
История здравоохранения Беларуси

УДК 614.79:06.091](091)(476)

СТО ЛЕТ ИСТОРИИ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БЕЛАРУСИ

Н.Н.Пилипцевич

Белорусский государственный медицинский университет,
пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

На фоне произошедших за 100 лет событий на белорусской земле анализируются здоровье населения, состояние и деятельность сельского здравоохранения. Сделан вывод о том, что состояние и развитие сельской жизни в Беларуси определяет демографическая динамика. Устойчивой стала механическая убыль населения в результате его перемещения в городские поселения, таким же устойчиво отрицательным стал естественный прирост населения, пропорционально снижению востребованности сокращается сельская участковая медицинская служба. Выражая надежду на укрепление белорусского села и, соответственно, сельского здравоохранения, автор формулирует непосредственно связанные с этим предложения (в первую очередь, терминологические) по внесению изменений в действующее законодательство о здравоохранении.

Ключевые слова: Республика Беларусь; сельское здравоохранение; история развития; законодательство.

Сельское здравоохранение входит в государственное социальное устройство как органическая составная часть здравоохранения страны, функционирует на основе единых для всей системы принципов. Рациональная организация медицинского обслуживания сельского населения имеет важное значение в развитии территориальной социальной и экономической структуры. Профессиональным представителем здравоохранения является сельский врач, в соответствии с современным наименованием – врач общей практики.

Как известно, история просвещает, учит, является мудрой опорой в формировании прогнозов и развития на будущее. **Цель** настоящей работы – на основании доступных исторических материалов, официальных источников, научных изысканий, проанализировать произошедшие за последние 100 лет события в отечественном здравоохранении, обобщить, дать оценку, показать динамику его развития в сельской местности.

Приоритет сельскому звену здравоохранения

отдан в связи с тем, что до 70–80-х гг. XX века большинство населения проживало в сельской местности. Для его медицинского обслуживания требовалось формировать новое сельское территориальное здравоохранение. Такой была политическая программа руководства страны. За период с последней четверти XX века и включая прошедшие почти два десятилетия XXI века стабильность сельского здравоохранения в значительной степени была утеряна.

Насыщенный множеством событий 100-летний временной интервал развития отечественного здравоохранения разделен на 4 периода:

– начальный период включает накладываются (и (или) последовательно переходящие) события Первой мировой войны (1914–1918), революции (1917–1918), военной интервенции и гражданской войны (1918–1920);

– последующий период – 20 лет (1920–1940) – поступательного движения здравоохранения в условиях мирного развития нового государства;

– период Великой Отечественной войны (1941–1945), в том числе, три года выживания и борьбы белорусского народа в условиях немецкой оккупации;

– заключительная, самая продолжительная часть – 75 лет анализируемого периода – залечивание ран войны, строительство, совершенствование народно-хозяйственного комплекса, в том числе здравоохранения.

За 225-летний временной интервал, отделяющий нас от третьего раздела Речи Посполитой между Россией, Пруссией и Австрией (1795), государственное и политическое устройство на белорусской земле изменялось три раза. 122 года (1795–1917) белорусские земли входили в состав Российской империи. 74 года (1917–1991) БССР на правах союзной республики входила в состав СССР. Почти три десятилетия (без одного года) Республика Беларусь – суверенное государство.

В результате «переходов» от потрясений к размеренной жизни, с разной интенсивностью подвергались модернизации экономика, политика, культура, наука, образование, религия, здравоохранение и др. В совокупности, эти важнейшие и подобные им составляющие определяли возможность и характер развития здравоохранения, являясь для него регламентирующим фоном и одновременно стартовой базой развития.

Организационные возможности медицинского обслуживания сельского населения имеют свои особенности. Среди них: удаленность сельских населенных пунктов друг от друга, от центра, объединяющего их в границах административно-территориального образования; различие в численности проживающего населения; транспортная доступность; специфические условия труда и быта; экономика сельскохозяйственного производства; развитие социальной сферы и пр.

Первый период. На территории Беларуси военные действия первой мировой войны начались с августа 1915 г. Во всех белорусских губерниях было введено военное положение. Превосходящие в силе войска кайзеровской Германии существенно продвинулись в глубь территории страны. В связи с приближающейся угрозой, Ставка верховного главнокомандующего российскими войсками – царя Николая II – передислоцирована на 300 км из Барановичей в Могилев. На всей территории резко ухудшилось экономическое и социальное положение. Общий объем промышленного производства действующих предприятий снизился до 30% довоенного уровня. Наполовину сократились посевные площади. Свыше 50% трудоспособных мужчин мобилизованы для обеспечения фронта. На

военные нужды у крестьян реквизируются продукты питания, скот, фураж [1].

