уровень заработной платы в здравоохранении в 1999 г. составил только 61,9% в сравнении с промышленностью. Правда, в октябре 2000 г. средняя заработка в отрасли сравнялась с минимальным прожиточным бюджетом.

Утверждение государственного суверенитета обусловило потребность разработки пакета правовых документов по здравоохранению. В республике были принятые профильные законы: «О здравоохранении» (18 июня 1993 г.), «О санитарно-эпидемическом благополучии населения» (23 ноября 1993 г., в новой редакции – 23 мая 2000 г.), «О предупреждении инвалидности и реабилитации инвалидов» (17 октября 1994 г.), «О донорстве крови и ее компонентов» (31 мая 1995 г.), «О трансплантации органов и тканей человека» (4 марта 1997 г.), «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании» (1999), «О Белорусском обществе Красного Креста» (2 октября 2000 г.). Однако ряд законов до сих пор не разработан, не рассмотрен и не утвержден. После создания (1996) Союза России и Беларуси, несмотря на подписание (1996) «Положения о порядке предоставления медицинской помощи», актуальным оставалось урегулирование и сближение законодательства в области здравоохранения.

Здравоохранение республики финансировалось недостаточно. К сожалению, по чисто экономическим причинам пришлось отказаться от нового хозяй-

ственного механизма (территориальное финансирование, взаиморасчеты). В то же время незыблемыми остались затратный и остаточный принципы финансирования здравоохранения. При этом не достигался законодательно регламентированный (1993) уровень финансирования здравоохранения в размере 10% национального дохода: в 2000 г. он составил 3,7% внутреннего валового продукта.

Использование других источников финансирования проводилось ограничено. Так, директивно было закреплено (1997) введение только добровольного (но не обязательного, как в России) медицинского страхования граждан. Государственные учреждения здравоохранения получили право (1996) оказывать платные медицинские и сервисные услуги, но в 1999 г. они составили лишь 2% бюджетного финансирования.

В Белоруссии продолжена практика разработки, принятия и реализации государственных и национальных целевых программ была утверждена (1998) Концепция развития здравоохранения. Только в 1999 г. появились комплексные государственные программы «Здоровье народа», «Туберкулез», «Онкология», «Кардиология», «Сахарный диабет», «Лечебно-оздоровительная работа среди подростков». В 1998-2000 гг. выполнялось 10 научно-технических государственных программ по здравоохранению. На отдельные программы (например, по минимизации медицинских последствий Чернобыльской катастрофы) средства поступали из некоторых зарубежных фондов и от ВОЗ.

На строительство, реконструкцию и оснащение учреждений здравоохранения стали выделяться (1996) средства из фонда Президента Республики Беларусь. В феврале 2000 г. утверждена государственная программа укрепления материально-технической базы медицинских учреждений.

В эти годы здравоохранение республики испытывало трудности, связанные с обеспечением и обновлением его материально-технической базы. К первому съезду врачей (1998) Минздрав констатировал, что 75% зданий медицинских учреждений построены до 1970 г., 45% учреждений здравоохранения располагались в приспособленных помещениях, 50% - не соответствовали санитарно-гигиеническим условиям. Медицинское оборудование использовалось с пре-

вышением установленных сроков, а потребность в его обновлении полностью не удовлетворялась. Страдала и лекарственная помощь.

В республике стало осуществляться постепенное импортзамещение (1997) за счет расширения отечественного фармацевтического производства.. Так, в 2000 г. производили лекарства и изделия медицинского назначения государственный концерн «Белбиофарм» (объединивший 5 заводов) и 4 предприятия различных форм собственности. Они выпускали лекарства 381 наименований, что в 10 раз больше, чем в 1994 г., но только на 30% удовлетворяло потребности населения и лечебно-профилактических учреждений. Аптеки стали (1992) передаваться коммерческим фирмам: в 1999 г. негосударственному сектору принадлежало 16% аптек и 63% аптечных киосков.

Для 90-х годов характерно ухудшение показателей состояния общественного здоровья. Сократилась численность населения (1991 г. – 10212,5 тыс.; 2000 г. – 10019,5 тыс.), прежде всего за счет жителей сельской местности (1991 г. – 3368,7 тыс.; 2000 г. – 3034,1 тыс.) По данным переписи населения (1999) за 10 лет уменьшилась на 42% доля детей до 4 лет. Снизилась средняя продолжительность жизни (1990 г. – 71,1; 1999 г. – 67,9 года), в первую очередь - мужчин (1990 г. – 66,3; 1999 г. – 62,2 года). С 1993 г. регистрировался отрицательный естественный прирост при устойчивой тенденции роста смертности (1991 г. – 11,2; 1999 г. – 14,2) и снижения рождаемости (1991 г. – 12,9; 1999 г. – 9,3). По данным обращаемости, в 1999 г., в сравнении с 1990 г., возросли общая (на 40,2%) и первичная (на 41%) заболеваемость.

