

ЛИТЕРАТУРА

1. Кобалова, Ж. Д. Кардиоренальный синдром / Ж. Д. Кобалова, Т. Б. Дмитров // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 11, № 12. — С. 699–702.
2. Дядык, А. И. Гипертрофия левого желудочка сердца у пациентов с хронической почечной недостаточностью / А. И. Дядык, Дж. Канелла, А. Э. Багрий // Украинский кардиологический журнал. — 2002. — № 3. — С. 81–87.
3. Levy, D. Prognostic implications of echocardiographically determined left ventricular mass in the Framingham Heart Study / D. Levy, R. G. Garrison, D. D. Savage // New Engl J Med. — 1998. — Vol. 322. — P. 1561–1666.
4. Abergel, E. Which definition for echocardiographic left ventricular hypertrophy / E. Abergel, M. Tase, J. Bohlender // Am. J. Cardiol. — 1995. — Vol. 75. — P. 798–802.

УДК 301:614.2«1921–1928»(476)

РЕАЛИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ПРАВ В БЕЛАРУСИ В ГОДЫ НОВОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ НА ПРИМЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М. Е. Абраменко

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Интерес к здравоохранению в советской Беларуси вызван не только с точки зрения его становления и функционирования в первые годы советской власти, но необходимостью детального изучения процесса осуществления прав человека в одной из важнейших составляющих социальной сферы республики. В статье рассматриваются имевшие место внутриполитические решения по повышению уровня общественного здоровья, отражающие систему взаимоотношений между социальными группами и слоями, также конкретные методы реализации жизнеобеспечения и безопасности населения молодой республики.

Цель

Показать реализацию социальных прав населения в области здравоохранения в исторический период, когда еще существовали альтернативные варианты развития отрасли.

Основная часть

История становления социальной сферы, в частности здравоохранения, насчитывает не одно столетие. Но только в конце XIX в., на стадии упрочения капиталистического уклада, было признано, что формирующееся здравоохранение как система охраны здоровья, наряду с другими сферами человеческой деятельности, может эффективно способствовать трансформации общества. Принятые Декреты советской власти в начале советской эпохи имели самое непосредственное отношение к охране народного здоровья. Уже на I-м Всероссийском съезде медико-санитарных отделов в июне 1918 г. впервые дело здравоохранения было поставлено самим государством как социальная программа. В основу его деятельности были положены принципы всеобъемлющей государственности, включающие государственное финансирование и бесплатность медицинских услуг. Через их реализацию решалась главная задача — доступность медицинской помощи для самых широких слоев населения. С провозглашением в 1919 г. ССРБ, власти республики стали активно искать пути решения социальных вопросов, в том числе и в сфере здравоохранения. Созданный Народный комиссариат здравоохранения Беларуси положил в основу своей работы законодательство Наркомздрава РСФСР. Были сделаны важные шаги, придавшие принимаемым мерам комплексность и последовательность в улучшении медицинского обслуживания населения. Их осуществление проходило в невероятно трудных условиях гражданской войны.

К числу первоочередных задач, которые предстояло решать здравоохранению и другим ведомствам в социальной сфере, были отнесены поиск и внедрение эффективных форм и методов сохранения здоровья женщин и детей. Открывались детские учреждения: консультации, дома матери и ребенка, фабричные и заводские ясли. Быстрорастущая сеть этих учре-

ждений требовала решения вопросов питания детей, улучшения родовспоможения, подготовки кадров, умеющих грамотно работать с детьми. При домах грудного ребенка создавались краткосрочные курсы медсестер. В БГУ на медфаке из общего выпуска врачей готовились педиатры, проходили переподготовку участковые врачи. К 1925 г. без учета учреждений Гомельского и Речицкого уездов в республике насчитывалось 16 домов грудного ребенка, 7 яслей, 20 консультаций для беременных и грудных детей. Кроме того, было организовано 14 сезонных яслей в сельской местности на 350 детей [1, л. 115]. В условиях высокой рождаемости на этапе очередной демографической волны и имеющих место многочисленных несчастных случаев при родовспоможении со стороны неквалифицированных акушерок и бабок, в июне 1924 г. Наркомздрав Беларуси выработал положение об абортах. Оно допускало бесплатное производство операций в условиях советских больниц только врачами-специалистами. В соответствии с принятым положением создавались специальные абортные комиссии, которые разрешали прерывание беременности. Причины не отличались разнообразием: либо семья была многодетна, либо бедна. Регламентация этой процедуры, экономические и другие факторы значительно увеличили число таких операций. Только в Мозыре и уезде в 1925 г. их было сделано 385 [2, л. 84]. Наряду с мероприятиями по охране здоровья матери и ребенка была широко развернута санитарно-просветительская работа среди женщин.

Так, несмотря на обстановку послевоенной разрухи, отсутствие средств в республике складывалась система работы по охране материнства и младенчества.