На российско-германском фронте за всю Первую мировую войну районом наибольшего напряжения была Сморгонщина. Там элитные части русской армии получили приказ стоять насмерть. Оборона Сморгони продолжалась 810 дней. 19 июня 1916 г. на данном участке фронта немцы впервые в этой войне применили химическое оружие. За полтора часа было отравлено 2076 солдат и 40 офицеров. В последующие месяцы газовые атаки вошли в разряд «обычных» боевых действий.

Из прифронтовой полосы в глубь страны бежали 1 миллион 300 тысяч человек [1]. Очевидец этих событий, участник обороны Сморгони, генерал Гурко дал такую оценку виденному: «...Никакой ужас битвы не мог сравниться с ужасным зрелищем бесконечного исхода населения, не знающего ни цели своего движения, ни места...». Лишенные крова, продовольствия, медицинского обеспечения беженцы массово гибли от голода, холода, тифа, холеры, других болезней.

Сложившаяся ситуация способствовала активизации революционных выступлений. Им противодействовали вооруженные силы под руководством Ставки в Могилеве и штаба Западного фронта в Минске. Ставка была ликвидирована в ноябре 1917 г. За последующие включительно по февраль 1918 г. месяцы на территории современной Беларуси смещен старый государственный аппарат, уставлена новая власть. В феврале 1918 г. возобновилось наступление немецких войск, захвачены Минск, Полоцк, Орша, нависла угроза над Витебском. В оккупации оказалась большая часть территории [1].

В боях было положено начало формированию Красной Армии. Организованный отпор, совместно с перешедшими на сторону революции частями войск Временного правительства, остановил продвижение наступающего противника. 3 марта 1918 г. в Брест-Литовске подписан мирный договор. В ноябре 1918 г. в Германии произошла революция. Брестский договор был аннулирован. В конце декабря 1918 г. – начале января 1919 г. территория Беларуси, за исключением части Гродненской губернии, была освобождена.

1 января 1919 г. образована БССР. 20 января 1919 г. создан Народный комиссариат здравоохранения БССР. 2–4 февраля 1919 г. в Минске состоялся I Всебелорусский съезд Советов, на котором утверждена первая Конституция Социалистической Советской Республики Белоруссии (ССРБ).

Период с конца 1919 – начала 1920 гг. – короткая мирная передышка. В марте 1920 г. ее прервала очередная военная интервенция на территорию республики, на этот раз со стороны Польши. Первоначально успешные действия наступающих войск вскоре были остановлены. В июле 1920 г. освобождена столица, затем вся территория ССРБ. 18 марта 1921 г. в Риге подписан мирный договор на тяжелых условиях – западные губернии Беларуси и Украины отошли к Польше. Для республики это было трудное время, рвали–делили землю на части, уничтожали народ.

На состоянии здравоохранения в рассматриваемое время негативно сказались более отдаленные события. Для их восстановления сделаем краткий экскурс во вторую половину XIX века. 1 января 1864 г. в Российской империи получило силу закона «Положение о губернских и уездных земских учреждениях». На территорию современной Беларуси земская реформа не была распространена по причине восстания 1863 года. В сравнении с земскими губерниями России, это сказало ограничением развития многих сторон общественной жизни, в том числе, здравоохранения. Ситуация мало изменилась и после введения в действие в 1903 г. «Положения об управлении земским хозяйством в 9 западных губерниях». В их число вошли Витебская, Минская и Могилевская губернии. Только через 47 лет после реформы 1864 г., по решению царского правительства в этих губерниях созданы выборные земства (1911). В их ведение переданы вопросы местной хозяйственно-экономической жизни, образования, здравоохранения. Но времени на их реализацию уже не осталось. Как оказалось, приближался закат самой империи. Институт земства на белорусской земле практически не состоялся [2]. Продолжительность контролируемого застоя социально-экономического развития, в том числе, в сфере здравоохранения, составила, без малого, 50 лет.

Через четыре года (1915) наступил кровавый круговорот описанных выше событий: империалистическая война, революционные свершения, гражданская война, оккупация кайзеровскими, затем польскими войсками значительной территории Беларуси. Республика, на фоне всеобщей хозяйственной разрухи, находилась в катастрофически тяжелом положении: повсеместно доминировали нищета, бескультурье, голод.

