

Н. А. СЕМАШКО

**ОЧЕРКИ
ПО ТЕОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ
СОВЕТСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Издательство Академии Медицинских Наук СССР



Н. А. СЕМАШКО

ОЧЕРКИ
ПО ТЕОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ
СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(ПРИНЦИПИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СОВЕТСКОГО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ)

ПРЕДИСЛОВИЕ

Прошло уже 30 лет советского здравоохранения; накопился огромный опыт, имеется детально разработанная система. Правильность основ организации советского здравоохранения испытана всем ходом социалистического строительства в нашей стране. Советское здравоохранение и советская медицина с честью выдержали экзамен Великой Отечественной войны.

Перед советскими медицинскими работниками властно встала задача учесть тридцатилетний опыт, глубже проанализировать основы и принципы нашей организации охраны здоровья населения, доделать еще недоделанное, уяснить источники силы советской медицины—словом, глубже разобраться в вопросах теории советского здравоохранения.

Надо поставить вопрос: что нового внесла советская медицина в теорию организации здравоохранения? Настоящие строки и посвящены этому вопросу.

Во избежание недоразумений необходимо сделать следующие разъяснения.

Во-первых, автор писал настоящую работу не для узкого круга специалистов по вопросам организации здравоохранения, а для широкой массы медицинских работников и студентов вузов. Автор хотел, чтобы широкая масса читателей не только поняла теорию, но и оценила и полюбила дело советского здравоохранения.

В настоящее время основы советской медицины привлекают к себе внимание зарубежных медиков. Реорганизация дела здравоохранения поставлена в порядок дня во многих странах, особенно в странах новой демократии. Поэтому автор старался делать изложение понятным и для зарубежных читателей. Ввиду этого советский читатель найдет здесь много такого, что ему известно.

Во-вторых, эта работа лишь конспективно охватывает основные вопросы теории советского здравоохранения. Каждая глава (тема) может быть развита в самостоятельную работу. Поэтому автор назвал эту работу скромно „очерками“.

В-третьих, эта работа посвящена не вопросам организации советского здравоохранения вообще, а лишь основным принципам этой организации, „теории“ ее. Поэтому в работе приводятся фактические и статистические данные лишь постольку, поскольку они освещают эти принципы. По этой же причине не говорится об успехах и недостатках в работе органов здравоохранения; это — особая тема. В очерках также не нашел своего освещения целый ряд организационных вопросов (структура органов здравоохранения, хозяйственная деятельность их и т. д.), которые не имеют совсем или имеют очень малое отношение к теории советского здравоохранения.

АВТОР

I. ИСТОЧНИК СИЛЫ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Основной источник силы советского здравоохранения заключается в том, что оно является частью советского государственного строя, зародилось и развивается на базе и в условиях Советской власти. Статья 3 Советской Конституции гласит: „Вся власть в СССР принадлежит трудящимся города и деревни в лице Советов депутатов трудящихся“. Это значит, что не другие, притом враждебные классы, как в капиталистических странах, заботятся об удовлетворении нужд трудящихся, а сами трудящиеся в незнающем классовый борьбы социалистическом обществе в СССР заботятся об удовлетворении своих нужд вообще, об охране здоровья, в частности. Трудящиеся в СССР не „объект“ попечения других классов, а „субъект“, творцы своей истории. В этом и состоит коренное, принципиальное отличие советской организации здравоохранения от организации его в дореволюционной России и от состояния здравоохранения в зарубежных странах. В этом и состоит все значение „огосударствления“ медицины в нашей стране.

Напрасно думают некоторые, что „огосударствление“ медицины уже само по себе благо для трудящихся. Весь вопрос в том: «qui prodest»? — в чьих руках, в руках какого класса находится государственная власть?

Перед Октябрьской социалистической революцией передовые (либеральные) врачи — „пироговцы“ вели бешеную борьбу против попыток „огосударствить“ медицину в то время (знаменитый проект Рейна „О создании министерства здравоохранения в России“). И эти врачи были правы: царское самодержавие путем создания „единого министерства здравоохранения“ хотело подмять и растоптать бюрократическим сапогом ростки земской и городской медицины, которые худо ли, хорошо ли, но все же всходили, особенно на ниве крестьянской жизни. „Огосударствление“ медицины в то время, при господстве самодержавия, принесло бы не пользу, а вред народному здоровью.

Совсем иное дело при Советской власти, при власти трудящихся. Как прекрасно выразился М. И. Калинин,

„у нас, в социалистической стране здоровье рабочих и здоровье крестьян — основная забота государства“.

Вот почему, между прочим, с таким трудом осуществляются более чем скромные попытки увеличить государственный сектор здравоохранения в Англии. Частнопрактикующие врачи решительно восстают даже против этих чрезвычайно робких попыток; они образовали солидный „стачечный фонд“ для борьбы против увеличения бесплатной государственной медицинской помощи населению в ущерб частной платной помощи. В результате, закон, принятый парламентом (закон войдет в силу лишь в 1948 г.), обеспечивает больше частнопрактикующих врачей за счет средств государства, чем действительно бесплатную медицинскую помощь населению. Частные больницы, частные санатории, частные курорты — ведь это плоть от плоти и кровь от крови частного капитала вообще. И хотя многие добросовестные люди из разных стран, побывавшие у нас и познакомившиеся с нашей системой организации здравоохранения, пропагандируют у себя на родине, что „путь советского здравоохранения — единственно правильный путь“; об их попытках пойти по нашему пути можно сказать: „суждены им благие порывы“. Капиталистический строй является непреодолимым препятствием на пути охраны здоровья трудящихся масс. И замечательный факт: там, где у власти становится демократия нового типа, там организация здравоохранения в интересах трудящихся делает огромные успехи: на наших глазах мы видим быстрый рост народного здравоохранения в таких демократических странах, как Югославия, Болгария, Польша и др.

История здравоохранения знает примеры попыток организации здравоохранения в капиталистических странах на началах, по форме похожих на наши. После организации Наркомздрава в нашей стране в 1918 г., под напором рабочего движения стали быстро вырастать „самостоятельные министерства здравоохранения“ в целом ряде стран — в Англии, старой Польше, Франции, Италии, даже в Японии и Китае. И что же? Некоторые из них, как в старой Польше, „отцвели, не успевши расцвести“, — были ликвидированы; другие, как во Франции, то создавались, то ликвидировались. Но во всех случаях действительным здравоохранением трудящихся министерства здравоохранения не занимались. В чем дело? А дело в том, что там „охрана здоровья рабочих и охрана здоровья крестьян“ не является „главнейшей обязанностью государства“. Характерно, что именно в настоящий, послевоенный период, под давлением растущего демократического движения, отмечается новая полоса организации самостоятельных министерств здравоохранения. А у нас Народный комиссариат (ныне Министер-

ство) здравоохранения крепнет с каждым годом и в этом году отмечает 29-летие со дня создания Наркомздрава.

Тов. Александров в статье „О современных буржуазных теориях общественного развития“ („Большевик“, 1945, № 11—12) писал: „Временами критика основ буржуазной цивилизации дается в довольно обобщенной и резкой форме“ (одно заглавие работы Эллиота и Мэрилл „Социальная дезорганизация“ чего стоит!— Н. С.). „Но и в этих случаях социологи, как правило, ограничиваются констатацией несправедливостей ошибок и в области внутренней и внешней политики... Когда же речь заходит о путях выхода из этих бедствий, о средствах устранения общественных беспорядков, — социологи молчат“.

Совершенно такую же картину мы наблюдаем и в области организации охраны народного здоровья.

Сравнительно недавно президент Трумэн обратился к конгрессу с посланием, в котором вскрывает поистине ужасающее состояние здоровья населения в США. Оказывается, 30% (около 5 млн. человек в возрасте от 18 до 37 лет) призванных на военную службу оказались непригодными к ней по состоянию здоровья; кроме того, около 1,5 млн. человек после поступления на службу должны были быть уволенными по состоянию здоровья. В США, по докладу Трумэна, „смертность от рака превышает ежегодно 160 000 человек; 2 миллиона страдают душевными болезнями; около 10 миллионов человек в тот или иной период своей жизни нуждаются в больничном лечении от душевных болезней; психически больные занимают больше половины больничных коек“.

Мрачными красками рисует президент Трумэн состояние здравоохранения в США. „Болезнь, по его словам, влечет за собою не только докторские счета, с нею также прекращаются заработки“. В 1 200 округах с числом жителей в 15 миллионов либо совершенно нет больниц, либо состояние их таково, что они „не удовлетворяют даже и минимальным требованиям, предъявляемым к больницам“.

Таково мрачное положение с делом здравоохранения в США. Что же предлагает президент в своем послании конгрессу для ликвидации такого положения?

Самое радикальное мероприятие, им предлагаемое, — страхование от болезней, но „... при обязательном установлении системы обязательных взносов на покрытие расходов по оказанию медицинской помощи“, т. е. за счет самого населения. Трумэн горячо защищает против обвинения его в пристрастии „к социализированной медицине“, т. е. к государственной организации бесплатной медицинской помощи. Но и это скромное мероприятие уже встретило энергичный протест со стороны „Американской медицинской

ассоциации“, т. е. объединения частнопрактикующих врачей, как видно из официального ее названия.

В статье „Социализм и платная койка“ (British Medical Journal, июнь 1946 г.) все, высказывающиеся за бесплатное государственное лечение больных, обвиняются в том, что они „потеряли способность к суждению“. Как может, восклицает автор, человек „с утонченной чувствительностью очутиться в компании людей, среди которых подонки общества?!“ Такое предложение есть „безрассудство, недостойное нашей ученой профессии!“. И в этом стиле написана вся статья. Трудно подыскать другой документ, так цинично ратующий за классовую медицину и так по-барски и по-хамски (в угоду господ) клеветующий на народ.

II. ЕДИНСТВО УПРАВЛЕНИЯ

Советское хозяйство—плановое хозяйство. Вместо разнობоя, вредной конкуренции частных интересов, непроизводительной затраты сил и средств Советская власть установила плановое начало, всецело подчиненное интересам трудящихся масс.

Отсутствие системы и плана в деле здравоохранения не менее, а может быть даже более вредно, чем в других отраслях хозяйства и культуры. В самом деле, как можно успешно вести противэпидемическую борьбу, если вести ее вразброд, несогласованно, необъединенно? Поэтому задачей Советской власти с самого начала ее организации, еще до создания Наркомздрава, было внести плановое начало в дело здравоохранения.

Ленинградские врачи-большевики вскоре после Октябрьской социалистической революции предложили создать единый управляющий центр—Народный комиссариат здравоохранения.

Однако гениальный вождь В. И. Ленин и в этом деле проявил присущую ему политическую мудрость и дальновидность. Он признал тогда немедленное создание Наркомздрава преждевременным, а порекомендовал предварительно выполнить следующие условия: создать сначала на местах местные органы здравоохранения, чтобы Наркомздрав не оказался „генералом без армии“; привлечь на свою сторону передовых врачей, отколов их от саботажников и контрреволюционеров; глубже разработать и распропагандировать идею организации советского здравоохранения, чтобы она была понятна и ясна каждому рабочему. По этим ленинским предначертаниям и пошло строительство здравоохранения в нашей стране: был создан временный орган—„Совет врачебных коллегий“ из представителей „медицинских коллегий“ в различных комиссариатах (Внутренних дел, Путей

сообщения, Народного образования и т. д.) для координации работы этих ведомств в области здравоохранения и планирования этой работы.

