

УДК 616.31-08 (571.63) «1922/1926»

## ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ЗУБОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ ПРИМОРЬЯ В ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ (1922–1926 гг.)

В.В. Гончар<sup>1</sup>, П.Э. Ратманов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения (680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9),

<sup>2</sup> Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

**Ключевые слова:** Дальний Восток, стоматология, зубопротезирование, страхование.

### FEATURES OF PROVIDING STOMATOLOGIC CARE TO THE INHABITANTS OF PRIMORSKI KRAI IN THE PERIOD OF FORMATION OF THE SOVIET POWER (1922–1926)

V.V. Gonchar<sup>1</sup>, P.E. Ratmanov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institute of Postgraduate Education of the Health Care Specialists (9 Krasnodarskaya St. Khabarovsk 680009 Russian Federation),

<sup>2</sup> Far Eastern State Medical University (35 Murav'yova-Amurskogo St. Khabarovsk 680000 Russian Federation)

**Summary.** In article the specific features of the organization and providing of the dental help to the inhabitants of Primorski Krai in the first years of the Soviet power are shown. It is found out, that this kind of medical aid was perceived by the power as one of the elements of social preferences and privileges for separate categories of the population. In this connection, it has been organized for one social group – people of wage labor and also the members of their families who were the participants of insurance cash desks. Meanwhile, the constantly increasing volumes of the medical dental help did not lead to decrease in the requirement for this kind of medical services that has pushed the power to introduce municipal programs of prophylaxis of teeth caries at children and teenagers as well as the workers of the industrial enterprises. The lack of the state financing, the interdiction for direct payments of the population, a great demand on dental services have forced to refuse more expensive but more effective materials and treatment techniques. However the considerable part of the Far Eastern population had no possibility to use a public network of dental services.

**Keywords:** Far East, stomatology, prosthetic dentistry, insurance.

Pacific Medical Journal, 2014, No. 3, p. 97–100.

В начале XX века российским обществом зубо­вра­че­бная помощь была признана необходимым и социаль­но значимым видом медицинской помощи, однако, го­су­дар­ство, практически не вмешивалось в процессы ее организации. Основная доля зубо­вра­че­бных услуг приходилась на частную практику, но многие социаль­ные группы населения не могли напрямую оплачивать дорогостоящих частнопрактикующих врачей [3]. Ме­жду тем, в 1910-х годах для повышения доступности этого вида помощи, главным образом для городского населения, в крупных городах Дальнего Востока были созданы и финансировались зубо­вра­че­бные кабинеты ведомственного и общественного подчинения [4].

Исследования, проведенные в советское время, указывают на то, что Гражданская война, а затем и иностранная интервенция отрицательно повлияли на состояние здравоохранения Дальнего Востока. От­ме­чалось, что функционировало недостаточное количество лечебных учреждений, наблюдался дефицит меди­цинского персонала. Полуторамиллионное население, разбросанное на огромной территории, обслуживалось

только 12 зубными врачами, а сельское население во­обще зубо­вра­че­бной помощи не получало [15].

Своеобразие и особенность дальневосточного реги­она в изучаемый период заключалось в его эксклю­зив­ной социально-политической и экономической жизни, отличной от других регионов страны. Это выражалось в более позднем установлении Советской власти, сущест­вовании буржуазно-демократической Дальневосточной Республики (ДВР), что способствовало сохранению здесь большей политической свободы, многообразия форм хозяйствования, предпринимательства, частной торговли, особой денежной системы, а также сильным позициям иностранного капитала и профессиональных союзов. В годы Гражданской войны дальневосточное хозяйство не испытало в полной мере пресса «военного коммунизма», здесь не было тотальной национализации и всеобщей трудовой повинности. Переход к Советской власти осуществлялся постепенно и плавно, без радикальных мер в экономике и политике, в то время, когда новая экономическая политика в центре России показала первые положительные результаты [7].

В контексте организации соц. страхования особен­ностью Дальнего Востока являлось и то, что в период Гражданской войны здесь продолжал действовать закон Временного правительства о социальном стра­ховании рабочих, и в ряде крупных промышленных центров Амурской и Забайкальской областей были организованы страховые кассы по закону ДВР «О социальном страховании» 1922 г. Между тем, в При­морской области до 1922 г. оказание медицинской помощи рабочим оставалось на дореволюционном уровне [9].

После присоединения к РСФСР социальное страхо­вание в ДВР сохранило прежние формы и содержание. В этот период вся медицинская помощь застрахован­ным находилась в руках страховых касс, которые рабо­чие воспринимали как социального гаранта в период нестабильной политической ситуации. Страховые кассы сами организовывали лечебную помощь застра­хованным ввиду отсутствия у органов здравоохранения бывшей ДВР каких либо сил и средств для обес­печения членов страховых касс лечебной помощью. Только в Приморской губернии, где кассы возникли значительно позже и где у органов здравоохранения имелись более или менее значительные материаль­ные и организационные возможности, медицинская помощь застрахованным была передана здравотделу на договорных началах [8].