Советскому здравоохранению досталась в наследство слабо развитая общественная медицина, ограниченная санитарная организация, очень сложная санитарно-эпидемиологическая обста-

новка. К началу XX века 77% жителей Беларуси были неграмотными. Здравоохранение вошло в этот период с медицинской сетью и тяжелым состоянием здоровья населения, сложившимися при царской власти. «Прироста» в сфере медицинского обслуживания ждать было неоткуда. Таяло в своей численности население, имела место убыль врачебного и среднего медицинского персонала, в том числе, и за счет призыва в действующую армию. Сельский врач, чаще всего одиночка, предоставленный по месту службы самому себе, не мог в полной мере бороться с болезнями, противостоять преждевременной смерти, обеспечивать растущую востребованность в медицинском обслуживании.

Таковым, в совокупном представлении, было положение дел в течение и к концу первого периода.

Второй период. На освобожденной от интервентов белорусской земле в тяжелейших условиях началось мирное строительство. Решалась задача восстановления в короткое время разрушенных войной и интервенцией промышленности, транспорта, сельского хозяйства. На одном из первых мест находилась борьба с голодом – расширение посевных площадей, в сравнении с 1913 г. они сократились на 60%, сбор урожая.

16 января 1921 г. между РСФСР и ССРБ был заключен договор о хозяйственном и военном союзе. Здравоохранение Беларуси начало решать задачи своего развития в единстве с российским здравоохранением. До этого времени оно было слабо организованным. Большинство сельского населения медицинскую помощь получало от фельдшеров. Врачей не хватало, мощность уездных больниц составляла 15–20 коек.

В отношении медицинского обслуживания сельского населения единой воспринималась задача сформировать сеть врачебных участков в сельской местности. Они должны были стать центрами борьбы за охрану здоровья населения, осуществлять комплексную систему взаимосвязанных лечебных, санитарных и эпидемиологических мероприятий. Им предстояло провести большую работу по повышению уровня санитарной культуры, оздоровлению сельских местностей, снижению заболеваемости, смертности, общему укреплению здоровья [2].

30 декабря 1922 г. постановлением 1-го съезда Советов был образован Союз Советских Социалистических Республик в составе РСФСР, БССР, УССР, ЗСФСР. Это событие позитивно сказало на территориальном закреплении и развитии БССР. На то время хозяйственные возможно-

сти и материальные ресурсы республики, состоявшей из 6 уездов (Минский, Игуменский, Борисовский, Бобруйский, Слуцкий, Мозырский) бывшей Минской губернии, были крайне ограниченными [1]. В 1924 г. произошло первое ее укрупнение с передачей ряда уездов Витебской, Гомельской, Смоленской губерний. В результате территория республики увеличилась до 110 тыс. кв. км, численность населения превысила 4 миллиона человек. После второго укрупнения БССР (1926) с присоединением Гомельского и Речицкого уездов территория республики увеличилась до 126 тыс. кв. км, численность населения – до 5 миллионов человек.

Весной 1929 г. в БССР был принят первый пятилетний план развития народного хозяйства. 3–4 мая 1929 г. состоялся 3-й Всебелорусский съезд участковых врачей и работников охраны здоровья. В числе первостепенных, в повестке дня съезда стоял вопрос о первом пятилетнем плане строительства здравоохранения – белорусской «пятилетке здоровья» [3]. Сельское здравоохранение, несмотря на некоторые позитивные подвижки, находилось в довольно тяжелом положении.

В докладе Министра здравоохранения БССР М.И.Барсукова генеральной линией прозвучала позиция государственного значения: «Здравоохранение включается в общую систему народно-хозяйственного плана, становится одной из важнейших частей производства, здравоохранение вырастает в сложнейшую систему оздоровительных мероприятий, тесно связанных с общей экономикой страны» [3]. М.И.Барсуков адекватно оценивал возможности планирования здравоохранения. Видел, что по тому времени «очень сложно вкладывать медико-санитарное дело в плановые рамки». Основная тому причина – отсутствие в годы царизма продуманной системы планирования. Было очевидным, что для регулирования дальнейшего роста здравоохранения необходимы научно обоснованные дифференцированные нормы планирования, без которых легко допустить диспропорции в развитии медицинского обслуживания населения. Потребовался поиск необходимых норм, масштабов, часто приходилось разрабатывать новые критерии, на основе которых можно вести обоснование закладываемых в план параметров строительства здравоохранения. Поэтому обсуждаемый план, как первая проба, самими его разработчиками оценивался критически как требующий в перспективе внесения исправлений и дополнений. Институту социальной гигиены была поставлена задача – научно разработать ряд вопросов, связанных с социально-гигиеническим

обоснованием плана строительства охраны здоровья.