По данным Минздрава республики (2000), к наиболее значимым последствиям катастрофы на ЧАЭС относился радиационно обусловленный рак щитовидной железы. Радиационное воздействие в первую очередь отразилось на состоянии тиреоидной и кроветворной систем детей и подростков. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями у пострадавших от катастрофы свидетельствует о более высоких темпах прироста рака легкого, молочной железы, ободочной кишки, мочевого пузыря, почки. Частота врожденных пороков развития в районах, где плотность загрязнения по цезию-137 составила 15

Ку/км² и более, возросла на 83%.

В республике была сохранена и функционировала сеть лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающих доступную медицинскую помощь. Однако, несмотря на рост числа амбулаторно-поликлинических учреждений (за 1990-1999 гг. на 28,5%), а также их мощности (на 18%), первичная медико-санитарная помощь не получила приоритетного развития, так как до 2/3 объема финансирования здравоохранения (2000) приходилось на стационарную помощь. Уменьшилось количество врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь на участковом этапе - их удельный вес составил (1998) 40% от врачей амбулаторно-поликлинического звена. К тому же пациенты предпочитали обращаться к «узким» специалистам, минуя участкового врача (так, в 1993-1998 гг. объем первичной медицинской помощи по поводу заболеваний снизился с 52,9 до 47,7%).

В службе скорой помощи при росте числа специализированных (за 1990-1999 гг. на 28,4%) сократилось количество обицеврачебных (на 27,9%) бригад. Только в 2000 г. с целью стандартизации и обеспечения гарантированной помощи были предложены первые протоколы обследования и лечения.

В Белоруссии принятая (1998) национальная программа профилактики карIESа и болезней периодонта, в первую очередь, у детей. Однако медленно осуществляется начатое (1996) внедрение стоматологических установок отечественного производства. Только до 15% рабочих мест оснащено (2000) современным оборудованием, металлокерамическое протезирование составляло 10-15% требуемого. Платная стоматологическая помощь стала не дополнять, а подменять государственную.

В 90-е годы экономические причины обусловили необходимость сокращения и рационального использования коечного фонда. В связи с чем несколько уменьшилось число больничных учреждений (на 6,5%) и коеч в них (на 4,3%). В то же время возросли занятость и оборот койки, снизилась средняя длительность пребывания. Стали шире применяться стационарзамещающие технологии (дневной стационар, стационар на дому): так, в 2000 г. они использовались в

72,2% поликлиниках Минска. В Концепции развития здравоохранения, утвержденной первым съездом врачей Белоруссии в 1998 г., провозглашена необходимость реструктуризации коечного фонда.

В Белоруссии сохранена и развита система организации специализированной медицинской помощи. Так, за 10 лет число лечебно-профилактических учреждений, имеющих гастроэнтерологические отделения (кабинеты), возросло в 2,2 раза, пульмонологические – в 1,6, эндокринологические – в 1,2, отделения гипербарической оксигенации – в 2,6, гемодиализа в 2 раза. Предприняты меры по формированию тех видов специализированной помощи, которые ранее были отнесены на союзный уровень (например, сердечно-сосудистой хирургии). Фактически сформирована служба медицинской реабилитации. Экологические и техногенные катастрофы обусловили необходимость организации (1993) службы экстренной медицины.

В последние годы осуществляется законодательно закрепленная государственная программа минимизации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. На ее реализацию выделялись значительные средства (1991 г. – 16,8; 1998 г. – 8,9% внутреннего валового продукта, который, однако, составил около 90% уровня 1991 г.). Соответствующая деятельность органов и учреждений здравоохранения осуществлялась по следующим направлениям: открытие специализированных медицинских учреждений (например, республиканский центр детской онкологии, 1997); организация лечебно-профилактической помощи и санаторного оздоровления; дальнейшее формирование Белорусского государственного регистра лиц, подвергшихся радиационному воздействию, с последующей диспансеризацией; установление санитарно-радиационного контроля и мониторинга; выполнение научных исследований.