Лучшие представители медицинской науки, убедившись, что Советская власть не „разрушает“ здравоохранение и медицинскую науку, а, наоборот, прилагает все усилия к решительному улучшению дела, такие видные ученые, как академик Заболотный, академик Лазарев, профессор Тарасевич и др., стали переходить на сторону Советской власти и советской медицины. Оправдались слова товарища Ленина о том, каким путем ученые придут к коммунизму: „...инженер придет к признанию коммунизма не так, как пришел подпольщик-пропагандист, литератор, а через данные своей науки“.

И еще: „Поскольку они видят, что рабочий класс выдвигает организованные передовые слои, которые не только ценят культуру, но и помогают проводить ее в массах, они меняют свое отношение к нам“.

Выполнялось и другое указание товарища Ленина: на местах шла упорная работа по строительству местных органов здравоохранения. Когда в июне 1918 г. собрался Всероссийский съезд здравотделов (медико-санитарных отделов „совдепов“, как их тогда называли) и на съезде были подвергнуты тщательному обсуждению доклады о принципах организации Наркомздрава и об основах советской медицины, с согласия В. И. Ленина был внесен в СНК проект декрета об утверждении первого в мире самостоятельного и полноправного министерства здравоохранения — Наркомздрава. 13 июля 1918 г. СНК принял этот исторический декрет.

Необходимо отметить существенный характер дальнейшего „собирания медицины“ в едином органе. Оно шло не только в порядке „приказа“ (хотя постановление СНК давало право на это), но и в порядке „показа“, т. е. доказательства того, что это объединение медицины в интересах обслуживаемого населения. Даже военно-санитарное ведомство, как самостоятельная организация тогда чрезвычайно слабое, было включено в состав Наркомздрава, так как, опираясь на сравнительно мощную базу Наркомздрава, оно могло лучше обслуживать Красную Армию.

Никогда во всю историю Наркомздрава „объединение во что бы то ни стало“ не было фетишем, вопрос не ставился формально. *Salus populi* всегда было *suprema lex*. Этот принцип сохранился и до настоящего времени. Когда разветвляющееся и усложняющееся хозяйственное строительство указало на необходимость выделения из Министерства здравоохранения медицинской промышленности, Советское правительство создало самостоятельное Министерство медицинской промышленности.

Итак, плановое начало совершенно необходимо в деле здравоохранения. А чтобы планомерно строить это дело, необходим полновластный орган, который ведал бы всем делом здравоохранения.

Плановое начало в проведении противоэпидемических и других мероприятий, единство управления всем делом здравоохранения сыграли огромную роль в борьбе за эпидемическое благополучие советского населения в минувшую Великую Отечественную войну

Лучшие представители науки давно уже прекрасно понимали значение единства управления для дела здравоохранения. Еще в 1901 г. проф. Мирман писал в «Nugèène»:

„Префект часто интересуется общественным здоровьем и хотел бы быть полезным. Ища поддержки у правительства, он должен обойти в Париже все министерства и переговорить с десятком директоров управлений. Нужна большая настойчивость, чтобы не сбиться с пути и не остановиться в этих мытарствах“. „Особенно, — продолжает Мирман, — это относится к борьбе с социальными болезнями, например туберкулезом и алкоголизмом. Где, в каком министерском департаменте может быть подготовлена, начата и проведена борьба с туберкулезом? Она теперь зависит от Министерства труда (дешевые жилища, взаимное страхование, гигиена мастерских и магазинов), от Министерства земледелия (гигиена питания и надзор за молоком), внутренних дел (санитарные предписания для общин и дезинфекция), Министерства просвещения (медицинская инспекция школ). Когда будет сделан запрос правительству о мерах, которые оно намерено предпринять для защиты расы от ее злейшего врага, четыре министра должны будут принять участие в прениях (не считая армии, флота и колоний). Словом, при раздроблении отделов гигиены по разным министерствам и управлениям нет никого в составе правительства, на ком лежала бы ответственность за гигиену, за народное здравие. Организация указанного Министерства народного здравия внесет порядок в этот хаос и метод в произвол“.

Однако крылья подрезаны капитализмом и для таких полетов. Как мы видели, „управляющий аппарат“ может быть сильным лишь в том случае, если он опирается на мощную государственную организацию, а не является „генералом без армии“. А этой мощной государственной организации здравоохранения в капиталистических странах нет.

Только Советская власть полностью разрешила этот вопрос: создала единую, строго продуманную, на плановых началах построенную государственную организацию охраны здоровья населения и во главе ее мощный управляющий центр.

III. ПЛАНИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Планирование здравоохранения является таким же неотъемлемым фактором организации советского здравоохранения, как и планирование всего народного хозяйства является неотъемлемым фактором социалистической организации общества. „Социализм,—это учет“,—учил товарищ Ленин. „Никакая строительная работа, никакая государственная работа, никакая плановая работа немыслима без правильного учета“,—учит товарищ Сталин. Здравоохранение в СССР строится на основах единого плана, являющегося составною частью общегосударственного народнохозяйственного плана.

Этого нет и не может быть в капиталистических странах при анархии производства в них, при господстве частной собственности, при преобладании частной платной медицинской практики в области здравоохранения.

Планы здравоохранения в СССР, как и планы народного хозяйства вообще, определяют направление работы органов здравоохранения и отдельных медико-санитарных учреждений, указывая одновременно и пути выполнения этих планов. Вышестоящие органы здравоохранения намечают пределы составления планов (так называемые „контрольные цифры“) для нижестоящих органов. Таким образом, планирование здравоохранения не представляет собой простого суммирования планов медико-санитарных учреждений (больниц, амбулаторий, санитарно-эпидемиологических станций и т. д.), а предусматривает определение общих установок к составлению планов этими учреждениями.

Этим ничуть не стесняется инициатива местных работников в составлении своих конкретных планов с учетом всех потребностей. В пределах общих установок („контрольные цифры“) органы здравоохранения и медицинские работники имеют полную возможность отражать в планах свои потребности. В планах предусматриваются также сроки осуществления намеченных мероприятий („календарные планы“).

Такова стройная система составления планов. Социалистическое плановое хозяйство дает возможность для составления планов не только на один год, но и на пять лет и на более продолжительный промежуток времени.

Чрезвычайно интересен и самый порядок составления планов здравоохранения в СССР.

Прислуываясь к составлению плана, органы здравоохранения учитывают экономическое и санитарно-гигиеническое состояние района, города, республики, края, характер промышленности и сельского хозяйства в районе с выявлением наиболее крупных предприятий в городах и сельских местностях, демографические показатели населения, возрастной

состав и заболеваемость его, эпидемическое состояние, состояние медико-санитарной сети и ее деятельность и т. д. И на основе всех этих данных, с учетом перспектив развития, строится план медико-санитарного обслуживания населения.

Таким образом, правильно составленный план здравоохранения по республике (краю, области, району, городу) представляет собой глубокую аналитическую работу.

Особенностью плана здравоохранения в СССР является комплексность, которая заключается в том, что он не ограничивается только мероприятиями, проводимыми органами здравоохранения, но и включает в себя мероприятия, осуществляемые жилищно-коммунальными органами, земельными и другими. Таковы в первую очередь планы борьбы с сыпным тифом, водными эпидемиями, малярией, заболеваниями с временной утратой трудоспособности и т. д.

Замечательной особенностью охраны здоровья населения в СССР является то, что не только органы здравоохранения, но и другие органы Советской власти делают все возможное с их стороны для охраны здоровья населения. Жилищно-коммунальное строительство находится в системе Министерства коммунального хозяйства. Однако при проведении жилищно-коммунальных мероприятий учитываются прежде всего интересы здоровья населения; вопросы гигиены жилищ и санитарного благоустройства городов стоят в центре внимания этого Министерства. Такое мощное многомиллионное объединение трудящихся, как профессиональные организации, как увидим ниже, проводят огромную работу в интересах укрепления здоровья своих членов. Министерство народного просвещения проводит большую работу по оздоровлению подрастающего поколения. Весь социалистический строй содействует делу здравоохранения.

Вот почему так необходима комплексность в составлении планов здравоохранения в СССР.

Планы работы отдельных медико-санитарных учреждений намечают пути дальнейшего расширения, углубления и улучшения их работы.

Таким образом, все дело здравоохранения в СССР от работы и всеобъемлющих планов министерства до планов и работы низовых учреждений здравоохранения (больниц, амбулаторий, яслей и т. д.), — все увязывается в едином плане. Выполнение всех этих планов обеспечивается единым государственным бюджетом.

Такой стройной системы планирования, как мы говорили, нет и не может быть ни в одной капиталистической стране. „Не освободившись от капиталистов, не разделавшись с принципом частной собственности на средства производства, Вы не создадите планового хозяйства“, — разъяснял товарищ Сталин английскому писателю Уэльсу.

„Хозяйственная жизнь СССР, — говорит статья 11 Советской конституции, — определяется и направляется государственным народнохозяйственным планом в интересах увеличения общественного богатства, неуклонного подъема материального и культурного уровня трудящихся, укрепления независимости СССР и усиления его оборонспособности“.

Необходимо добавить, что история планирования народного хозяйства и здравоохранения в СССР неопровержимо показывает, что намечаемые планы не только выполняются, но и перевыполняются, выполняются досрочно. Это дает нам полную уверенность в том, что и послевоенный грандиозный план восстановления и развития народного хозяйства будет не только выполнен, но и перевыполнен. Ибо „реальность нашей программы, — учит товарищ Сталин, — это живые люди, это мы с вами, наша воля к труду, наша готовность работать по-новому, наша решимость выполнить план. Есть ли у нас она, эта самая решимость? Да, есть. Стало быть, наша производственная программа может и должна быть осуществлена“.

Советское здравоохранение поможет не только залечить раны, нанесенные войной, но в результате выполнения плана четвертой пятилетки советское здравоохранение поднимется на более высокую ступень по сравнению с довоенным уровнем.

IV. НАПРАВЛЕНИЕ РАБОТЫ

Клод Бернар определяет задачи медицины так: „Медицина есть наука, имеющая своей задачей сохранить здоровье и излечивать болезни человека“. И это определение по существу правильно отражает задачи медицинской деятельности — профилактическую и лечебную. Но советская медицина не только формально ставила так вопрос, ясный еще со времен Гиппократа. Сама советская организация здравоохранения построена на синтезе обеих сторон деятельности. В советской системе здравоохранения нет разрыва между лечением и профилактикой, который существует в капиталистических странах. Там органы санитарного надзора проводят „профилактику“, а частнопрактикующий врач и частные платные лечебные заведения занимаются лечением. У нас и профилактическая (санитарная, противоэпидемическая) организация, и лечебная (лечебные учреждения) совместно работают над предупреждением распространения заболеваний среди населения. Диспансерный метод — могучий проводник профилактики лечебных учреждений. Не формально, а по существу больницы, амбулатории, поликлиники называются у нас лечебно-профилактическими учреждениями.