В итоговой оценке съездом первого пятилетнего плана охраны здоровья отмечено, что он является минимальным в смысле удовлетворения запросов строительства промышленности и сельского хозяйства, а также запросов населения на медико-санитарное обслуживание. Вместе с тем, взята правильная линия на строительство санитарной организации, усиление борьбы с социальными болезнями, приближение медицинской помощи к населению.

Среди проблемных вопросов, поднятых на съезде, были выделены: отсутствие готового жилого фонда как преграда для развертывания новой медико-санитарной сети; слабая подготовка врачебных кадров как ограничение возможности повышения качества и уровня квалификации медицинской помощи и др.

На съезде были обсуждены и согласованы ряд исходных параметров плана построения медицинской помощи на селе. В частности, получили одобрение: уменьшение радиуса обслуживания с 12,6 км (1929 г.) до 11,3 км (1933 г.), с задачей в перспективе довести его до 5 км; строительство новых врачебных амбулаторий – ставилась задача за пять планируемых лет увеличить их количество с 269 до 326; постепенная ликвидация фельдшерских пунктов; определение сельской врачебной амбулатории основным типом медицинского учреждения на селе; планирование строительства к концу пятилетки 30 новых районных больниц мощностью по 40 коек с доведением их общего числа до 123, а числа детских консультаций – центров охраны материнства и младенчества – с 64 до 110 [3].

К важным звеньям здравоохранения в сельском районе отнесена санитарная организация. Министр М.И.Барсуков «видел» санитарного врача организатором нового быта на селе. Считал обязательным его участие в рассмотрении разрабатываемых планов строительства новых колхозов и совхозов, планировании и застройке деревни домами нового типа, контроле за санитарным состоянием школ и пр. Санитарный врач – консультант сельских врачей по санитарным вопросам, руководитель проведения противоэпидемических мероприятий.

В выполнении задач по оздоровлению деревни важное место отводилось сельской общественности. Вариантом ее задействования являлась организация Советов социальной помощи при каждом лечебно-профилактическом учреждении. В качестве проводников санитарной культуры Министр

рекомендовал формировать санитарные комиссии сельских советов, назначать санитарных уполномоченных колхозов и совхозов. До конца пятилетки планировалось укомплектовать санитарными врачами каждый сельский район.

Пятилетним планом предусматривались: проведение два раза в год поголовных медицинских осмотров колхозников и их семей; строительство полевых и стационарных яслей; материальное участие колхозов в медико-санитарном деле; создание при колхозах специальных фондов для курортного лечения и улучшения быта и др. Контроль за санитарным состоянием коллективных хозяйств возлагался как на санитарных, так и на участковых врачей.

Руководство медико-санитарной организацией района поручалось главному врачу ЦРБ. В зависимости от санитарно-эпидемиологической обстановки альтернативной кандидатурой для его замещения являлся районный санитарный врач. С 1930 г. управленческие структуры здравоохранения района, города с уровня инспекторов преобразованы в рай- и горздравотделы исполнительных комитетов. С 1938 г. введено областное административно-территориальное деление. Соответствующий орган управления здравоохранением стал именоваться областным отделом здравоохранения [3, 4].

Наиболее действенные формы участия населения в оздоровительных мероприятиях проявились в предвоенные годы.

На 1 января 1929 г. население БССР составляло 5 миллионов 171 тысяча человек. Республика была разделена на 8 округов, в их составе 101 район, 1416 сельских, 82 местечковых и городских советов. Естественное движение на 1000 населения (1927 г.) имело следующий вид (БССР/город/село): рождаемость – 39,1/29,4/40,7; смертность – 14,2/12,6/14,6; естественный прирост – +24,5/16,8/26,1. Планировалось довести к 1933 г. до 6455 общее количество больничных коек.

На основе общесоюзного плана был разработан второй пятилетний план развития экономики и культуры БССР (1933–1937). Третий пятилетний план был сорван началом Великой Отечественной войны.

Внешние границы и внутреннее областное деление БССР с 1939 по 1944 г. и в последующие годы неоднократно менялись. В сентябре 1939 г. произошло воссоединение отторгнутых ранее по Рижскому договору западных территорий Беларуси в единое государство. Это решение сохраняется неизменным по настоящее время. При этом, в соответствии с нормами международного пра-

ва, до окончания Великой Отечественной войны жители Западной Беларуси являлись гражданами Польского государства, а не БССР.