Государственная поддержка охраны материнства и детства не всегда находила реальное воплощение на практике. Все-таки был проведен ряд организационных изменений: переход (1992) на международные критерии живорожденности, а также статистику младенческой, перинатальной и материнской смертности; введение (1997) трехуровневой системы перинатальной помощи; внедре-

ние (1991) пренатальной диагностики врожденных пороков. В определенной степени удалось постепенная реализация международного проекта естественного вскармливания – «больница доброжелательного отношения к ребенку» (в 1998 г. им было охвачено 17 тыс. детей и матерей из 32 районов республики). Были открыты некоторые специализированные медицинские учреждения (планирования семьи и репродукции с методом экстракорпорального оплодотворения, 1995; гемодиализа для детей, 1996; маммологическое, 1996), расширен (1999) национальный календарь прививок. Однако следует отметить, что для Белоруссии характерно ухудшение здоровья детей и беременных в последние годы. Так, только незначительно уменьшились младенческая (1991 г. – 12,1, 1999 г. – 11,4) и материнская (1991 г. – 21,8, 1999 г. – 20,4) смертность. За 1995–1999 гг. заболеваемость детей возросла на 23,1%. В республике (1999) до 75% беременных имели заболевания или патологические состояния (причем у каждой третьей – железодефицитная анемия), только (2000) 16,3% новорожденных были здоровыми.

Ухудшилось положение в области борьбы с туберкулезом. За десять лет заболеваемость выросла на 80% (1999 г. – 53,6 на 100 тыс.), а смертность – в 2 раза (1999 г. – 8,7 на 100 тыс.). Характерно остропрогрессирующее и тяжелое течение болезни. При сохранении принципов выявления туберкулеза госпитализация больных с открытыми формами обеспечивалась не полностью (1997 г. – до 78%). До 40% впервые выявленных больных составляли лица без определенных занятий и места жительства, прибывшие из исправительных учреждений, злоупотребляющие алкоголем.

Значительно – в 60 раз – возросло с 1990 г. по 1996 г. число больных с впервые установленным диагнозом сифилиса: несмотря на последующее снижение, (1999 г. – 130,3 на 100 тыс.) оно остается близким к эпидемическому. До 1996 г. Белоруссию относили к странам с низким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. Но вспышка в Светлогорске изменила эпидемическую ситуацию: к 2000 г. в республике зарегистрировано 2752 ВИЧ-инфицированных. В республике отмечается также тенденция роста заболеваемости (в том числе у де-

тей) психическими расстройствами, алкоголизмом, наркоманией.

Высшее медицинское образование в республике не претерпело особых изменений: действует 4 медицинских вуза (Витебск, Гродно, Минск, Гомель), Белорусская академия последипломного образования. Однако исходя из недостаточного финансирования, с 1992 г. осуществляется снижение приема в медвузы. И это несмотря на то, что на начало 2000 г. в системе Министерства здравоохранения было зарегистрировано 3498 вакантных врачебных должностей, из них 86% - в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В Заключении подводятся итоги диссертационного исследования. Подчеркивается, что анализ истории здравоохранения Белоруссии в XX веке свидетельствует о необходимости и важности его непрерывного реформирования с учетом накопленного опыта, региональных особенностей, социально-экономических возможностей и научных достижений.

Историко-медицинский анализ требует рассматривать опыт, накопленный отечественным здравоохранением, в т.ч. здравоохранением Белоруссии, в тесной связи с современностью. Это особенно важно сейчас, когда здравоохранение республики определяет цели и пути стратегического развития, трудится над их выполнением. Необходимо учитывать позитивный опыт, столетнего развития здравоохранения Белоруссии, его ценные достижения, которые нельзя игнорировать и предавать забвению.

Исторический опыт здравоохранения республики убедительно подтверждает целесообразность сохранения и дальнейшего развития государственной медицины, обеспечивающей наиболее рациональную организацию медицинской помощи населению. Именно в условиях государственной системы здравоохранения возможны реализация и совершенствование главенствующего принципа – профилактики, предупреждения болезней.

В республике Беларусь охрана и укрепление общественного здоровья вполне обоснованно претендует на преимущественное, первоочередное внимание государства. Это подтверждает Концепция развития здравоохранения (1998) и Государственная программа укрепления материально-технической базы здра-

воохранения (2000). При этом комплексное рассмотрение и решение медико-социальных проблем должно осуществляться на межведомственном уровне в рамках целевых государственных программ, особенно в условиях экологических и медицинских последствий аварии на Чернобыльской АЭС, в том числе на основе скрининга и мониторинга здоровья населения. Важно ритмичное, финансирование здравоохранения, а также стандартизация медицинских услуг, с определением их гарантированного объема и достижением установленного конституционного права на их получение. В организации здравоохранения следует опираться на научные основы и экономические методы, единую правовую базу, особенно в условиях интеграционных процессов России и Белоруссии.

Приоритет государственной медицины в системе многоукладности медико-санитарного устройства, свидетельствует о необходимости, опираясь на исторические традиции, использовать в Белоруссии российский опыт обязательного медицинского страхования и бюджетно-страховой модели здравоохранения.