Мало того, в Советском государстве в основу здравоохранения положена именно профилактика. В программе Коммунистической партии четко сказано: „В основу своей деятельности в области охраны народного здоровья ВКП полагает прежде всего (подчеркнуто мною. — Н. С.) проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний“. Капиталист классово заинтересован лишь в том, чтобы подлечить выбывшего из строя по болезни рабочего (если он ему нужен), чтобы потом вновь ввергнуть его в круговорот эксплуатации. Советская власть, власть трудящихся, заботится о коренном оздоровлении населения. Профилактику, т. е. мероприятия по укреплению здоровья населения, проводят не только органы здравоохранения, но и другие органы Советской власти и советская общественность: наше законодательство о труде построено на максимальной охране труда рабочего, работницы, подростка от вредных условий работ. Труд „из зазорного и тяжелого бремени“, каким он был раньше, превратился у нас „в дело чести, в дело славы, в дело доблести и героизма“ (Сталин). Наши законы направлены на создание нормальных и здоровых условий для такого труда.

Наша жилищная политика, не в пример жилищной политике капиталистических стран, про которую Маркс писал, что „рудники нищеты эксплуатируются строителями-спекулянтами с большей прибылью и меньшими издержками, чем эксплуатировались когда бы то ни было серебряные рудники Потози“, — наша жилищная политика построена на максимальном удовлетворении нужд трудящихся. Таково же направление всего нашего коммунального хозяйства. Организации общественного питания призваны разрешить важную профилактическую задачу — обеспечить население доброкачественной пищей. О физическом развитии и укреплении здоровья подрастающего поколения заботятся органы здравоохранения совместно с органами народного образования. Общественные организации, профессиональные союзы, физкультурные и спортивные общества, организации Красного креста и Красного полумесяца проводят большую работу по укреплению физического состояния населения и, следовательно, его здоровья.

Таким образом, профилактику надо понимать не узко, как ведомственную задачу органов здравоохранения, а широко и глубоко, как заботу советского государства об укреплении здоровья советского народа. И это обстоятельство играло и играет огромную роль в тех достижениях, которые имела советская медицина за 30 лет своей работы, и в успехе противоэпидемической борьбы в годы Великой Отечественной войны.

Стремясь, прежде всего, как говорится в программе ВКП(б), к проведению широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний, Советская власть одновременно организует правильную лечебную помощь больным.

Что значит: „правильная лечебная помощь“ и что для этого нужно?

Для этого нужно, чтобы, во-первых, помощь была доступна населению, чтобы больной был в состоянии пользоваться медицинской помощью (вопросы отдаленности лечебной помощи от больного); во-вторых, чтобы она была бесплатной, ибо плата за лечение, даже при близости лечебной помощи, нарушает принцип общедоступности, и, в-третьих, чтобы она была квалифицированной, т. е. максимально гарантировала правильные диагнозы и лечение. Наша организация здравоохранения как раз и построена на этих принципах: она обеспечивает бесплатную, общедоступную и квалифицированную лечебную помощь населению.

Насколько доступна трудящимся СССР и их детям даже наиболее квалифицированная лечебная помощь, показывает постановка курортного дела. СССР — страна, исключительно богатая курортами: и климатическими, и грязе-водолечебными, и обладающими всеми другими видами курортного и физиотерапевтического лечения. За счет средств социального страхования и за счет бюджета государства трудящиеся городов (рабочие, служащие, интеллигенция) и деревни (колхозники, работники совхозов) и их семьи имеют право бесплатно пользоваться неисчерпаемыми курортными богатствами страны.

Миллионы трудящихся СССР ежегодно лечатся на курортах.

Этого, понятно, нет, да и не может быть ни в одной капиталистической стране в мире. Основной капиталистический принцип „купли-продажи“ господствует и в медицинской практике.

Глубоко ошибаются те, кто, сравнивая, например, больницу коечную сеть в США (на число жителей) с меньшей нашей, делают отсюда заключение о лучшей обеспеченности коечной помощью населения США, упуская из виду главное: платность частной медицинской помощи, а следовательно, недоступность ее для масс населения и незагруженность вследствие этого коечной сети в США. У нас, как известно, койка должна работать 340 дней в году в городе и 320 дней в году в деревне. Прогул коек невелик. А в США койки месяцами не заняты, ибо они в огромном большинстве — платные, дорогостоящие и не доступны массе населения. В США перед войной имелась 1 096 721 койка — 8,4 койки на 1 000 жителей, в том числе 4,5 психиатрические

койки. По стране коечный фонд распределен неравномерно. Например, в штате Миссисипи 4,5—6 на 1 000 жителей; в Колумбии — 0,7 на 1 000. Частный коечный фонд использовался лишь на 50,7%, т. е. половина коек пустовала, тогда как бесплатные государственные койки были использованы на 91,1%. Расходы на больничную помощь покрывались: промышленностью на 2%, филантропией на 5%, правительством на 14%, самим населением на 79%.

Так обстояло (и обстоит) дело с общедоступностью и бесплатностью медицинской помощи в богатейшем капиталистическом государстве. Так оно и обстоит во всем капиталистическом мире. Только Советская власть, власть трудящихся, создала и совершенствует бесплатную, общедоступную, квалифицированную лечебную помощь своему народу.

V. УЧАСТКОВЫЙ И ДИСПАНСЕРНЫЙ МЕТОД МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Самым больным местом в организации медицинской помощи во всех без исключения капиталистических странах является медицинская помощь сельскому населению. Об этом пишет Трумэн в своем, упомянутом выше, послании конгрессу, указывая, что в 1 200 округах, с числом жителей в 15 миллионов человек, либо совершенно нет больниц, либо состояние их таково, что они не удовлетворяют даже минимальным требованиям, предъявляемым к больницам. Полную неудовлетворительность постановки медицинского дела в сельских местностях вынуждены были признать и буржуазные политики, и медицинские деятели. Вопрос об этом был поставлен еще в 1934 г. в Гигиенической секции Лиги наций. Сообщения из разных стран давали секции тревожные сигналы. Обследование положения дела, произведенное в разных странах, обнаружило катастрофическое положение: сельские жители были почти лишены медицинской помощи; врачи из сельских местностей убежали в крупные города; на селе оставались лишь врачи, большую частью старики, которые не в состоянии были переменить место жительства.

Гигиеническая секция Лиги наций решила поставить вопрос об обслуживании сельских жителей на ближайшей международной конференции и представить доклад о необходимых мероприятиях. Был составлен доклад на разных языках, была назначена международная конференция на 1939 г., но она так и не состоялась. Нападение фашистов на Польшу сорвало эту конференцию.

Какие же меры предлагались в докладе?

Е. Н. Якубова в своей диссертации „Передовая роль России в организации медико-санитарного обслуживания сель-

ского населения" приводит сопоставление текста доклада для конференции с известным трудом Осипова, Эрисмана и др. („Сборник русской земской медицины“), идеи которого так популяризировал в заграничной печати энтузиаст, поклонник земской медицины проф. Ф. Ф. Эрисман. Поражает совпадение обоих этих документов по их содержанию и положенным в их основу принципам. Наши земские врачи настаивали на том, что в основу организации сельского здравоохранения должен быть положен участковый принцип: должны быть созданы врачебные пункты (больницы, амбулатории), которые должны обслуживать население определенного участка; что именно с создания таких участковых пунктов надо начинать и они должны служить „воротами“ не только лечебной, но и санитарной деятельности; что нельзя проводить санитарную работу на селе, не создав в сельских местностях участковых опорных пунктов.

Именно эти идеи и воспроизводит доклад Гигиенической комиссии, иногда повторяя тезисы Осипова и др. текстуально, как видно из следующего сопоставления:

„Нормальное устройство земской медицины должно предшествовать и содействовать санитарному изучению губернии. Каждая лечебница, открывая двери для врачебной помощи, является в то же время первой статистической инстанцией... для наблюдения за санитарными условиями народной жизни“.	La politique médico-sociale a la campagne doit débiter par l'organisation des soins médicaux... C'est aussi le moyen d'ouvrir la porte par laquelle doit pénétrer la médecine préventive.
---	---

(Текст Осипова, Эрисмана и др.).

(Текст доклада гигиенической конференции Лиги наций).

Таким образом, участковый принцип, впервые примененный в нашей стране земской медициной еще в дореволюционное время, должен был получить международную апробацию. Заслуга применения этого принципа на практике принадлежит нашей стране.

Советское здравоохранение продолжило это здоровое начало, радикально улучшив применение этого правильного принципа.

Прежде всего в это дело было внесено плановое начало: в земское время господствующим положением — земцы (в подавляющем большинстве дворяне¹) насаждали участки, руководясь не планом обслуживания сельского населения, а соображениями побочного характера: близостью к усадьбе влиятельного

¹ Вот социальный состав губернских земских управ в 1903 г.: дворян 94,1%, крестьян 2,0%, разночинцев 3,9%.

помещика, наличием свободной (обычно негодной для земледелия) земли и т. д. Советское здравоохранение строило и строит участковую сельскую медицину, руководясь плановым началом: общедоступностью помощи населению, лучшим обслуживанием ведущих сельскохозяйственных и промышленных предприятий в данной местности, санитарно-эпидемиологическими соображениями, рельефом местности, занятием жителей и т. д. Так строилась и строится участковая сеть.

Советское здравоохранение расширило и улучшило применение этого принципа: он применяется для обслуживания не только сельского, но и городского населения. Городская амбулатория, поликлиника, больница работают также по участковому принципу. Это дает возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней и т. д. Участковый врач делается, таким образом, „домашним“ врачом, другом семьи. Знание своего участка и жителей его дает возможность лучше распознавать и лечить болезни. Участковый принцип целиком оправдывает себя и в городской деятельности.

Применение участкового принципа нашло особо совершенную и законченную форму в системе советских диспансеров. Учреждения, называемые диспансерами, существуют во многих капиталистических странах, но содержание работы этих учреждений в корне, принципиально отличается от содержания работы советских диспансеров.

Советский диспансер: 1) обеспечивает наиболее совершенную постановку диагноза и высококвалифицированную лечебную помощь специалистами, 2) организует общественность для борьбы с заболеванием, 3) проводит мероприятия по оздоровлению труда и быта населения, 4) ведет обязательную широкую санитарно-просветительную работу, 5) обеспечивает пользование подсобными учреждениями (диетстоловыми, ночными и дневными санаториями, детскими площадками) и, наконец, 6) организует дальнейшее лечение больного (в больнице, санатории, на курорте), если такое необходимо.

Диспансеры работают активными методами: они не довольствуются лечением обращающихся к ним больных, — они выявляют больных, принимают меры к лечению начальных стадий заболеваний, к ликвидации очагов туберкулеза. Патронажная работа диспансеров, т. е. систематическое наблюдение за больными, приносит огромную пользу. Ибо нет сомнения, что чем раньше выявлено заболевание, тем больше шансов на его быстрое излечение.

Таким образом, в советском диспансере находит свое развернутое выражение синтез профилактической и лечебной деятельности. Изучая труд и быт населения своего района, причины и условия возникновения тех или иных заболеваний, диспансер принимает меры к предупреждению распространения заболеваний, к оздоровлению условий труда и быта населения. Оказывая квалифицированную лечебную помощь, связываясь с другими лечебно-профилактическими учреждениями, диспансер успешно ликвидирует заболеваемость, т. е. выполняет лечебно-профилактическую роль. Вот в чем сущность советского диспансерного метода работы. Не только больной, но и здоровый является объектом наблюдения и заботы диспансера. Ничего подобного нет в деятельности „диспансеров“ капиталистических стран. Они не занимаются профилактикой. Они даже, как правило, не лечат.