За годы предвоенных пятилеток в БССР подошла к завершению организационная перестройка, материально укрепились структурные звенья здравоохранения. Слаженной работой общегосударственной и санитарной служб к началу Великой Отечественной войны были достигнуты определенные успехи в улучшении здоровья сельского населения.

В 1940 г. в БССР функционировали 514 больниц суммарной мощностью 29,6 тыс. коек, работали 5,2 тыс. врачей, 1565 ФАПов, 226 женских и детских консультаций, 137 врачебных и 264 фельдшерских здравпункта, 173 станции скорой помощи, 175 санитарно-эпидемиологических станций, 609 аптек. В таком составе отрасли здравоохранения вместе с населением предстояло в скором будущем пережить прокатившуюся в обе стороны через территорию республики кровавую «военную машину» и трехлетнюю немецкую оккупацию.

В неизбежности войны сомнений уже не оставалось, но люди надеялись на лучшее. В руководящих кругах ошибочно считали, и на такую позицию настраивали население, что боевые действия будут скоротечными, вестись «малой кровью» на территории противника.

В здравоохранении, как и других отраслях народного хозяйства, неспешно велась плановая работа. Народный комиссариат здравоохранения занимался текущими делами мирного времени: развертыванием сети ЛПУ, укреплением сельских врачебных участков, трудоустройством медицинского персонала, особенно в западных областях, проведением санитарно-эпидемиологических мероприятий и пр. Когда на белорусскую землю пришла война, многие разделы строительства не были завершены.

Третий период. На 1 января 1941 г. общая площадь республики в новых границах составляла 225,7 тыс. кв. км, население – 10 миллионов 454 тысяч 900 человек. В ее состав входило десять областей, включая Белостокскую и Вилейскую.

С началом Великой Отечественной войны из республики эвакуировано около 2,5 миллиона человек, примерно 8 миллионов осталось в местах проживания [5]. К сентябрю 1941 г. вся территория Беларуси была захвачена немецкими войсками. Поддержание «нового» порядка, защита от партизан обеспечивались военно-полицейской группировкой численностью до 160 тысяч оккупантов. В зависимости от контроля над террито-

рией, сложились, с разрывом в несколько месяцев, две формы медицинского обслуживания: одна – установленная немецкими властями; другая – в партизанской зоне [5, 6]. В такой очередности кратко представим их.

Служба здравоохранения в «германском оформлении». Германизация восточных земель предусматривала «очистку» их от части населения и онемечивание остальных жителей. Основным содержанием жизнеустройства было уничтожение: держать культуру на возможно низком уровне, ограничить прирост населения, немецким врачам избегать оказания медицинской помощи местному населению, свести до безопасного минимума профилактическую работу и пр. Для населения в возрасте 18–45 лет оккупационные власти ввели всеобщую трудовую повинность. Работавшему до войны населению надлежало вернуться на свои прежние места. В приказном порядке возвращены на службу люди, работавшие в лечебных учреждениях. Их деятельность регламентировалась документом «О новом оформлении профессии службы здоровья» (октябрь 1941 г.).

Угроза распространения инфекционных заболеваний, необходимость поддержания в работоспособном состоянии людей, занятых обслуживанием немецких войск, вынудила новые власти к принятию ряда мер по проведению необходимых санитарно-гигиенических мер на оккупированной территории. Были открыты уцелевшие больницы, амбулатории, аптеки. Врачи, осуществляющие прием населения, обязывались еженедельно указывать в отчетах лиц, имевших заболевания, представлявшие для немцев опасность [6].

Лечение было платным. Койко-день в больнице Минска (питанием и постельными принадлежностями больные не обеспечивались) стоил 8–12 рублей, рентгеноскопия грудной клетки – 10, желудка – 20 рублей. В других больницах (Вилейка) взималась в несколько раз большая плата.

Здравоохранение в партизанской зоне. Многие работники подконтрольного немцам здравоохранения стремились оказывать посильную помощь (медикаментами, инструментарием, перевязочным материалом и другими средствами) медико-санитарной службе партизанских зон. На первых порах этих средств очень не хватало. С организацией доставки необходимого оснащения воздушным транспортом с Большой земли ситуация несколько улучшилась. С 1942 г. отдельные боевые отряды начали объединяться в партизанские соединения. Тем самым увеличивалась их боевая мощь, одновременно прирастало медицинское обслуживание партизанского состава. Для

этого стали создавать медпункты, амбулатории, госпитали, эвакуопункты.