Одновременно с решением этих первоочередных задач надо было определиться в главном — порядке осуществления принципа государственности в оказании медицинской помощи населению. После первоначального периода социального обеспечения всех трудящихся в годы военного коммунизма 15 ноября 1921 г. декретом СНК РСФСР вновь было введено социальное страхование всех лиц наемного труда. 19 декабря 1921 г. был издан декрет о социальном страховании в случае болезни. Теперь часть средств, поступающих в фонд социального страхования, передавалось органам здравоохранения на покрытие расходов по медицинскому обслуживанию застрахованных. Существовавшая в России до революции страховая рабочая медицина, имевшая свои ресурсы, еще действовала в Беларуси. В губерниях действовали отделения медпомощи застрахованным и страховые советы при них. Они устанавливали нормы этой помощи, участвовали в распределении основного лечебного фонда. С самого начала между органами здравоохранения и социального страхования возникли противоречия в том, кто должен распоряжаться страховочным фондом. Медицинские работники считали, что страховые кассы будут распоряжаться денежными средствами не по назначению. В 1927 г. ее организационная структура в лице существующих отделов рабочей страховой медицины была передана органам здравоохранения. В результате здесь также была реализована так называемая модель Н. А. Семашко (Народного комиссара здравоохранения РСФСР), когда государство целиком взяло на себя финансирование отрасли. В эту схему рабочая медицина не вписывалась, тем самым здравоохранение лишилось альтернативного финансирования.

С переходом к восстановлению народного хозяйства было решено социальное обеспечение рабочего класса осуществлять в форме социального страхования, крестьянство путем организации общественной взаимопомощи, инвалидов труда и воинов обеспечивала прямой государственной помощью. За счет страхового фонда осуществлялись медицинское обслуживание застрахованных и членов их семей, а также меры по укреплению здоровья.

Практика бесплатного медицинского обслуживания рабочих и служащих выявила немало проблем. Застрахованные рабочие быстро оценили выгоды такого обслуживания. Ведь медицинская помощь была бесплатной, по первому требованию рабочего должны были поместить в стационар, безотказно выдавался бюллетень и т. д. В тот исторический период широко декларируемый принцип бесплатности играл больше пропагандистскую роль, показывая заботу пролетарского государства о здоровье населения, поскольку с экономической точки зрения никаких бесплатных услуг не существовало.

Забота государства о здоровье трудящихся проявилась и организации сети санаториев и домов отдыха. В их распоряжение были переданы здравницы Ялты, Сочи, Кисловодска. По льгот-

ным или бесплатным путевкам они могли поправить свое здоровье на курортах Крыма и Кавказа. В 1926 г. в них побывало 1412 чел. [3, л. 88]. Такую же работу осуществляли местные отделы здравоохранения, используя для этого объекты, пригодные для оздоровления трудящихся.

Организаторы здравоохранения, отмечая «преимущественно городской уклон санитарного дела», объясняли, что в годы войны и революции пострадали в санитарном отношении, прежде всего города, ссылаясь при этом на политический аспект проблемы — значение городского пролетариата в революционной борьбе. Относительно частной практики, то несмотря на неприятие этого пережитка капитализма, в условиях недостаточности кадрового и материального ресурса власти смирились с ее существованием. Об этом говорил М. И. Калинин на VII Всероссийском съезде здравотделов. Раскрывая политику советской власти в области здравоохранения, он осудил «левацкий» уклон, укоренившийся в ЦК профсоюза «Медсантруд» о полном запрещении практики врачей и признал несвоевременность и нереальность такой политики в существующих условиях.

Неравенство в медицинском обслуживании населения, вытекающее из доктринальных установок большевистской власти, обуславливалось, соответственно, финансовыми расходами на здравоохранение городского и сельского населения. Спустя десятилетие после установления советской власти, превзойти дореволюционные показатели на селе не удавалось. Сделать это было сложно. После гражданской войны бюджет мирного времени только начал создаваться. Финансирование осуществлялось главным образом через использование местных средств и вызвало сокращение штатов и лечебной сети. После проведения денежной реформы начался относительный рост финансирования отрасли. Это привело к укреплению материальной базы здравоохранения. Однако в наращивании материальной базы, как и в других отраслях народного хозяйства, был сделан акцент на вал, на количество. Такое экстенсивное развитие расплывало средства, поступающие из бюджета, консервировало низкое качество услуг населению, являлась одной из причин низкого уровня заработной платы медицинского персонала. Так, зарплата доктора в 1924 г. составляла 11,4 % от довоенной, сестры — 38 %, санитаря — 71,4 % [4, с. 24]. Существующая система оплаты труда, предлагаемые условия жизни молодым специалистам, многочисленные постановления правительства, направленные на повышение статуса медицинских работников длительное время так и не могли переломить ситуацию в лучшую сторону.