Исторический опыт подтверждает, что первичная медико-санитарная помощь должна реально приобрести основополагающее значение. Целесообразно продолжить курс на расширение службы врача общей практики, стационарно-местящих технологий, устранение диспропорций в организации медицинской помощи городским и сельским жителям, а также между отдельными регионами республики. Гораздо большего внимания заслуживает повышение эффективности стационарного лечения, в том числе за счет перераспределения коечного фонда, использования современных медицинских технологий. Системное развитие должна получить специализированная медицинская помощь. Приоритетное место в системе здравоохранения республики необходимо отдать охране материнства и детства. Достижение санитарно-эпидемиологического благополучия призвано стать одним из важнейших направлений деятельности здравоохранения.

Решение проблем охраны и укрепления здоровья населения Белоруссии требует внимательного изучения и всестороннего учета международного опыта, прежде всего, опыта союзного государства – Российской Федерации.

ВЫВОДЫ

1. Предпринятый нами анализ многочисленных источников показал, что история здравоохранения Белоруссии в XX веке до настоящего времени не была предметом глубокого и объективного историко-медицинского исследования.

2. Ставление и развитие здравоохранения в Белоруссии исторически связано с вхождением в состав Российской империи, что обусловило возникновение государственной медицины, учреждение местной медицинской администрации, использование форм и методов охраны здоровья, применявшимися российскими врачами.

3. В начале XX столетия на территории современной Белоруссии определяющую роль в многоукладной системе здравоохранения играла земская медицина, внедрившая в практику передовые принципы организации общедоступной медицинской помощи; развивалась также городская медицина, открывались больничные кассы (страховая медицина).

4. Переустройство здравоохранения началось после февральской и октябрьской революций (1917). На большей части территории республики, входившей первоначально в состав Западной области РСФСР, такое переустройство проходило в соответствии с декретами и распоряжениями советской власти: основное внимание, в соответствии с реальной обстановкой, уделялось борьбе с эпидемиями инфекционных болезней.

5. Новый этап начался в 1919 г., после образования БССР и создания Наркомздрава республики. Строительство здравоохранения осуществлялось по образцу советской России, с использованием в 20-е годы финансирования из разных источников (местный бюджет, страховые фонды и пр.). Был взят курс на совершенствование борьбы с распространенными инфекционными болезнями (сыпной тиф, холера, туберкулез, сифилис, трахома). Преимущественное развитие получили амбулаторно-поликлиническая помощь, сельское здравоохранение и служба охраны материнства и детства.

6. В западной Белоруссии, входившей (1920-1939) в состав Польши,

не было единого государственного здравоохранения и санитарной организации, а существовала многоукладная медицина (муниципальная, общественная, частная, страховая). Сельская медицина, в отличие от других регионов Польши, сохраняла унаследованные от России черты земского организационного устройства.

7. В годы Великой Отечественной войны Белоруссия была оккупирована фашистскими войсками, что губительно сказалось на здравоохранении. Сохранившиеся учреждения лишь в малой степени обеспечивали оказание медицинской помощи населению: наряду с резким ухудшением социально-экономических условий жизни населения, это повлекло за собой значительное ухудшение показателей общественного здоровья (огромный рост инфекционной заболеваемости, снижение рождаемости, высокая смертность и пр.). Медики республики активно участвовали во всенародном партизанском движении, работе госпиталей и лазаретов, борьбе с эпидемиями инфекционных болезней.

8. Огромную роль в послевоенном восстановлении здравоохранения Белоруссии сыграли военно-медицинская служба Красной Армии (особенно сразу после освобождения от оккупации) и гражданское здравоохранение Российской Федерации и других республик. В Белоруссию направляли врачей и средних медицинских работников, посыпали лекарства и медицинское оборудование, помогали в строительстве больниц и поликлиник, в создании научно-исследовательских учреждений.

9. Здравоохранение республики на протяжении многих десятилетий развивалось как неотъемлемая составная часть здравоохранения СССР. Это было важно, так как позволяло использовать наиболее рациональные, научно обоснованные и апробированные формы и методы работы. В то же время проводившиеся преобразования не копировали механически практику других регионов, а нередко вытекали из собственного опыта, накопленного в разных областях Белоруссии, рекомендованного учеными республики. Все это позволило добиться определенных положительных результатов в охране здоровья населения, уменьшении заболеваемости, снижении смертности, увеличении продолжитель-

ности жизни.

10. Решение задач, стоявших перед здравоохранением Белоруссии во второй половине XX века, стало возможным лишь благодаря государственной системе охраны здоровья народа, помощи и координации усилий с Российской Федерацией и другими республиками. Однако в 60-ые – 80-ые годы развитие здравоохранения характеризовалось как позитивными, так и негативными моментами: все более очевидной становилась необходимость структурных преобразований, способных обеспечить улучшение охраны здоровья народа.