Не забудем самого главного, что диспансер в СССР—государственная организация, обязанная по своей специальности обслуживать все население данного участка, а не филантропическое учреждение, как в ряде капиталистических стран, обслуживающее население „постольку-поскольку“

В значительной мере именно этой стройной организации диспансерной работы СССР обязан теми успехами, которые имеются в нашей стране по борьбе с туберкулезом, венеризмом, онкологическими, нервно-психическими и другими заболеваниями, по борьбе с детской заболеваемостью и смертностью и т. д.

VI. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Учреждения по охране здоровья матери и ребенка существуют во всех странах. Неблагоприятные данные по рождаемости населения в капиталистических странах, особенно во Франции, заставили правящие классы забить тревогу еще задолго до второй мировой войны. Стали нарождаться специальные организации, как «Conseils de naissance» во Франции, которые ставили перед собой задачу во что бы то ни стало поднять рождаемость населения, понизить детскую смертность, поощрительными мерами в отношении родителей увеличить детское население.

Бешеную агитацию в этом направлении развили фашисты в Италии и Германии, готовясь к захватнической войне и нуждаясь в пушечном мясе для агрессии. Муссолини провозгласил: „Не основным, а предрешающим фактором политической и моральной мощи наций является их демографическая мощь. Судьбы народов связаны с этой мощью“ Начальник фашистских немецких охранных отрядов Гиммлер, указывая на повышение брачности благодаря „займовым бракам“, говорил о „чуде воскресения германского народа“.

Конечно, „мощь“ нации определяется, вопреки заявлениям Муссолини, в гораздо меньшей мере демографической мощью и в гораздо большей мере материально-политическим состоянием народа. А морально-политическое и экономическое состояние трудящихся масс в капиталистических странах таково, что оно меньше всего способно создавать у трудящихся масс желание защищать эксплуатирующие их классы.

И воззвания, и благие намерения буржуазных демократов, направленные на поднятие рождаемости, не привели и не могли привести к цели: капиталистический строй, разорение и обнищание трудящихся масс являлись и являются непреодолимым препятствием для действительных мероприятий, — а не словесной шумихи, — по поднятию рождаемости населения.

Все же попытки в этом направлении продолжают и поныне. Создаются организации и учреждения по охране материнства и младенчества. Жестоко преследуются аборт, причем все репрессии направлены, главным образом, против трудящихся. Ведется усиленная пропаганда. Издаются ряд постановлений, направленных на охрану младенчества. И все же „проблема народонаселения“ ни в одной капиталистической стране не разрешена.

В чем же отличие всей постановки дела в этом отношении даже в так называемых демократических странах, как Англия, США, Франция, от советской организации охраны материнства, младенчества и детства?

Коренное отличие заключается в том, что советская организация — государственная социалистическая плановая организация. Государство считает охрану здоровья матери и ребенка своим кровным делом. Поэтому и законодательство советское по этому вопросу отличается глубокой принципиальностью, широким размахом и законченностью постановки вопроса. Лучшей иллюстрацией в этом смысле является закон от 8 июля 1944 г., который начинается так: „Забота о детях и матерях и об укреплении семьи всегда являлась одной из важнейших задач Советского государства“. Закон предусматривает увеличение государственной помощи многодетным и одиноким матерям, увеличение льгот для беременных женщин, изменение в интересах матери и ребенка законов о браке и семье и т. д. В законе затронуты все стороны вопроса охраны материнства и младенчества. Закон мог точно указать объем необходимых мероприятий: число яслей, мест в родильных домах и т. д., так как строительство детских учреждений входит составной частью в общегосударственные планы развития народного хозяйства и культуры страны.

Нигде в мире такого закона, как наш закон от 8 июля 1944 г., нет и быть не может; нигде в мире правительство не планирует и не может планировать число мест в ро-

дильных домах, в яслях, детских садах и т. д., ибо там нет планового здравоохранения. В большинстве буржуазно-демократических стран (особенно во Франции) охраной здоровья детей занимаются, главным образом, благотворительные организации и только в известной, крайне ограниченной, мере — муниципальные, государственные, страховые компании и т. д.

В капиталистических странах вся работа по охране материнства и младенчества не имеет ни плана, ни системы. В одном месте преобладают *gouttes de lait* (молочные кухни), в другом — *crèches* (ясли), в третьем — *maisons d'enfance* (детские дома), как и что угодно „общественным“, главным образом филантропическим или краснокрестным организациям.

У нас Советская власть как бы прослеживает весь путь ребенка, начиная с его внутриутробного состояния: консультации для беременных — родильная помощь — консультации для матери и ребенка — ясли — детсады — детские поликлиники — больницы — санатории — курорты и т. д. От внутриутробного состояния до подросткового возраста — по всему пути ребенка охраняется его здоровье. Одно звено соприкасается и перерастает в другое. Единая, продуманная цепь учреждений.

Патронаж на дому, консультация для матерей по вопросам воспитания ребенка и другие аналогичные мероприятия поднимают культуру, создают стройную систему в деле охраны здоровья подрастающего поколения.

Именно такая постановка всей системы охраны материнства, младенчества и детства в СССР и внимание к этому делу партии и правительства определили те успехи, которым поражаются (а некоторые не верят) буржуазные политики, знакомящиеся с положением дела у нас. Как? Даже в годы небывалой в истории войны, главная тяжесть которой пала на Советскую страну, при всем известном вредном влиянии войны именно на лабильный детский возраст, СССР вышел из нее, имея показатели детской смертности, не превышающие уровня довоенного времени. Казалось бы, необъяснимое „чудо“!

А объясняется „чудо“ очень просто: у нас Советская власть, у нас государственная система здравоохранения. У нас единая, продуманная, стройно построенная система охраны материнства, младенчества и детства. У нас партия и правительство, несмотря на все трудности военного времени, стремились обеспечить нормальные условия для матери и ребенка.

VII. ГОСУДАРСТВЕННАЯ САНИТАРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Единое плановое начало проявляется в СССР не только в лечебном, но и в санитарно-эпидемическом деле.

Весь санитарный надзор целиком сосредоточен в руках государственной санитарной организации. Органы санитарного надзора в СССР следят за соблюдением санитарных

правил труда и быта населения, за осуществлением санитарных правил на предприятиях и в учреждениях, в школах, в строительстве и благоустройстве населенных мест, мест питания населения, в борьбе с заболеваниями, особенно заразными, и т. д. Для выполнения этих разнообразных и важных задач органы санитарного надзора наделены особыми правами: их распоряжения обязательны к исполнению. Чтобы сделать их „оком государства“, независимым от местных влияний, санитарная организация в структурном отношении построена иначе, чем лечебная организация. Последняя целиком и полностью подчинена местным органам. Здравоотделы в области лечебной деятельности подчинены целиком местным советским органам. Вышестоящие органы здравоохранения осуществляют лишь общий контроль и руководство в области лечебной работы.

В санитарной деятельности дело обстоит иначе: местная санитарная инспекция непосредственно подчинена вышестоящему санитарному инспектору (районный—городскому и областному, областной—республиканскому). Местные органы власти не имеют права отменить решение государственного санитарного инспектора. Они могут лишь обжаловать его постановление (если находят его неправильным) вышестоящему санитарному инспектору.

Конечно, в своей повседневной работе местные санитарные инспекторы подчиняются местным органам здравоохранения: последние дают им задания для работы, планируют их работу. Но в области наблюдения за санитарным состоянием и в борьбе против антисанитарии (наложение штрафов, закрытие учреждений и предприятий за антисанитарное состояние, предварительный санитарный надзор и т. д.) санитарные инспекторы действуют самостоятельно: местные власти не имеют права отменять их решений. Таким образом, санитарная организация построена не только по „горизонтальному“ (подчинение местным органам), но и по „вертикальному“ принципу (подчинение вышестоящим органам санитарной инспекции и независимость от местных органов власти). Такое построение чрезвычайно важно: оно облакает санитарную инспекцию большой властью; оно делает инспекцию действительно государственным санитарным органом, „оком“ государства. Как правило, госсанинспекция прибегает к принудительным мерам лишь при невозможности воздействовать на виновников путем убеждения. Таким образом, в деле санитарного надзора согласованно действуют оба фактора—убеждение и принуждение.

В СССР построена стройная система государственной санитарной организации, которая по существу сводится к следующим основным видам санитарного надзора: коммунальному, пищевому, промышленному и школьному. Противо-

эпидемические мероприятия планируются санитарной организацией.

Кроме государственной санитарной организации Министерства здравоохранения, в СССР существует еще ведомственная санитарная организация; Министерство путей сообщения имеет свою санитарную организацию, обслуживающую железнодорожный транспорт; некоторые хозяйственные предприятия, как, например, пищевые, тоже имеют свою санитарную организацию. Таким путем санитарная организация приспособляет свою работу к специфическим требованиям той или другой хозяйственной организации. Однако это ничуть не ослабляет принципиального единства и плановости санитарного дела в СССР: ведомственные санитарные организации целиком подчиняются государственной санитарной инспекции Министерства здравоохранения СССР, и распоряжения последней для них обязательны. План ведомственной санитарной деятельности координируется и учитывается в общем плане санитарной деятельности Министерства здравоохранения.

Постоянное практическое участие санитарных врачей в разнообразной деятельности здравоохранения и в планировании его делает их фактическими помощниками руководителей здравоохранения. С санитарной „вышки“ виднее общее состояние дела здравоохранения, перспективы дальнейшего развития, слабые места в деятельности органов здравоохранения. Вот почему так важна не только инспекционная, но и организующая роль государственной санитарной организации.

Особенностью организации санитарного дела в СССР является также то, что рядом с государственными санитарными врачами, в их окружении и под их руководством, работают общественные санитарные инспекторы, выдвигаемые из среды самого населения.

Наконец, необходимо упомянуть о плановом характере санитарных мероприятий в СССР. На основе изучения демографических, санитарно-эпидемиологических и других факторов, определяющих санитарное состояние, санитарные органы составляют планы своих работ на определенные отрезки времени (годовые, пятилетние и т. д.).

Таковы особенности построения санитарной организации в СССР.

VIII. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В НАЦИОНАЛЬНЫХ ОБЛАСТЯХ СССР

Статья 123 Советской Конституции гласит: „Равноправие граждан СССР, независимо от их национальности и расы, во всех областях хозяйственной, государственной, культур-

ной и общественно-политической жизни является непреложным законом.

Какое бы то ни было прямое или косвенное ограничение прав или, наоборот, установление прямых или косвенных преимуществ граждан в зависимости от их расовой и национальной принадлежности, равно как всякая проповедь расовой или национальной исключительности, или ненависти и пренебрежения — караются законом“.

Эта национальная политика осуществляется и в области здравоохранения.

Принципиальное отличие советской национальной политики от буржуазной резко вырисовывается во всех областях жизни, в том числе и в области постановки дела медицинского обслуживания населения.

Как уже отмечалось выше, медицинское обслуживание трудящихся масс во всех капиталистических странах находится в крайне неудовлетворительном состоянии. В отношении трудящихся масс своей национальности господствующие классы вынуждены в силу своих собственных классовых интересов (сохранение рабочей силы, проблема народонаселения, опасность эпидемических заболеваний для самой буржуазии) проводить те или иные здравоохранительные мероприятия. В отношении же национальных меньшинств и в особенности населения колоний, где указанные причины для буржуазии господствующих наций не имеют такого значения, санитарно-медицинское обслуживание населения или вовсе отсутствует, или имеет крайне ограниченные размеры.

Тяжелое санитарное состояние колониальных стран общеизвестно. Приведем только одно свидетельство.