С ростом мощности партизанского здравоохранения расширились возможности оказания медицинской помощи местным жителям. По данным Белорусского штаба партизанского движения, за период с октября 1942 г. по ноябрь 1944 г. в среднем до 15–20% амбулаторных посещений приходилось на гражданское население. Всего медицинскими службами партизан обслужено более 135 тысяч гражданского населения [5]. Такой, в совокупном представлении, сложилась система медицинского обслуживания партизан и местного населения. Естественно, ее возможности, по отношению к потребностям, были крайне ограниченными.

Война и трехлетняя оккупация принесли неисчислимы бедствия, тяжелейшие социально-экономические последствия. Уничтожено больше половины национального богатства страны. Разрушены 209 городов и районных центров, 9200 сельских населенных пунктов. Разрушению подверглись 74% больниц, 83% амбулаторно-поликлинических учреждений, 79% санитарно-эпидемиологических станций, 96% противомаларийных станций и пр. Сложились неудовлетворительное санитарное состояние и материально-бытовые условия населения [5–7].

За годы оккупации Беларуси здравоохранение потеряло от рук фашистов 633 врача, 252 зубных врача, 241 фельдшера, 69 фельдшеров-акушеров, 330 медицинских сестер. В общей сложности в оккупации погибло около двух тысяч медицинских работников.

Резко ухудшились показатели здоровья населения. Возникли эпидемии сыпного и возвратного тифов, малярии, туляремии. В несколько раз увеличилась заболеваемость сифилисом, гонореей, туберкулезом, другими болезнями.

За пять месяцев 1944 г. заболеваемость сыпным тифом на территории Беларуси достигла 154,3 на 10 тысяч населения, что в 45 раз превысило довоенный уровень. Так же росла заболеваемость малярией (в 1945 г. – 341,5 на 10 тысяч населения, что в 8,5 раз выше, чем до войны [7]).

Рождаемость снизилась. Общая смертность увеличилась с 13,1‰ в 1940 г. до 65,4‰ в 1941 г., 135,9‰ – в 1942, 71,8‰ – в 1943, 29,3‰ – в 1944. Совокупно страна потеряла каждого четвертого, по некоторым данным – каждого третьего жителя.

В 1944 г. семнадцать районов Белостокской и три района Брестской областей были переданы Польше. Образованы новые области – Бобруйская, Гродненская, Полоцкая. Вилейская область

переименована в Молодеченскую. Территориальными потерями БССР в войне явились утраченные Виленщина и Белосточчина [1, 5].

Четвертый период. К концу 1945 г. количество развернутых коек в городах было ниже уровня 1940 г. В сельской местности наоборот – выше, хотя пользы от этого оказалось немного, мощность 34,4% восстановленных сельских больниц была минимальной – не выше 10 коек. Большинство из них не соответствовали санитарно-гигиеническим требованиям.

В марте 1946 г. был принят Закон о пятилетнем плане восстановления и развития народного хозяйства БССР. Поставлена задача «улучшить состояние народного здравоохранения, восстановить и расширить сеть больниц, поликлиник, амбулаторий, женских и детских лечебных учреждений».

Первый этап восстановления сети здравоохранения республики был, в основном, закончен в 1948–1949 гг. В сельской местности из землянок были выведены все ЛПУ, но многие из них по-прежнему располагались в негодных помещениях. Другие находились в зоне трудной для населения территориальной доступности. 243 из 340 сельских участковых больниц развернуты в приспособленных помещениях; из 277 сельских врачебных амбулаторий 122 размещались в помещениях частных лиц. В целом, к 1950 г. здравоохранение республики достигло довоенного уровня. Эпидемиологическая обстановка улучшилась [7]. На ближайшие десятилетия это направление стало одной из важнейших программ социального строительства.

Административно-территориальное деление БССР на 12 областей просуществовало до 1954 г. С середины 1950-х до середины 1960-х гг. произошла очередная реорганизация в сторону укрупнения административно-территориального деления БССР. Упразднены области: Барановичская, Бобруйская, Пинская, Полесская, Полоцкая. В настоящее время территория республики разделена на шесть областей, 118 сельских районов.

Заключение

Начиная с 60-х гг. прошлого века и, особенно, в последние двадцать лет XX века и по настоящее время, состояние и развитие сельской жизни в Беларуси определяет демографическая динамика. Устойчивой стала механическая убыль населения в результате его перемещения в городские поселения. Таким же устойчиво отрицательным стал естественный прирост населения. Пропорционально снижению востребованности стала сокращаться сельская участковая медицинская

служба [8–11]. Во времена всех невзгод, село каждый раз возрождалось само, спасало страну, пополняло по мере потребности рабочий и военный строй. Теперь «малая родина» сама нуждается в поддержке отечества. Здравоохранение – служба передового рубежа, всегда приходило туда и тогда, где и когда в нем имелаась потребность. Надежды на укрепление белорусского села как грядущую историческую реальность, надо верить, сбудутся. Служба охраны здоровья займет на селе подобающее место, всеми своими возможностями и средствами будет способствовать его социально-экономическому развитию.