11. После создания независимого государства – республики Беларусь, (1991), столкнувшейся с большими экономическими и социально-политическими трудностями, не удалось добиться улучшения здравоохранения – почти все показатели его деятельности ухудшились. Все-таки даже в этих условиях, при неполной правовой базе, недостаточном финансировании и других материально-технических трудностях, ухудшении общественного здоровья (с учетом последствий аварии на ЧАЭС), в республике была сохранена доступность и начато реформирование лечебно-профилактической помощи населению.

12. Важную роль в совершенствовании охраны здоровья населения Белоруссии призваны играть государственные и национальные программы – Концепция развития здравоохранения (1998) и Государственная программа укрепления материально-технической базы здравоохранения (2000). Дальнейшее реформирование белорусского здравоохранения диктует необходимость использования опыта других стран, в особенности союзного государства – Российской Федерации.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. ТИЩЕНКО Е. М. Восстановление здравоохранения Белоруссии в 1943-1945 годах // Милосердие, благотворительность и медицинские музеи: Тезисы докладов II Международного симпозиума. – М., 1992. – С. 158-160.
2. ТИЩЕНКО Е. М. Отличительные черты медицины Белоруссии XIX века // Дзяячы аховы здароўя і медыцынскай навукі Беларусі і Літвы на пераломе XVIII-XIX стагоддзяў: Матэрыялы навукова-практычнай канферэнцыі. – Гродна-Белавічы, 1992. – С. 92-93.

3. ТИЩЕНКО Е. М. Восстановление научно-исследовательских учреждений Белоруссии в 1944-1945 гг. // 1 съезд социал-гигиенистов, организаторов здравоохранения и историков медицины Республики Беларусь: Тезисы докладов. – Минск, 1993. – С. 239-240.
4. ТИЩЕНКО Е. М. Медицинское обеспечение партизанских формирований Белоруссии // Здравоохранение Беларуси. – 1993. – № 9. – С. 74-78.
5. ТИЩЕНКО Е. М. Планы и реальность: Охрана материнства и детства в Белоруссии в 1944-1945 гг. // Acta medico-histirica rigensia (Из истории медицины) – V.1 (XX). – Riga, 1993. – С. 283-291.
6. ЦІШЧАНКА Я. М. Гарадская медыцына // Энцыклапедыя гісторыі Беларусі. – Т.2: Беліцк-Гімн. – Мінск: БелЭн, 1994. – С. 481.
7. ТИЩЕНКО Е. М. Из истории взаимодействия военно-медицинской службы и гражданского здравоохранения в период освобождения Белоруссии от фашистских захватчиков // Красный Крест и благотворительность: Материалы научной конференции, посвященной 120-летию Гродненского общества Красного Креста. – Гродно, 1995. – С. 189-191.
8. ТИЩЕНКО Е. М. Мероприятия органов и учреждений здравоохранения Белоруссии в начальный период Великой Отечественной войны // Беларусь у гады Другой сусветнай вайны: Урокі гісторыі і сучаснасць: Матэрыялы рэспубліканскай навуковай канферэнцыі, прысвечанай 50-годдзю Перамогі. – Мінск, 1995. – С. 7-9.
9. ТИЩЕНКО Е. М. Общая характеристика медико-санитарного дела Белоруссии в период Второй мировой войны // Седьмая научная конференция по истории медицины Беларуси, посвященная 50-летию окончания Второй мировой войны: Сборник материалов. – Минск, 1995. – С. 11-14.
10. КЛЕЧКОВСКАЯ Л. Г., ТИЩЕНКО Е. М. История становления и деятельности Гродненского общества Красного Креста // Красный Крест и благотворительность: Материалы научной конференции, посвященной 120-летию Гродненского общества Красного Креста. – Гродно, 1995. – С. 13-27
11. ТИЩЕНКО Е. М., ВЫСОЦКИЙ А. А. Из истории родовспоможения на Гродненщине в межвоенный период (1920-1939) // Сборник научных работ сотрудников клиники акушерства и гинекологии, посвященной 50-летию Гродненского роддома. – Гродно, 1995. – С. 24-26.
12. ТИЩЕНКО Е. М. Медицина Белоруссии оккупационного периода (1941-1944 гг.) // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1996. – № 5. – С. 49-52.
13. ЦІШЧАНКА Я. М. Гродзенская медыцынская акадэмія // Энцыклапедыя гісторыі Беларусі. – Т. 3.: Гімназіі – Кадэнцыя. – Мінск: БелЭн; 1996. – С. 128.
14. БОГДАНОВИЧ Ф. А., ЧАСНОЙТЬ Р. А., ТИЩЕНКО Е. М., СЕГАЛ Я. М. История становления и развития сестринского движения на Гродненщине // Исторические аспекты и современные проблемы сестринского движения на Гродненщине: Материалы научно-практической конференции, посвященной