Мальтузианец, т. е. человек, склонный преуменьшать значение социального фактора и придавать решающее значение биологическому фактору („перенаселению“) Раджани Канта Диас («The problem of Indices overpopulation»¹) пишет, что в Индии смертность значительно выше, чем в Европе, что Индия является очагом чумных, холерных и других инфекционных заболеваний (смертность от чумы, по словам автора, с 1901 до 1920 г. выразилась в 9,5 миллионов человек). Характерно, что в противовес своей теории „перенаселения“ автор вынужден признать небольшую плотность населения (68 человек на 1 кв. километр), вынужден отметить огромные природные богатства Индии (пахотные земли, рыба, лес, минералы и т. д.) и тот факт,

¹ Цитировано по Б. Смулевичу — „Буржуазные теории народонаселения“.

что „большинство народов в Индии живет постоянно на грани голодной смерти“, что „количество пищи, потребляемой индийскими массами, намного меньше пищи арестанта“, что нищета населения и развитие заболеваний среди него объясняются низким развитием производительных сил и что „потеря политической самостоятельности“ Индии привела к „моральному и интеллектуальному ухудшению состояния народа“.

Так говорит мальтузианец Диас, явно стараясь смягчить положение дел в Индии и вопиющее состояние здоровья населения в этой стране.

Картина, очерченная Диасом в Индии, остается неизменной и до самого последнего времени. В 1933 г. умерло от холеры в Британской Индии 68 318 чел., в 1934 г. — 199 768, в 1935 г. — 217 162, в 1936 г. — 159 712 чел.

Такая же картина и в других колониях капиталистических государств: в голландской колонии Ява и Мадуро за 5 лет (1931—1935 гг.) в среднем умирало от чумы около 12 500 чел. в год; в Индо-Китае (французская колония) ежегодно заболело оспой 3 000 чел., умирало от этой болезни около 1 000 чел. Чума не переводится в Алжире, Мадагаскаре, Марокко, Конго, Тунисе, т. е. почти во всех колониях буржуазных государств в Африке.

Смертность в Англии в 1936 г. составляла 12,3 на 1 000 человек населения, а в Британской Индии 22,6. Смертность в Лондоне на 1 000 человек была в 1935 г. 11,4, а в Калькутте 28,5, Мадрасе—36,0 и т. д.

Детская смертность в ряде районов экваториальной Африки перед войной поднималась до чудовищной цифры—63,5%: больше половины ребят умирало на первом году жизни. В северных штатах США детская смертность у белых была 6,8%, а у „цветных“ 12,3%.

Таково санитарное состояние населения в колониях капиталистических государств и состояние здравоохранения „низших рас“ в капиталистических метрополиях. В основном оно объясняется чудовищной эксплуатацией колониальных рабов; но значительную роль играет также почти полное отсутствие какой бы то ни было государственной медицинской помощи населению этих колоний.

Аналогичная картина наблюдалась в царской России в отношении национальных окраин. Медицинская помощь коренному населению этих областей почти не оказывалась, существовала она только в крупных городах.

Советской власти приходилось начать строительство советской медицины в национальных районах почти на пустом месте. Партия большевиков и Советское правительство в целях ликвидации хозяйственного и культурного

неравенства между народами Советской страны приняли все меры для более быстрого развития производительных сил, культурного строительства и роста медицинского обслуживания населения национальных республик и областей.

Темпы развития здравоохранения, так же как и развития промышленности и строительства культурных учреждений в национальных республиках и областях, значительно превышали темпы развития здравоохранения в центральных областях и во всем Союзе: за 25 лет Советской власти (с 1917 по 1941 г.) в городах СССР в среднем больничная сеть увеличилась в 5 раз, а в Таджикской ССР в 75,4 раза, в Киргизской ССР — в 29,5 раза, в Туркменской ССР — в 25 раз, в Армянской ССР — в 25,2 раза, и т. д. Пропускная способность учреждений внебольничной помощи с 1913 по 1941 г. увеличилась по СССР в 11,7 раза, в Узбекской ССР в 14 раз, в Таджикской ССР — в 18 раз; в Киргизской ССР — в 26 раз, в Армянской ССР — в 15 раз, и т. д.

Особенно поучителен рост учреждений по охране здоровья матери и младенца — детских и женских консультаций. В Азербайджанской ССР в 1913 г. — 0, в 1941 г. — 69; в Грузинской ССР соответственно — 0 и 126; в Армянской ССР — 0 и 30; в Узбекской — 0 и 84; в Таджикской — 0 и 23; в Киргизской — 0 и 21; в Карело-Финской ССР — 0 и 14 и т. д.

Такая же картина и в других областях здравоохранения. В результате санитарное состояние и физическое развитие населения национальных республик и областей быстро улучшается, причем темпы сдвигов в физическом развитии там значительно выше, чем в центральных областях Союза.

В национальных областях готовят свои национальные медицинские кадры. Во всех союзных республиках (кроме Карело-Финской) созданы высшие медицинские учебные заведения. Быстро растет санитарная культура населения и исчезают вредные для здоровья пережитки и обычаи темного прошлого. Так проводит советское здравоохранение ленинско-сталинскую национальную политику; так превращает оно отсталые в санитарном отношении области в передовые.

Подъем материального и культурного уровня населения национальных районов во всех областях социалистического строительства привел к тому, что в области санитарно-медицинского обслуживания населения эти районы далеко обогнали многие «цивилизованные» страны Европы и Америки.

СССР — единственная страна в мире, которая на началах полного равноправия разрешила так называемый «национальный вопрос». Принципы советской национальной политики составляют неотъемлемую часть теории и практики советского здравоохранения.

IX. СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ В СССР

Дофашистская Германия считалась родиной государственного социального страхования. И, действительно, Германия была первой страной, осуществившей это государственное мероприятие.

Но на характере этого мероприятия отразился порок его зачатия.

Перед введением социального страхования от болезней в императорском послании рейхстагу в 1881 г. «железный канцлер» Бисмарк говорил устами императора: «исцеление общественных бедствий нужно искать не исключительно на пути подавления социал-демократических проявлений, но равным образом и на пути положительного споспешествования благу рабочих». В 1883 г. родилось государственное страхование от болезней в Германии.

Таким образом, Бисмарк боролся с революционным движением рабочих двумя руками: в одной он держал «кнут» («подавление социал-демократических проявлений»), в другой—пряник («споспешествование благу рабочих»). Последняя уступка нужна была для того, чтобы отвлечь рабочих от революционных «проявлений».

Социальное страхование во всех капиталистических странах, где оно введено, носит именно этот характер вынужденной уступки правящих классов перед лицом революционного движения рабочих. И это обстоятельство налагает отпечаток на организацию государственного социального страхования во всех буржуазных странах.

Прежде всего, ни в одной буржуазной стране в мире, где введено государственное социальное страхование, оно не схватывает всех работающих по найму: страхованию подлежат, главным образом, рабочие крупных промышленных предприятий; сельскохозяйственные рабочие, как правило, не подлежат страхованию. Это также свидетельствует о происхождении социального страхования: рабочие крупных предприятий, политически более развитые и более организованные вырвали эту вынужденную уступку у буржуазии; разбросанные и забытые сельские пролетарии не добились этого.

Во-вторых, везде, во всех буржуазных государствах (речь идет о тех государствах, где введено государственное социальное страхование) в той или другой степени (в большей степени — в страховании от болезней, в меньшей — от несчастных случаев), рабочие обязаны делать отчисления фонды страхования, которые в основном и состоят из отчислений рабочих.

В-третьих, управление страховыми органами фактически находится в руках предпринимателей, это дает возможнос

предпринимателям сводить политические счета с неугодными им рабочими, вносить рознь в рабочие массы.

Таковы основные особенности (не говоря о других — сроки выплаты, величина пособий и т. д.), характеризующие положение страхового дела в капиталистических странах.

Совершенно по-другому организовано социальное страхование в СССР. Ст. 120 Советской Конституции гласит: «Граждане СССР имеют право на материальное обеспечение в старости, а также — в случае болезни и потери трудоспособности.

Это право обеспечивается широким развитием социального страхования рабочих и служащих за счет государства, бесплатной медицинской помощью трудящимся, предоставлением в пользование трудящимся широкой сети курортов».

Таким образом, в СССР:

1. Все работающие по найму рабочие и служащие как в городских, так и в сельских местностях подлежат государственному социальному страхованию.

2. Государственное социальное страхование проводится за счет государства, — сами застрахованные свободны от каких бы то ни было взносов в фонды социального страхования.

3. Страховые органы работают на началах самоуправления; с 1933 г. дело социального страхования передано профсоюзам, никто никакого давления на них не производит, никто не вмешивается в их деятельность.

Столь же различны и другие стороны организации социального страхования: сроки выплаты пособий, размер пособий и т. д.

Таким образом, социальное страхование в СССР построено на началах, принципиально отличных от построения его в капиталистических странах.

Социальное страхование в жизни трудящихся имеет огромное значение: за счет фондов государственного социального страхования в СССР не только выдаются пособия по болезни и пострадавшим от несчастных случаев, пособия по старости и нетрудоспособности, пособия матерям, но и оказывается помощь в удовлетворении других чрезвычайно важных потребностей трудящихся — значительные средства идут на санатории и дома отдыха, на жилищное строительство, на обслуживание детского населения (устройство пионерских лагерей), на лечебно-профилактическую помощь застрахованным и т. д. Бюджет государственного социального страхования в 1946 г. достигал огромной суммы в 7,3 млрд. рублей.

Вот каков объем той помощи, которую государственное социальное страхование оказывает трудящимся в СССР. И вот какова разница организации его в СССР от «пряника» — вынужденной уступки рабочим со стороны буржуазии в капиталистических странах.

Где истоки этой разницы?

В том, о чем говорилось не раз: в СССР — социалистический строй, за рубежом — капиталистический строй.

Х. ОХРАНА ТРУДА РАБОЧИХ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

Наиболее концентрированным примером того, как вся советская социалистическая система имеет в виду охрану здоровья трудящихся, может служить организация охраны здоровья рабочих на промышленных предприятиях.

Первым декретом, изданным после победы Октябрьской социалистической революции, был декрет от 11/XI (29/X) 1917 г. о 8-часовом рабочем дне (для вредных работ — 7 и даже 3 часа). Этим устранялась основная и притом наиболее распространенная вредность фабрично-заводского труда — чрезмерная продолжительность его. Физиологическое обоснование требования 8-часового рабочего дня дал еще И. М. Сеченов.

В первые годы после Октября был разработан «кодекс законов о труде» — законодательный акт, равного которому нет и поныне ни в одной капиталистической стране. В «кодексе» были предусмотрены, кроме продолжительности рабочего дня, еженедельные перерывы в работе, а также отдых в революционные праздники, ежегодные очередные отпуска, специальные мероприятия по охране труда женщин: запрещение использовать труд женщин на тяжелых и вредных работах, отпуска по беременности и родам, перерывы в работе для кормления грудных детей и т. п. Специальное законодательство о труде несовершеннолетних предусматривает недопущение на работу на предприятии подростков моложе 14 лет и льготы подросткам 14—16 лет. В ремесленных училищах, в школах фабрично-заводского ученичества установлен такой режим труда и отдыха, который вполне обеспечивает сочетание труда с укреплением здоровья подростков.

О социальном страховании рабочих и работниц мы уже говорили.

Так, законодательство, точнее — вся система советской власти, стоит на страже охраны труда рабочих.