В связи с этим, автор еще раз возвращается к своим предложениям по изменяющемуся в настоящее время законодательству о здравоохранении.

Понятие «здравоохранение», в первоначальном представлении, содержало перечень мер деятельности по охране здоровья населения (забота, защита, сохранение, улучшение, укрепление и др.). Все в данной трактовке остается в силе и сейчас. Конституцией страны (статья 45) гарантировано право на охрану здоровья, бесплатность лечения в государственных учреждениях здравоохранения, доступность медицинского обслуживания. Государственный характер здравоохранения и конституционные гарантии для граждан подчеркнуты в действующей редакции закона «О здравоохранении»: «...здравоохранение – отрасль деятельности государства, целью которой являются организация и обеспечение доступного медицинского обслуживания населения...» (абзац шестой части первой статьи 1). Предлагаем следующее:

1. Терминологическое единство здравоохранения один из факторов его монолитности и слаженности работы как системы. В организационной практике здравоохранения имеет место сочетание трех понятий: *медицинская помощь*; *медицинское обслуживание*; *медицинское обеспечение*. О содержании и исходной/отправной значимости понятия **медицинская помощь**, произошедшей его замене в отечественном здравоохранении на **медицинскую услугу**, вероятной опасности такого результата для стабильности в обществе и самой системы здравоохранения утверждалось и обосновывалось в публикациях автора на страницах данного издания («Вопросы организации и информатизации здравоохранения», 2015, №3; 2019, №1 и №4), в учебнике «Общественное здоровье и здравоохранение» (2015). За многие века пока еще не предлагалось более емкого и точного названия процесса и результата врачевания, чем «медицинская помощь». Медицинские услуги по определению менее доступны, поскольку

ку предоставляются на платной для пациента основе. После октябрьской революции (1917) основными задачами новой власти было построение системы государственной общедоступной медицинской помощи. Известно, доступной может быть только бесплатная медицинская помощь. В свое время, это разъяснение сформулировано ВОЗ. Мало заметное, на первый взгляд, изменение наименования «медицинская помощь» на «медицинская услуга» напрочь перечеркивает основные принципы советского здравоохранения, которые до сих пор признаются лучшими в мире. ВОЗ рекомендовала другим странам взять их за основу при строительстве своих систем здравоохранения.

Медицинская услуга – это бизнес на здоровье людей. Всемирная торговая организация настоятельно демонстрирует свой интерес втянуть здравоохранение государств в сферу бизнеса. Замена административно-управленческого повседневного контроля деятельности и перспективного планирования на рыночное регулирование – путь к удорожанию здравоохранения. Переход института «врача-лечебника-профилактика» в институт «врача-бизнесмена» – путь к падению доверия к государственному здравоохранению.

При этом, в статье 45 Конституции Республики Беларусь имеется и многократно встречается в тексте Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (статьи 1; 3 (два раза); 4; 5 (три раза); 8; 9 и далее) термин «медицинское обслуживание», однако, название есть, а расшифровки его содержания нет.

Предлагаем отказаться от использования термина «медицинская услуга», поскольку это понятие обезличенное, в перечне профессиональных стандартов врачебной деятельности не имеет критериев вида и объема медицинской помощи, разрушает содержание всех трех характеризующих понятий, и ввести в терминологический оборот понятия «медицинское обслуживание» и «медицинское обеспечение» со следующими вариантами формулировок:

медицинское обслуживание – повседневная готовность и плановая деятельность органов и организаций системы здравоохранения по проведению в полном объеме текущих и превентивных мероприятий медицинской помощи, направленных на поддержание, сохранение, укрепление здоровья населения;

медицинское обеспечение (в действующей редакции закона не упоминается) – понятие, используемое в практике мирного, военного време-

ни, в условиях предельных физических и нервно-психических нагрузок, экстремальных ситуаций. Например, медицинское обеспечение спортивных мероприятий, учебных/боевых действий войск, контингентов находящихся в чрезвычайной зоне – эпидемических очагах, беженцев, пострадавших от землетрясений, наводнений и пр. По содержанию – это масштабные комплексные мероприятия высокой готовности, требуют для своей реализации привлечения определенных сил и затрат средств, сохранение боеспособности, спасение жизни, оказание медицинской помощи, осуществление лечебно-эвакуационной и предупредительной деятельности.