- 120-летию Гродненской повивальной школы и 30-летию Гродненского областного совета средних медицинских работников. – Гродно, 1996. – С. 13-29.
15. СУХАРЕВА Е. И., ТИЩЕНКО Е. М. История становления и деятельности профсоюза работников здравоохранения Гродненщины // Исторические аспекты и современные проблемы профсоюза работников здравоохранения: Материалы конференции, посвященной 90-летию профсоюзного движения медицинских работников. – Минск, 1996. – С. 47-53.
16. ТИЩЕНКО Е. М. Из истории муниципального здравоохранения на Гродненщине в межвоенный период (1920-1939) // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1997. – Вып. 2. – С. 118-120.
17. ТИЩЕНКО Е. М. Первые медицинские съезды Белоруссии // Асклепий: Международный ежегодник истории и общей теории медицины. – Т. Х1. – София, 1997/98. – С. 133-137.
18. КУРБАЕВ В. Д., ТИЩЕНКО Е. М., СОВЦА С. В., ИГНАТОВИЧ Ф. И. История Первой Гродненской городской больницы (1912-1997) // Городская больница: История, состояние и пути совершенствования лечебно-профилактической помощи: Материалы научной конференции, посвященной 85-летию Гродненской городской клинической больницы № 1 им. З.П. Соловьева. – Гродно, 1997. – С. 12-27.
19. ТИЩЕНКО Е. М. Земская медицина Белоруссии (1903-1918) // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – 1998. – Вып.2. – С. 97-99.
20. ТИЩЕНКО Е. М. Общая характеристика здравоохранения Белоруссии 20 века // Материалы 1 съезда конфедерации историков медицины. – М., 1998. – С. 108-109.
21. ТИЩЕНКО Е. М. От национализации к денационализации аптек Белоруссии (1919-1922) // Рецепт. – 1998. - № 2. – С. 100-101.
22. ТИЩЕНКО Е. М. Проблемы истории медицины периода формирования белорусской государственности (1918-1920) // Материалы 1 съезда конфедерации историков медицины. – М., 1998. – С. 242-243.
23. ТИЩЕНКО Е. М. Финансирование учреждений здравоохранения Белоруссии в 1920-е годы // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1998. - № 3. – С. 60-63.
24. ДУТКЕВИЧ М., ТИЩЕНКО Е. Медицинский персонал северо-восточных территорий 2-й Речи Посполитой – жертвы Катыни // Медицина Беларуси XX века: Тезисы докладов восьмой республиканской научной конференции по истории медицины. – Минск, 1998. - С. 55-56
25. ТИЩЕНКО Е. М. Здравоохранение Беларуси в составе Российской империи (1795-1914): Методические разработки. – Гродно, 1999. – 23.с.
26. ТИЩЕНКО Е. М. Идеи земской медицины в деятельности сельских врачей в западных областях Беларуси (1920-1939 гг.) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. - № 2. – С. 53-54.