Наряду с решением проблемы общедоступности медицинской помощи населению совершенствовались ее формы и методы. Как никогда прежде широко развивалось профилактическое направление. Оно рассматривалось как неотъемлемая составная часть социальной политики, являлась той основой, на которой осуществлялся поиск решения проблемы здоровья рабочих, поскольку они считались главной силой исторического процесса. Созданные в 20-е годы специализированные институты, подчинявшиеся Наркоматам труда и здравоохранения, начали проводить санитарно-гигиенические исследования по изучению условий труда и быта на предприятиях.

Важным методом профилактики объявлялась диспансеризация. Она осуществлялась в созданных первых советских учреждениях: туберкулезных, кожно-венерологических, психоневрологических диспансерах, женских и детских консультациях. Однако в силу нехватки материальных и кадровых ресурсов метод не получил распространения. Диспансеризация оказалась преждевременной и непосильной.

В целом, несмотря на противоречивые тенденции в развитии новой экономической политики до реализации «великого перелома», в 1928–1929 гг. произошли некоторые подвижки в стабилизации экономики. Это сказалось и на улучшении медицинского обслуживания населения. Восстановленная материальная база здравоохранения дала возможность увеличить объем врачебной помощи населению, снизить уровень инфекционных заболеваний. Устойчивый характер имело бюджетное финансирование. Подходы власти как экономического, так и административного порядка при преимуществе первых, позволили найти формы и методы управления ею, которые в целом соответствовали требованию времени. Мероприятия, проводимые по оздоровлению населения, позволили уменьшить смертность с 19,3 чел. в 1913 г. до 14,1 чел. в 1927 г. на 1 тыс. чел., а детскую — с 185 до 99 чел. Снизилась смерт-

ность от туберкулеза: с 31,7 % в 1922 г. до 15,7 % в 1931 г., инфекционных заболеваний с 34,6 до 19,5 % соответственно [5, л. 173–174]. В последующем, практически до войны, продолжительность жизни не росла, а заболеваемость и смертность детей увеличилась.

Выводы

Таким образом, первые декреты советской власти провозгласили социальные права, которые создали предпосылки для осуществления задач по сохранению жизни и здоровья населения, провозглашенных правительством в числе первоочередных. При всех противоречиях своего развития деятельность здравоохранения отражала интересы большинства населения, имела поддержку в обществе, являлась аргументом заботы государства о простых людях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Национальный архив Республики Беларусь. (НАРБ). — Ф. 46. — Оп. 2. — Д. 35.
2. Государственный архив общественных организаций Гомельской области (ГАООГО). — Ф. 69. — Оп. 1. — Д. 147.
3. НАРБ. — Ф. 12. — Оп. 1. — Д. 197.
4. *Каменштэйн, С. Д.* Развіцце саюзу медсанпрацы і яго становішча да 10-годдзя існавання БССР / С. Д. Каменштэйн // Бел. мед. думка. — 1929. — № 1.
5. Гісторыя Беларусі: у 6 т. / рэдкал.: М. Касцюк (гал. рэд.) [і інш.]. — Мінск: Экаперспектыва, 2000–2005. — Т. 5: Беларусь у 1917–1945 гг. — 613 с.

УДК 616.89-008.454:27-46

ОБ ИСПОВЕДИ ПАСТОРА-ХРИСТИАНИНА В ДЕПРЕССИИ

Абрамов Б. Э., Сквиря И. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Сотрем с лица земли

Хотя бы слезы ...

Владимир Вишневецкий

Церковь — это больница для

Лечения грешников, а не музей

Для коллекционирования святых

Какой-то мудрец

Введение

Проблема депрессии — наиглавнейшая в XXI в. Чем дальше в историю, тем больше человечество страдает от нее. А поэтому и специалисты, и обычные люди крайне нуждаются в информации об этом неприятном расстройстве, а главное — о том, как с ним бороться. Одними таблетками здесь не обойтись. Любой опыт полезен. Человек, страдающий депрессией, должен и может стать активным участником борьбы с ней, только, если у него есть необходимая информация. Депрессия (Д) — это не просто сниженное настроение, а такое состояние человека, его мозга и психики, при котором само его настроение оказывается больным. В одной песне «Роллинг Стоунз» звучат слова, отражающие восприятие жизни депрессивным больным: «Я вижу красную дверь и хочу перекрасить ее в черный цвет». Человек, страдающий Д, живет в другом мире, в другом измерении, на его планете нет ни веры, ни надежды, ни любви [1].

Джейсон Макноттен — действующий пастор церквей в штатах Миссури и Луизиане, магистр богословия и доктор служения. «Я христианин, был в состоянии депрессии, ... и до сих пор иногда ощущаю ее влияние на мою жизнь», — пишет он во «Введении» своей «Исповеди...». Ему было трудно решиться на открытие своего внутреннего мира и переживаний перед всеми, но он решился преодолеть все свои опасения. «Написание этой истории оказало исцеляющее действие на мою душу», — говорит он. Его целью было желание «поделиться личным свидетельством и передать читателям свой духовный опыт».