На этой основе и органы здравоохранения развертывают свою работу по охране здоровья рабочих.

Как известно, по советским законам, предприятия, в которых занято менее 1 000 рабочих, должны иметь здравпункты, возглавляемые средним медицинским персоналом; свыше 1 000 рабочих — пункты, возглавляемые обязательно врачебным персоналом, и, наконец, наиболее крупные предприятия имеют медсанчасти, т. е. комплекс лечебно-профилактических учреждений: здравпункты в цехах, поликлинику, стационар, родильное отделение, детские учреждения и т. д.

Вся эта система медицинских учреждений на предприя-

тиях, от здравпунктов до медсанчасти, ведет работу в основном в двух направлениях: санитарно-эпидемическом и лечебном. В области санитарии работа ведется по четырем обычным разделам санитарной деятельности: по линии коммунальной санитарии — наблюдение за чистотой, за доброкачественностью питьевой воды, за санитарно-техническими установками и т. п.; по линии пищевой гигиены — контроль за столовыми, организация диетстоловых, санитарный надзор за местами продажи пищевых продуктов; по линии промышленной — предупреждение несчастных случаев, наблюдение за снабжением проз- и спецодеждой, надзор за исправностью предохранительных приспособлений и т. д.; наконец, по линии школьной — надзор за санитарными порядками в детских учреждениях. По линии лечебной здравпункты и медсанчасти оказывают первую помощь при несчастных случаях и заболеваниях, направляют, если нужно, в соответствующие лечебные заведения для дальнейшего лечения, отбирают нуждающихся в курортном лечении и т. д. К каждому предприятию прикреплен государственный промышленный инспектор, наблюдающий за соблюдением санитарных правил на нем.

Насколько дифференцированно и тщательно поставлено наблюдение за здоровьем рабочих на предприятиях, показывает забота о так называемых «часто и длительно болеющих». Среди рабочих всегда имеется небольшая прослойка таких, которые по состоянию своего здоровья вынуждены часто обращаться за лечебной помощью, длительно болеть от различных заболеваний. Такие рабочие здравпунктами и медсанчастями берутся на особый учет, на них заводится специальная картотека, каждый больной тщательно обследуется на предмет глубокого изучения (на здравпункте, в поликлинике или больнице) сущности его заболевания и дифференцированно принимаются меры по лечению его. В одних случаях достаточно перевести такого рабочего на другую, менее для него вредную работу; в других случаях достаточен небольшой отдых, иногда отпуск к родным в деревню; в третьих — назначается диететическое питание; в четвертых — больной направляется на соответствующее квалифицированное лечение — в больницу, санаторий, на курорт и т. д. Так дифференцированно устраняются причины частых и длительных заболеваний рабочих, и такие рабочие обычно быстро возвращаются к нормальному труду.

Замечательными учреждениями при предприятиях являются так называемые «ночные санатории». Эти учреждения справедливо вызывают удивление и восхищение посетителей-иностранцев, ибо «ночные санатории» являются детищем именно советской медицины. Смысл этих учреждений состоит в том, чтобы рабочему в известных случаях состояния его здоровья (например, в самых начальных стадиях заболевания туберку-

лезом, поправляющемуся после операции или после тяжелой болезни, но еще не вполне поправившемся, малокровным, нервным и т. д.) дать возможность одновременно продолжать свою работу и укреплять свое здоровье. Такие рабочие прямо после рабочего дня приходят в ночной санаторий. Там они моются и переодеваются, получают усиленное питание, отдыхают, проводят ночь в благоприятных гигиенических условиях, утром получают добавочное питание и уходят на работу. Только в советской стране, где так внимательно относятся к здоровью рабочих и где профилактика теснейшим образом связана с лечением, могли возникнуть такие учреждения, как ночные санатории для рабочих.

Вся работа учреждений здравоохранения на предприятиях ведется совместно с государственными и общественными организациями: с администрацией предприятий, с государственными органами техники безопасности, с профессиональными, страховыми, партийными, комсомольскими организациями.

Ежегодно составляется «комплексный план» проведения оздоровительных мероприятий по линии санитарно-технических усовершенствований и по улучшению лечебно-профилактической работы. Комплексные планы подписываются директором предприятия, представителем профсоюзной организации и врачом. Точное разграничение функции и ответственности каждой организации служит гарантией выполнения плана.

Таковы основные принципы организации охраны здоровья рабочего на производстве.

XI. САМОДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТРУДЯЩИХСЯ

Замечательной особенностью охраны здоровья населения в СССР служит то, что она является делом не только органов здравоохранения (которые, конечно, организуют это дело и руководят им), но что о нем заботятся все органы Советской власти, в соответствии с характером их деятельности, и само население. Мы уже говорили о комплексной работе органов здравоохранения и других учреждений и организаций в проведении профилактических мероприятий. Необходимо отметить, что огромную роль в постановке дела охраны здоровья населения играет само население. «Охрана здоровья трудящихся — дело самих трудящихся». Под этим лозунгом родилась советская организация здравоохранения, под этим лозунгом она развертывалась, под этим лозунгом она одерживала победы в труднейшие годы жизни нашей страны.

Участие населения в охране своего здоровья осуществляется в самых разнообразных организационных формах.

При местных советах депутатов трудящихся действуют секции здравоохранения из депутатов и привлеченных лиц; они наблюдают за деятельностью лечебно-профилактических

учреждений, докладывают советам об их состоянии и работе. В соответствии с соглашением между ВЦСПС и Министерством здравоохранения СССР при всех лечебно-профилактических учреждениях (больницы, поликлиники, амбулатории, диспансеры, санатории и т. д.) организуются «советы содействия» из представителей трудящихся того района, который обслуживается данным учреждением. Члены совета не вмешиваются в чисто медицинские распоряжения, но оказывают незаменимую помощь органам здравоохранения в хозяйственно-организационной деятельности лечебных учреждений.

Вовлечение населения в работу по охране его здоровья осуществляется на базе широкого развертывания санитарного просвещения во всех формах — устной и печатной, через кино и радио, через театральные постановки и т. д. Большое значение имеет санитарно-гигиеническое воспитание ребят в школе: в СССР — всеобщее обучение, все население школьного возраста проходит через школу, и таким образом санитарно-гигиенические сведения и санитарные навыки с молодых лет внедряются населению.

Деятели здравоохранения из среды самого населения — это прежде всего активисты многомиллионного Общества Красного креста и Красного полумесяца. Обученные на кратковременных курсах подаче первой помощи при несчастных случаях, элементарным правилам гигиены и санитарии, они реализуют свои познания в тех областях, в которых им приходится работать: на промышленных предприятиях и в учреждениях, в школах и детских садах, в жилищах и в общежитиях, в колхозах и совхозах. Всюду они — активнейшие помощники медицинского персонала в проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Население, особенно женское, охотно вступает в организации Красного креста, ибо оно хорошо понимает его значение. Активисты Красного креста в громадном своем большинстве действительно энтузиасты дела здравоохранения. Они являются своего рода щупальцами для органов здравоохранения и медицинских работников в гуще народной жизни. Представим себе общественного санитарного инспектора (такие инспекторы рекрутируются, главным образом, из членов Красного креста) в колхозе. При самой густой сети лечебно-профилактических учреждений на селе медицинские работники едва ли в состоянии установить каждодневное наблюдение за состоянием и содержанием колодезев, жилых домов, улиц, площадей, рынков, мест продажи пищевых продуктов, общественных столовых, детских учреждений и т. д. Между тем, местным жителям из среды тех же колхозников гораздо легче осуществлять такой санитарный надзор, легче следить за появлением первых случаев эпидемических заболеваний и т. д. Медицинский персонал имеет в их

лице сигнализаторов о санитарных неблагополучиях или эпидемических заболеваниях, что облегчает принятие наиболее быстрых, а следовательно и более эффективных мер.

На предприятиях огромную общественную работу проводят страховые делегаты. Как было сказано выше, советское социальное страхование построено на полном самоуправлении самих застрахованных. Делом социального страхования руководят отделы социального страхования соответствующих профсоюзов. На местах (на предприятиях, в учреждениях) этим делом ведают фабкомы и месткомы и при них советы социального страхования с членами совета — страховыми делегатами. Делегаты выбираются общими собраниями рабочих и служащих. Они содействуют правильному удовлетворению нужд застрахованных за счет средств социального страхования, принимая участие в распределении средств среди нуждающихся, помогая удовлетворению бытовых нужд застрахованных — в улучшении жилищных условий, в обеспечении усиленным питанием нуждающихся в нем, в определении детей в детские учреждения — ясли, детдома, детсады, пионерлагери, в посылке взрослых и детей на курорты, в направлении в больницы и санатории и т. д. Страховые делегаты следят также за тем, чтобы средства социального страхования рационально расходовались, борются с симуляцией, с неправильной выдачей больничных листков, следят за соблюдением режима, установленного врачом, рабочим, получившим больничный лист по болезни.

Социальное страхование в СССР действительно является делом самого рабочего класса, оно построено полностью на общественных началах.

Особенно большую роль сыграла общественность в деле здравоохранения в годы войн и эпидемий. В годы гражданской войны, когда были широко распространены инфекционные заболевания и в особенности сыпной тиф, вся советская общественность по призыву Ленина («Или вши победят социализм, или социализм победит вшей!») мобилизовалась на борьбу с эпидемией сыпного тифа. По всей стране были проведены «недели борьбы за чистоту», «банно-прачечные недели». Устраивались субботники по очистке дворов, владений от мусора, по улучшению санитарного состояния жилищ и т. д. Несомненно, что если молодой Советской республике в те тяжелые годы разрухи, голода, блокады со стороны империалистов удалось быстро одержать победу над эпидемией сыпного тифа, то в этом огромная заслуга не только медицинских работников, но и советской общественности.

Если в Великую Отечественную войну наша страна не знала — впервые в истории войн — массового распространения эпидемических заболеваний, то и в этом заслуга не

только медицинских работников, но и советской общественности. В осажденном Ленинграде, подвергавшемся непрерывным бомбардировкам со стороны врага, когда этими бомбардировками были разрушены основные санитарно-технические установки (водопровод, канализация, очистные сооружения), само население с огромным героизмом, под обстрелами поддерживало санитарное состояние города и предотвратило распространение в нем эпидемических заболеваний. Примеры подобной самодеятельности проявляло население и других населенных мест.

И в настоящее послевоенное время все население активно участвует в залечивании ран, нанесенных войной делу здравоохранения. На всю страну прогремел почин колхозников Житомирской области, своими руками помогавших восстановлению разрушенных фашистами зданий больниц, детских учреждений, родильных домов и т. д. И они не только восстанавливали, но и строили заново, где нужно. Пример житомирских колхозников нашел широкий отклик среди сельского и городского населения в разных местах нашего Союза.

И если мы питаем твердую уверенность, что 4-й послевоенный пятилетний план будет не только выполнен, но и перевыполнен, то одной из важнейших гарантий успеха — сознательность и самодеятельность советского народа.

Такая самодеятельность может быть только в царстве истинной демократии. Такая самодеятельность — основа основ теории и практики советского здравоохранения.

ХII. ОРГАНИЗАЦИЯ НАУЧНОЙ РАБОТЫ В СОВЕТСКИХ УСЛОВИЯХ

С самого основания советского здравоохранения Советская власть позаботилась о том, чтобы медицинская наука освещала пути советского здравоохранения. Одновременно с созданием Наркомздрава был создан при нем Ученый медицинский совет из виднейших представителей медицинской науки.