2. Восстановить в отечественном законодательстве установленное ВОЗ название вида медицинской помощи «**первичная медико-санитарная помощь**» (ПМСП). Таким это название вошло в международную медицинскую практику с Алма-Атинской конференции 1978 г. Каждое очередное десятилетие по данной тематике ВОЗ подводит итог, результаты обнародуются в Декларациях. Название в первичной редакции устойчиво сохраняется во всем мире, кроме России и Беларуси. В действующей редакции закона «О здравоохранении» используется модернизированное название «первичная медицинская помощь». Однако, оно воспринимается как намеренное расчленение целостности отрасли. Здравоохранение сохранилось в единой организационной структуре: лечебно-профилактическая и санитарная сеть согласованно работают в содружестве под единым управлением. ПМСП в формулировке ВОЗ отражает ее единство.

3. В практике здравоохранения:

а) в течение десятилетий говорим об объеме медицинской помощи, а по факту, ошибочно, речь ведется об объеме работы;

б) расклад видов медицинской помощи усложнился, потерялась индивидуальная значимость, присутствует двоякий смысл.

Считаем целесообразным рассмотрение данных предложений при внесении изменений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении».

Литература

1. *Абецидарский, Л.С.* История БССР / Л.С.Абецидарский, М.П.Баранова, Н.Г.Павлова. – Минск, 1975. – 288 с.
2. *Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.)* / Е.Д.Ашурков [и др.]; под ред. проф. М.И.Барсукова. – М.: «Медгиз», 1967. – 394 с.
3. *3 Усебеларускі з'езд участковых дактароў і працаўнікоў аховы здароўя, 4–8 мая 1929 г. і 1 Усебеларускі з'езд хірургаў, гінеколагаў і акушэраў, 9–12 мая 1929 г. / матэрыялы і рэзалюцыі, складзеныя*

- Сакратарыятам 3'езду пад агульнай рэдакцыяй і са ўступным артыкулам М.І.Барсукова. – Менск, 1929. – 85 с.
4. Горфин, Д.В. Очерки истории развития сельского здравоохранения СССР (1917–1959 гг.) / Д.В.Горфин; под ред. проф. М.И.Барсукова. – М.: «Медгиз», 1961. – 235 с.
 5. Гісторыя Беларусі: ў 6 т. – Мінск: Экаперспектыва, 2007. – Т.5: Беларусь у 1917–1945 гг. – С.518, 537.
 6. Абраменко, М.Е. Здравоохранение Беларуси в годы Великой Отечественной войны (1941–1945 гг.) / М.Е.Абраменко. – Гомель, 2010. – 112 с.
 7. Беяцкий, Д.П. Развитие санитарного дела в Белорусской ССР (историко-теоретический очерк) / Д.П.Беяцкий. – Минск, 1966. – 70 с.
 8. Смулевич, Б.Я. Заболеваемость и смертность населения городов и местечек БССР / Б.Я.Смулевич. – Минск: Ц.С.У. и Н.К.З. БССР, 1928. – 532 с.
 9. Мельников, В.Г. Общая болезненность сельского населения БССР: автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г.Мельников; Минский гос. мед. ин-т. – Минск, 1965. – 22 с.
 10. О мерах по совершенствованию организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений: приказ Министерства здравоохранения СССР, 23 сент. 1981 г., №1000.
 11. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2016 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2017. – 262 с.

**ONE HUNDRED YEARS OF HISTORY OF
BELARUS' RURAL PUBLIC HEALTH**
N.N.Pilipsevich

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Population health, status and activity of rural public health are analyzed against background of events taking place on Belarusian lands in the last 100 years. It is concluded that status and development of rural life in Belarus are determined by demographic dynamics. Mechanical population loss became sustainable as a result of its relocation to urban settlements, natural population growth had also become steadily negative, and countryside district medical service has been reduced in proportion to decline in its demand. Author expresses his hope that Belarusian rural areas, and, accordingly, healthcare system in rural districts, will be strengthened and develop, and makes directly related to that hope proposals (primarily, terminological) to amend existing healthcare legislation.

Keywords: Republic of Belarus; rural public health; history of development; legislation.

Сведения об авторе:

Пилипцевич Николай Николаевич, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6898780; e-mail: ozz@bsmu.by.

Поступила 21.01.2020 г.