27. ТИЩЕНКО Е. М. Становление первичной медико-санитарной помощи на-
селению Беларуси в 20-е гг. XX века // Организационные аспекты первичной
медицинской помощи: Материалы научно-практической конференции.
– Минск, 1999. – С. 118-119.
28. ТИЩЕНКО Е. М. Центры здоровья Западной Беларуси в межвоенный период
(1920-1939) // Сотрудничество ради здоровья: Материалы научно-
практической конференции, посвященной 50-летию Гродненского областного
центра здоровья. – Гродно, 1999. – С. 2-3.
29. ТИЩЕНКО Е. М. Здравоохранение Беларуси в период Первой мировой вой-
ны // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.
– 2000. – № 1. – С. 59-61.
30. ТИЩЕНКО Е. М. История управления здравоохранением Беларуси (1795-
2000 гг.) // Реформы здравоохранения Беларуси в ХХ веке: Материалы IV
съезда социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения Республики Бе-
ларусь. – Минск, 2000. – С. 390-391.
31. ТИЩЕНКО Е. М. Приказная медицина Беларуси (1795-1914) // Медицина и
здравоохранение в дни войны и мира: Материалы научно-практической кон-
ференции, посвященной 55-летию победы в Великой Отечественной войне
1941-1945 годов. – М., 2000. – С. 106-107.
32. ТИЩЕНКО Е. М. Состояние и содержание лечебных учреждений Беларуси в
период фашистской оккупации (1941-1944) // Істор'я слов'янських народів:
Актуальні проблеми дослідження. – Випуск 6: Слов'янські народи в другій
світовій війні. – Київ, 2000. – С. 188 – 191.
33. ТИЩЕНКО Е. М. Здравоохранение Беларуси в 30-е годы XX века //
Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –
2001. – № 1. – С. 60-63.
34. ТИЩЕНКО Е. М. Некоторые исторические аспекты взаимодействия
здравоохранения и пенитенциарной медицины Беларуси (вторая половина
XIX – начало XX веков) // Актуальные проблемы пенитенциарной
медицины: Материалы международной научно-практической конференции. –
Минск, 2001. – С. 30-32.
35. ОРЕХОВСКИЙ В. М., ТИЩЕНКО Е. М. Зарождение общественного сани-
тарного движения в Беларуси в середине XX века // Профилактическая меди-
цина: уроки прошлого – перспективы будущего: Материалы 9-й республи-
канской научной конференции по истории медицины, посвященной 60-летию
Рогачевского общественного движения за санитарную культуру. – Минск,
2001. – С. 3-5.
36. ANDRIUŠIS A., TIŠCENKA E. Mogilivo medicinos institutas Naujojoje Vilnioje
// Vilniaus psichiatrijos klinikos istorija ir gydytoju veikla 1903-1993 m.: Medziaga
psichiatriu mokslines konferencijos. – Vilnius, 1993. – P. 101-107.
37. FELCHNER A., TISZCZENKO E. Sluzba zdrowia Grodna w latach 1920-1939 //
Archiwum Historii i filozofii medycyny. – 1995. – Zeizyt 4. – S. 445-451.
38. TISZCZENKO E. Geneza i dzialalnosc towarzystw lekarskich na
Grodzienzzczyznie (1862 - 1914) // Medycyna Nowozytna: Studia nad Historia
Medycyny. – T. 3. – Z. 1/2. – 1996. – S. 127 - 137.

39. TISZCZENKO E. International and national milestones of Grodno medical history // 35 th International Congress on the history of medicine: Book of Abstracts. – Kos Island, Greece, 1996. – P. 74.
40. TISZCZENKO E. Z historii aptek w Grodnie // VI sympozjum historii farmacji : Materiały zjazdowe. – Dobczyce – Krakow, 1996. – S. 43-44.
41. GELBERG I., TISZCZENKO E. Historical aspects and current problems of epidemiology of tuberculosis in Belarus // The evolution and palaeoepidemiology of tuberculosis: Abstracts International Congress. – Szeged, Hungary, 1997. – P. 42.
42. TISZCZENKO E., JODKOWSKI K. Powstanie i działalność Minskiej obwodowej stacji sanitarnej (sierpień 1919 – lipiec 1920) // III Światowy Kongres Polonii Medycznej: Streszczenia. – Częstochowa – Krakow, 1997. – S. 187.
43. TISZCZENKO E. Zaopatrzenie farmaceutyczne Białorusi 1918 – 1922 // VII Sympozjum historii farmacji. – Gietrzwałd, 1998. – S. 9.
44. TISZCZENKO E. Zjazdy medyczne w północno-wschodnich województwach II Rzeczypospolitej // Medycyna Nowożytna : Studia nad historią medycyny. – 1998. – T. 5. – Z. 2. – S. 109 – 116.
45. TISZCZENKO E., FELCHNER A. Działalność służby zdrowia województwa Nowogrodzkiego w latach dwudziestych XX wieku // Archiwum historii i filozofii medycyny. – 1998. - №2-3. – S. 193 – 204.
46. TISZCZENKO E. Public health in Minsk in march – december 1918 // Historiae Scientiarum Baltica: Abstracts of XIX th Baltic Conference on the History of Science. – T. 2. – Vilnius – Kaunas, 1999. – P. 48 – 49.
47. TISZCZENKO E., IGNATOWICZ F. Towarzystwa farmaceutyczne północno-wschodnich województw Polski w okresie międzywojennym // VIII sympozjum historii farmacji z okazji 70-lecia 1 Zjazdu aptekarzy słowiańskich: Materiały. – Poznań, 1999. – S. 45.
48. TISZCZENKO E. Aptekarstwo w północno-wschodniej Polsce w okresie międzywojennym // Farmacja Polska. – 2000. – T. 56. - № 18. – S. 887 – 890.
49. TISZCZENKO E. Naukowo – praktyczne aspekty pomocy medycznej ludności województw wschodnich drugiej Rzeczypospolitej // XIX Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji: Streszczenia referatów. – Poznań, 2000. – S. 143.
50. TISZCZENKO E. Problemy reformowania ochrony zdrowia na Białorusi // VIII Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. – Wrocław, 2000. – S. 62-63.
51. TISZCZENKO E. Służba zdrowia w przedwojennym Ślązaju // Magazyn Polski: Kwartalnik naukowo-społeczno-kulturalny. – 2000. - № 1-2. – S. 53.
52. TISZCZENKO E. Farmacja na Białorusi (1960-1980) // X sympozjum historii farmacji: Materiały zjazdowe. – Wenecja, 2001. – S. 26-27.
53. TISZCZENKO E. Historia farmacji na Białorusi XX w. // XVIII Naukowy zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego: Farmacja w XX wieku: Streszczenia. – T. 1.- Poznań, 2001. - S. 422-423.
54. ТИЩЕНКО Е. М. История здравоохранения Беларуси в XX веке: Монография / Под ред. и с предислов. М.Б. Мирского. – Гродно, 2001. – 154 с.