Широкая масса научных работников с воодушевлением приступила к развертыванию научной работы. Расширявшаяся медицинская практика предъявляла все новые и новые требования к науке. Появились новые отрасли практической и научной деятельности (например, курортное дело, борьба с туберкулезом и т. д.), о которых раньше не знали.

Начался бурный рост научных учреждений. В настоящее время нет ни одной отрасли медицины, как лечебной, так и профилактической, которая не возглавлялась бы научным учреждением (а чаще несколькими научными учреждениями). Больше того, наука глубоко проникла в практическую работу лечебно-санитарных учреждений и органов здравоохранения. В редкой более или менее крупной больнице, поли-

клинике, диспансере, санитарно-эпидемиологической станции не ведется научная работа, часто на высоте кандидатских и докторских диссертаций. В органах здравоохранения работают научные консультанты по различным вопросам практической деятельности (по родовспоможению, по терапии, хирургии, борьбе с раком, с туберкулезом и т. д.).

Таким образом, советская медицинская наука глубоко проникает в советскую медицинскую практику, прочно связана с ней.

Но дело не только в количественном росте научных учреждений и научной работы, а и в «высоте научного потенциала», как выразился президент Академии наук СССР С. И. Вавилов.

Эта «высота научного потенциала» определяется в значительной мере особенностями организации научной работы в советских условиях.

Во - п е р в ы х, советская медицинская наука базируется на твердом фундаменте марксизма-ленинизма. И это важное обстоятельство дает правильное направление научным изысканиям.

Во - в т о р ы х, плановое начало находит свое приложение и в научной деятельности. Нигде в мире научная работа не планируется так, как в СССР. А плановость дает направленность, целеустремленность, продуманность, более полное соответствие потребностям страны в научной работе. План понимается нами не как простая сумма предполагаемых научных работ, но как активно организующий фактор научного исследования, направляющий исследователей по прямому, более короткому пути.

В - т р е т ь и х, научная работа в СССР ведется комплексно. В зарубежных странах немало богатых и прекрасно обставленных научных институтов, некоторые обставлены даже богаче, чем наши, но каждый институт работает в отрыве от других. Из попыток объединения их в «медицинские пункты», комплексировать их работу ничего не вышло. У нас же научные институты работают в контакте и сотрудничестве, освещают ту же самую проблему с разных сторон. Совершенно очевидно, что освещение вопроса с разных сторон, проверка одних выводов другими обеспечивают более правильное решение вопроса.

Комплексирование работ подготавливает почву для синтеза. В настоящее время накоплен огромный фактический материал во всех областях научного исследования. Задача теперь состоит в том, чтобы делать обобщение, синтез накопленных данных. Такой синтез открывает широкие перспективы для дальнейшего движения вперед.

Контактирование научных институтов и самих научных работников проводится разными путями: в обсуждении

вопросов в ученых советах, в научных обществах, на съездах, конференциях, в печати. Нигде в мире нет такого обилия научных обществ, научных съездов и таких разнообразных форм общения научных работников, как в СССР. Каждое новое открытие обсуждается научной общественностью, ибо в СССР открытие — не средство обогащения отдельных лиц (и, следовательно, не секрет), а средство для улучшения жизни всех. Именно поэтому все открытия так горячо принимаются народом, создавая тем самым для изобретателей широкий путь к признанию, почету и славе. Возможность комплексирования и внедрения планового начала обуславливается также государственной постановкой научной работы.

В-четвертых, советская медицинская наука, следуя указаниям товарища Сталина о передовой науке, старается не отгородиться от народа, а служить народу, служить охотно, добровольно, а не по принуждению. Ученые медики внимательно присматриваются к нуждам здравоохранения и постоянно помогают своими знаниями, опытом, умением удовлетворять эти нужды.

На этих же принципах работает и высшее научное медицинское учреждение в СССР — Академия медицинских наук. В основу работ Академии уставом ее поставлена задача «научной экспертизы в вопросах медицины, по заданиям правительства Союза ССР и Народного комиссариата здравоохранения Союза ССР».

Отсюда вовсе не следует, что советская наука занимается практицизмом, чуждается больших теоретических проблем. Вся история науки показывает, что кажущиеся сегодня чисто теоретическими изыскания завтра оказываются благодетельными для практической работы. Достаточно напомнить последний факт — работы по расщеплению атомного ядра. А ныне «проблема атомного ядра задевает в большей или меньшей степени все естественные науки и технику» (С. И. Вавилов), в том числе и медицину.

Первые годы существования Академии медицинских наук (она открыта в 1944 г.) были посвящены, естественно, главным образом организационным вопросам. Однако уже за эти 3 года Академия оформилась в крупнейшее научное учреждение, поставила и разрешила целый ряд крупнейших научных проблем. Особенностью структуры Академии, дающей твердую базу для глубоких научных работ, является сочетание в ней научных институтов теории (институты физиологии, биохимии, патологической анатомии, патофизиологии, экспериментальной медицины) и институтов практики в области медицины (клинические, педиатрические, гигиенические и др.). Это обеспечивает научность, полноту и разносторонность освещения исследуемых проблем. Так, например, вопросы питания освещаются с точки зрения физиологии питания (Институт

физиологии), гигиены питания (Институт питания), клиники (Клиника лечебного питания).

XIII. ВЫСШЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СССР

Государственная организация всей системы здравоохранения в СССР определила и постановку высшего медицинского образования в СССР.

И в этом деле имеется громадная принципиальная разница в постановке дела в зарубежных капиталистических странах и в СССР; и в этом деле советская медицина сказала свое новое слово.

Разница эта не только количественная, но, главное, — качественная.

В СССР вместо 13 медицинских факультетов, существовавших в 1913 г. в царской России, имелось в 1946 г. 72 высших медицинских учебных заведения. Количество обучающихся в них студентов достигает колоссальной цифры 116 000 (вместо 8 500 студентов в 1913 г.). Таков количественный масштаб работы. Число врачей в СССР в 1940 г. равнялось 130,4 тыс. чел. По пятилетнему послевоенному плану в 1950 г. оно должно достигнуть 223,9 тыс. чел.

Этот количественный объем объясняется прежде всего тем, что в СССР в отличие от зарубежных стран высшее медицинское образование общедоступно: успевающие студенты обеспечиваются стипендиями, иногородние — общежитиями, студенты пользуются специально организованными для них столовыми. Все это делает высшее медицинское образование доступным широким слоям населения. Двери вузов широко открыты детям трудящихся.

В СССР в отличие, например, от США нет вузов «первой категории» — для богатых, могущих платить высокую плату за учение, и «второй категории» — для малосостоятельных.

В СССР все вузы полноценны, все одинаково обеспечены всем необходимым для преподавательской и научно-исследовательской деятельности.

Сеть вузов в СССР распределяется так, чтобы удовлетворять своими врачами-выпускниками также отдаленные области и национальные республики. В национальных вузах особое внимание обращается на подготовку кадров из коренного населения. Ленинско-сталинская национальная политика находит свое применение и в подготовке медицинских кадров, и в обеспечении ими учреждений здравоохранения.

На кафедрах и клиниках вузов проводится не только педагогическая, но и огромная научно-исследовательская работа: готовятся кадры научных работников. Однако самое главное отличие постановки медицинского образования в СССР от зарубежной состоит в характере и содержании самого преподавания.

Основой преподавания является тот принцип, который выражен в следующих словах товарища Сталина:

«Нет необходимости, чтобы специалист-медик был вместе с тем специалистом по физике или ботанике и наоборот. Но есть одна отрасль науки, знание которой должно быть обязательным для большевиков всех отраслей науки, — это марксистско-ленинская наука об обществе, о законах развития общества, о законах развития пролетарской революции, о законах развития социалистического строительства, о победе коммунизма».

На этом принципе основана и научно-исследовательская, и преподавательская (учебная) деятельность советских вузов.

Материалистическое мировоззрение является единственно научным мировоззрением. И это особенно важно иметь в виду именно в медицинском образовании, ибо научная медицина несовместима с идеалистическими или виталистическими установками.

Так как высшее медицинское образование имеет своей основной задачей подготовить научно образованных и материалистически мыслящих врачей, то на методику преподавания — на программы занятий, на организацию лекций, практических занятий, производственной практики студентов — обращается особое внимание.

Вузы готовят врачей прежде всего для практической работы в учреждениях здравоохранения. Постановлением правительства от 23/VII 1930 г. все вузы переданы в ведение так называемых «оперативных» народных комиссариатов (ныне — министерств). Таким путем устанавливается более тесная связь между преподаванием и запросами жизни. Вузы выпускают врачей, которые вышли из народа и служат народу, служат не по принуждению, а добровольно, с охотой.

Однако этим ничуть не устраняется единство организационно-методического руководства работой всех вузов. Установление плановости и единства в подготовке специалистов осуществляет Министерство высшего образования как единый организационно-методический центр. Это Министерство ведает также подбором и распределением высшего преподавательского состава в вузах.

Вузы являются главным резервом, из которого черпается молодая смена научных работников. Среди студентов довольно широко распространены научные кружки по различным специальностям; кружки эти объединяются в научные студенческие общества, работающие под руководством преподавателей. Наиболее способные и проявившие склонность к той или иной отрасли медицины остаются в вузах в качестве аспирантов, ассистентов, ординаторов для дальнейшего усовершенствования. Вузы оказывают всяческое содействие (притом

бесплатное) в подготовке кандидатских и докторантских диссертаций молодыми учеными.

Для повышения качества подготовки в вузах введен шестилетний срок обучения. Это означает не механическую прибавку года учебы к пятилетнему прежнему курсу, а глубокий пересмотр всех программ преподавания и углубление преподавания как теоретических, так и клинических дисциплин. Советский врач должен быть глубоко и разнообразно научно образованным врачом, а не узким техником своего дела. Институты усовершенствования врачей и крупные лечебно-профилактические учреждения предоставляют возможность врачам повышать свою квалификацию и специализацию.

Так, советское здравоохранение не только организует подготовку будущих врачей, но и помогает им повышать свои знания и тем самым повышать качество медицинского обслуживания советского народа.

И во всем этом — принципиальное отличие постановки дела высшего медицинского образования в СССР от зарубежной.

Таким образом, в области высшего медицинского образования господствует тот же принцип: государственная плановая организация всего дела, удовлетворение нужд советского народа.

XIV. ВРАЧ СОВЕТСКОЙ СТРАНЫ И ВРАЧ КАПИТАЛИСТИЧЕСКОЙ СТРАНЫ

Самым замечательным результатом советской организации здравоохранения является то, что она переделывает самих людей, самих медицинских работников.

Целый ряд зарубежных беллетристических произведений ярко и правдиво характеризует положение и психологию врача в капиталистической стране.

Профессор ларингологии Гик у Синклера Льюиса «Мартин Эрроусмит» поучал своих слушателей, как им надлежит работать в будущем.

Профессор Гик, как отоляринголог, твердо верил, что гланды существуют в человеческом организме только для снабжения врачей-специалистов закрытыми автомобилями. Каждого врача, оставляющего пациенту гланды, он считал бесчестным неучем, пренебрегающим здоровьем больного и комфортом врача. По его глубокому убеждению, удаление части носовой перегородки никогда не причиняло никакого вреда больному. Последнему было вполне достаточно части, оставшейся после операции, которую доктор Гик производил в том случае, когда самое тщательное исследование носоглотки пациента не давало ничего, кроме разве указания на то, что больной слишком много курит. Гик яростно нападал на теорию о «предоставлении природы самой себе». Помилуйте,

средний человек с достатком ценит внимание! Он не особенно высокого мнения о специалистах, если они не оперируют его от времени до времени, чуть-чуть и не слишком болезненно. Гик ежегодно произносил классическую речь, в которой, высоко паря над отолярингологией, подвергал критической оценке всю медицину и излагал благодарным целителям рода человеческого метод добывания приличного гонорара:

«Знания имеют величайшее значение в медицине, но сами по себе они — ничто, пока вы не можете продать их. А для того, чтобы сделать это, вам необходимо прежде всего произвести впечатление на людей, обладающих долларами. Старый ли это пациент или новый, — вы всегда должны быть по отношению к нему искусным продавцом. Объясните ему, а также его напуганной и взволнованной семье, сколько упорного труда и внимания вы уделяете его болезни, и дайте ему, таким образом, почувствовать, что польза, которую вы ему принесите или собираетесь принести, гораздо значительнее того гонорара, который вы предполагаете себе назначить. Тогда, получив ваш счет, он не истолкует его ложно и не будет протестовать».

Если в этом рассказе и есть известная сгущенность в красках, то по существу рассказ правдиво передает психологию частнопрактикующих врачей в капиталистических странах. Конечно, среди зарубежных врачей есть и врачи-гуманисты, которые иначе понимают свои обязанности врача, чем учитель молодежи у Синклера. Но что является правилом и что исключением? Это зависит от почвы, на которой произрастают эти явления. Капиталистическая почва — каменистая, неблагоприятная для произрастания гуманных идей. Если в капиталистическом обществе *homo homini lupus est*, то о каких же гуманных чувствах можно говорить? Это находит свое отражение и в поведении врача. Звериное фашистское общество породило преступников из врачебного мира. Дипломированные убийцы, святотатственно носившие имя представителей самой гуманной профессии, — вот продукт гнилостного распада фашистского общества. Но никогда не надо забывать, что фашистская медицина лишь поставила грязную кляксу вместо «точки над и». Не надо забывать, что французы Гсбино и Ляпуж были провозвестниками фашистских расовых теорий во Франции. Такие же проповедники «расовой теории» были и есть в Англии, в США и во многих других странах. Не надо забывать, что расовые учения в области медицины в настоящее время лишь притаились, то и дело прорываясь наружу. В «демократических» США находятся «ученые» медики, которые и теперь «научно обосновывают» варварские мероприятия против негров, как против носителей «низшей» расы. Поэтому задача разоблачения и искоренения фашистской идеологии в области медицины является не менее актуальной,

чем в других областях научной и практической деятельности.

Понятно, что и вопросы так называемой «врачебной этики» диаметрально противоположно решаются у нас и в капиталистических странах.

По существу понятие врачебной этики охватывает три группы вопросов: 1) отношение врача к больному, 2) отношение врача к коллективу (обществу) и 3) отношение врачей друг к другу.

Отношение врача к больному построено у нас на диаметрально противоположных моральных основаниях по сравнению с положением в капиталистических странах. Там частная медицинская практика неизбежно создает ненормальные отношения между врачом и пациентом: погоню за гонораром, рекламу и т. д., не говоря уже о таких возмутительных явлениях, как затягивание лечения в целях выкачивания средств из кармана больного, постановку диагноза «болен» здоровым людям, особенно при диагнозе венерических заболеваний, и т. д. Нет и не может быть таких отношений при организации государственной бесплатной помощи населению. Наоборот, даже личный, профессиональный интерес врача у нас — поскорее вылечить больного. А для этого врачу даются все средства и возможности. Вот почему едва ли в какой другой стране врачи и вообще медицинские работники проявили столько любви и самопожертвования в минувшую войну на фронте и в тылу, как в нашей стране. Истинно гуманное понимание обязанностей врача, его долга в отношении населения возможно только тогда, когда между врачом и пациентом не залегают корыстные соображения.

Такая же разница и в отношениях врача к коллективу. Почему в капиталистических странах (ни в одной) нет точного учета венерических заболеваний? Потому что врачи, несмотря на строгие распоряжения начальства, скрывают эти заболевания. А почему они делают это? Потому, что за «неразглашение тайны» получают от пациента усиленный гонорар. Венерология — самая прибыльная для врачей капиталистических стран из всех врачебных специальностей. Вот почему именно в этой области там расцветают наиболее отвратительные явления. Частнопрактикующий врач знает больного, а не общество. Что ему Гекуба, а что он ей? Он знает свое дело, лечит больных, получает гонорар и этим ограничиваются его интересы, а часто и общественно-политическое сознание. Известно, что корпорация практикующих врачей была главным противником введения государственного социального страхования от болезней.

Диаметрально противоположно положение у нас. Врач — служащий советского государства, слуга народа. Он для этой службы обеспечивается государством — и материально, и морально — возможностью так лечить больного, как этого тре-

бует современная медицинская наука. К его услугам консультации опытных товарищей, возможность помещения больного в нужное квалифицированное лечебное заведение для исследования и лечения и т. д. и т. п.

Больше того, врач в советском государстве не только лечащий врач, но и одновременно организатор здравоохранения. Мы уже не говорим о врачах — организаторах здравоохранения *par excellence*, о санитарных врачах, эпидемиологах, о работниках охраны материнства и младенчества и т. д. Но и простой лечащий врач в СССР — организатор здравоохранения в своей области. Врач больничный, естественно, заботится о лучшей постановке дела в больнице, — ведь это же его прямой интерес! Ибо он — государственный служащий, постоянный работник этой больницы, а не гастролер в ней, как это бывает в капиталистических странах, где к тому же не столько медицинские, сколько коммерческие интересы являются лейтмотивом деятельности платного лечебного заведения.

Каждый добросовестный советский врач вкладывает свои усилия в улучшение постановки здравоохранения в нашей стране. Потому-то так крепнет и растет советское здравоохранение, что оно строится руками миллионов советских медицинских работников и советской общественности. Советский врач — государственный служащий — видит перед собой интересы коллектива, общества. Вопросы так называемого сохранения врачебной тайны, над которыми столько лет ломали себе головы буржуазные медики и юристы, столько исписали бумаги, для советского врача решаются просто: интересы коллектива выше интересов отдельного лица.

Врач обязан хранить тайну, доверенную ему пациентом, иначе подрывается моральная связь с больным, подрывается доверие больного к врачу. Но если сохранение тайны грозит интересам окружающих, коллектива, врач не должен связывать себя тайной. Если врач констатировал заразное заболевание, грозящее окружающим, он, по нашим законам, обязан немедленно сделать об этом сообщение руководящей инстанции и в нужных случаях изолировать больного.

Вопросы сохранения врачебной тайны теряют, впрочем, в СССР ту остроту, которую они имеют в капиталистических странах: по мере роста сознательности и культурности населения у самих больных уменьшается желание «сохранить тайну» во вред другим.

Больные заразными болезнями в СССР сами не желают держать заболевание в секрете, раз это заболевание благодаря «тайне» угрожает здоровью окружающих и родственников. Они сами просят, чтобы их отправили в лечебные заведения во избежание распространения инфекции.

Советский врач — общественный работник. Таким делает его не только наша система медицинского образования, но и самая работа. Рядовой советский врач в массе своей на несколько голов выше в медицинском отношении и по политической сознательности врача любой капиталистической страны.

И, наконец, отношения врачей между собой. Эти отношения в условиях частной медицинской практики лучше всего определяет латинская поговорка: *homo homini lupus est, medicus medico lupissimus*. Борьба за клиентуру, подсиживание друг друга, саморекламирование — неизбежный результат системы частной медицинской практики.

Ничего этого нет и не может быть у нас, ибо хотя частная медицинская практика у нас не запрещена, но в общей системе медицинской помощи она не играет почти никакой роли.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таковы вкратце теоретические основы советской медицины.

Жизнь, практика являются лучшими критериями правильности различных построений, идей, принципов, учений.

Жизнь сурово проверила правильность принципов построения советского здравоохранения.

В тяжелые годы гражданской войны, блокады нашей страны империалистами, голода, разрухи, пандемий советское здравоохранение выдержало испытание: эпидемии были побеждены, санитарное благополучие населения быстро восстанавливалось.

Еще более тяжелый экзамен выдержало советское здравоохранение в годы Великой Отечественной войны. Прекрасная военно-санитарная организация на фронте, четко поставленная эвакуация раненых и больных, развертывание хорошо оснащенных специализированных госпиталей, помощь научных медицинских учреждений и научных работников, помощь советской общественности, крепко слаженная санитарно-эпидемическая организация,—все это обеспечило то, что больше 70% раненых возвратилось боеспособными на фронт и Советский Союз в тылу и на фронте не знал массовых эпидемических заболеваний.

Фашистам, несмотря на все их старания сеять заразу среди нашего населения, не удалось поколебать санитарного благополучия советского народа. Ни одна страна и ни один другой строй не могли бы выдержать таких испытаний войны, основная тяжесть которой пала на плечи советского народа.

Так, «тяжелый млат, дробя стекло, кует булат». Советское здравоохранение из всех этих испытаний вышло еще более окрепшим.

Советское здравоохранение, как и весь советский государственный строй, — самое демократическое здравоохранение в мире. Вот почему в странах новой демократии (Югославия, Болгария, Польша и др.), где государственное управление перестраивается на началах, удовлетворяющих требованиям народа, здравоохранение строится на тех же началах, на которых развивалось советское здравоохранение: бесплатная государственная медицинская помощь, плановость и единство управления, проведение профилактических мероприятий в работе, особое внимание подрастающему поколению, участие самого населения в охране его здоровья, широкое санитарное просвещение и т. д. В самой демократической стране в мире, в Советском Союзе, родилась и развивалась самая демократическая организация здравоохранения.

Прочность основ советской медицины, правильность направления работы в области здравоохранения — направления, определенного партией и правительством, — служат твердой гарантией того, что в результате работ по выполнению и перевыполнению послевоенного пятилетнего плана советское здравоохранение поднимается на еще более высокую ступень по сравнению с довоенным уровнем. Количественно по целому ряду показателей советское здравоохранение уже достигло довоенного уровня. Предстоит упорная и трудная работа по повышению качества медицинского обслуживания населения, и в этом — центральная задача органов здравоохранения в четвертой пятилетке.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
I Предисловие	5
I. Источник силы советского здравоохранения	7
II. Единство управления	10
III. Планирование здравоохранения	13
IV. Направление работы . .	15
V. Участковый и диспансерный метод медицинского обслуживания населения	18
VI. Охрана материнства и детства	21
VII. Государственная санитарная организация . .	23
VIII. Здравоохранение в национальных областях СССР	25
IX. Социальное страхование в СССР	29
X. Охрана труда рабочих на предприятиях .	31
XI. Самодеятельность трудящихся . . .	33
XII. Организация научной работы в советских условиях .	36
XIII. Высшее медицинское образование в СССР	39
XIV. Врач Советской страны и врач капиталистической страны	41
З а к л ю ч е н и е	45

Редактор проф. В. С. Никитский

А 01060. Подписано к печати 17, IX 47 г. Объем 3 п. л.
Учетно-издат. л. Зак. 845 Цена 4 руб Тираж 4 000 Издат. № 109

Типография Изд-ва АМН. Солянка, 14.