39. TISZCZENKO E. International and national milestones of Grodno medical history // 35. in International Congress on the history of medicine: Book of Abstracts. - Kos Island, Greece, 1996. - P. 74.
40. TISZCZENKO E. Z historii aptek w Grodnie // VI sympozjum historii farmacji. Materiały zjazdowe. - Dobczyce - Kraków, 1996. - S. 43-44.
41. GELBERG I., TISZCZENKO E. Historical aspects and current problems of epidemiology of tuberculosis in Belarus // The evolution and palaeoepidemiology of tuberculosis: Abstracts International Congress. - Szeged, Hungary, 1997. - P. 42.
42. TISZCZENKO E., JODKOWSKI K. Powstanie i działalność Minskiej obwodowej stacji sanitarnej (sierpień 1919 – lipiec 1920) // III Światowy Kongres Pionierów Medycznej Stosunków. - Częstochowa - Kraków, 1997. - S. 187.
43. TISZCZENKO E. Zapatrzenie farmaceutyczne Białorusi 1918 – 1922 // VII Sympozjum historii farmacji. - Gietrzwałd, 1998. - S. 9.
44. TISZCZENKO E. Zjazdy medyczne w północno-wschodnich województwach II Rzeczypospolitej // Medycyna Nowoczesna: Studia nad historią medycyny. - 1998. - T. 5. - Z. 2. - S. 109 - 116.
45. TISZCZENKO E., FELCHNER A. Działalność służby zdrowia województwa Nowogrodzkiego w latach dwudziestych XX wieku // Archiwum historii i filozofii medycyny. - 1998. - №2-3. - S. 293 - 204.
46. TISZCZENKO E. Public health in Minsk in march – december 1918 // Historia Scientiarum Baltica: Abstracts of XIX th Baltic Conference on the History of Science. - T. 2. - Ventspils - Kauņa, 1999. - P. 48 - 49.
47. TISZCZENKO E., IGNATOWICZ F. Towarzystwa farmaceutyczne północno-wschodnich województw Polski w okresie międzywojennym // VIII sympozjum historii farmacji z okazji 70-lecia I Zjazdu aptekarzy słowiańskich. Materiały. - Poznań, 1999. - S. 45.
48. TISZCZENKO E. Aptekarstwo w północno-wschodniej Polsce w okresie międzywojennym // Farmacja Polska. - 2000. - T. 36. - № 12. - S. 887 - 890.
49. TISZCZENKO E. Naukowo – praktyczne aspekty pomocy medycznej ludności województw wschodnich drugiej Rzeczypospolitej // XIX Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji. Stosunki referatów. - Poznań, 2000. - S. 143.
50. TISZCZENKO E. Problemy reformowania ochrony zdrowia na Białorusi // VIII Krajowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego. - Wrocław, 2000. - S. 62-65.
51. TISZCZENKO E. Służba zdrowia w przedwojennym Śląsku // Magazyn Polski. Kwartałnik naukowo-społeczeństwo-kultury. - 2000. - № 1-2. - S. 53.
52. TISZCZENKO E. Farmacja na Białorusi (1960-1980) // X sympozjum historii farmacji: Materiały zjazdowe. - Wenecja, 2001. - S. 26-27.
53. TISZCZENKO E. Historia farmacji na Białorusi XX w. // XVIII Naukowy zjazd Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego: Farmacja w XX wieku: Stosunki. - T. 1. - Poznań, 2001. - S. 422-423.
54. ТИЩЕНКО Е. М. История здравоохранения Беларуси в XX веке: Монография / Под ред. и с предислов. М.Б. Мирского. - Гродно, 2001. - 154 с.

Лицензия на издательскую деятельность № 00248
выдана Министерством Российской Федерации по делам печати,
телерадиовещания и средств массовых коммуникаций
от 28 сентября 1999 г.

ность ПЛД № 53-407
сийской Федерации
г.

на договорная

ститута

вления

AMN

12

2598/лаб.