Гончар Владимир Владимирович – канд. мед. наук, доцент кафедры стоматологии ИПКЭСЗ; e-mail: goncharvv@mail.ru

Одной из первых мер новой власти в области здравоохранения стало издание 15 ноября 1922 г. постановления о порядке получения в губернии права на медицинскую деятельность и проведение обязательной регистрации медицинских работников [2]. Регистрация дала возможность, с одной стороны, определить количество медицинского персонала, с другой, пресечь деятельность незаконных практик, и установить административный надзор.

В начале 1922 г. в Советской России началась реорганизация государственного зубооравчования в связи с новой экономической политикой. Декретом Совета Народных Комиссаров РСФСР от 9 января 1922 г. «Об открытии частных лечебных заведений и аптек» было разрешено открытие частных лечебных заведений с разрешения и под контролем местных отделов здравоохранения [14]. В марте 1923 г. в Приморской губернии была начата выдача медработникам свидетельств на право частной практики, в т.ч. зубооравчовой [2].

В связи с чрезвычайно ограниченными финансовыми средствами новые власти попытались использовать дореволюционный опыт финансирования здравоохранения: было утверждено положение о больничном сборе в доход казны в размере 3 рублей с городского жителя, но вскоре сбор был отменен. Взамен выработана такса на стационарное и зубооравчовое лечение в городах и уездах [2].

Достаточно хорошо сохранившийся потенциал зубооравчовых заведений (накануне Первой мировой войны практиковало 26 зубных врачей и 11 дантистов [5]), позволил Приморскому Губздраву уже в 1923 г. организовать работу пяти зубооравчовых кабинетов: трех во Владивостоке и по одному в Никольск-Уссурийске и Хабаровске. К середине 1924 г. в губернии функционировало 16 зубооравчовых кабинетов. Значительное расширение общей городской лечебной сети губернии, в т.ч. и зубооравчовой, наблюдалось к середине 1926 г., что было связано с восстановлением хозяйства и наполнением местного бюджета. К этому времени во Владивостоке была открыта Рабочая зубная лечебница им. Дауге, отдельная Рабочая зубопротезная лаборатория, 12 зубооравчовых кабинетов при отдельных лечебных учреждениях. Кроме того, зубооравчовая помощь была организована во всех рабочих поликлиниках и амбулаториях, имелся школьный зубооравчовый кабинет, кабинет при детской трудовой колонии, в также при больнице Исправительно-трудового дома [2].

Организация такой обширной сети зубооравчовых заведений была бы невозможной без значительного кадрового потенциала. Такой потенциал имелся в Харбине, который был связан с Приморьем доступными транспортными связями. Более того, в Харбине с 1911 г. работала зубооравчовая школа, дипломы которой признавались в Советской России [10].

Информация о количестве зубных врачей в Приморской губернии довольно обширна, но противоречива, что связано с разными методиками подсчета. В одних случаях учитывались только медицинские работники госорганов, в других – и частнопрактикующие врачи.

Так, к концу 1923 г. в учреждениях Губздрава работало порядка 6, к середине следующего года – 17 зубных врачей [1, 12]. В официальном списке медицинских врачей СССР за 1924 г. в Приморской губернии числилось 32, а в 1925 г. – по архивным данным – 54 зубных врача [2, 11]. Согласно статистическому ежегоднику за 1925 г., на службе в отделах здравоохранения состояло 45 зубных врачей [13].

В городе Хабаровске, в 1925 г. за счет местного бюджета были организованы и открыты два зубных кабинета. В следующем году отделом здравоохранения было закуплено оборудование для двух новых зубооравчовых кабинетов, причем один комплект предназначался для разъездного врача. На базе Амурской флотилии, по договору с Военно-морским ведомством, военный зубной врач стал обслуживать рабочих и их семьи. Существовавшие в уездах единичные кабинеты предназначались исключительно для застрахованных работников промышленных и горнорудных предприятий. Между тем, медицинская помощь крестьянству первоначально оказывалась на платной основе, но вскоре прямые платежи между врачами, состоящими на государственной службе, и пациентами были запрещены. Позднее декларировалось, что лечебная помощь крестьянству оказывается бесплатно во всех лечебных учреждениях органов здравоохранения и, если на месте, в деревне, крестьянин не мог получить необходимую помощь, предлагалось обратиться в уездное или губернское лечебное учреждение. Фактически же в сельской местности зубооравчовых кабинетов создано не было, а отдаленность от городов, большая очередность на прием делали этот вид медицинской помощи недоступным для данной категории населения.

Первый школьный зубооравчовый кабинет в Хабаровске был организован в 1926 г. В результате первого планового обследования детей были получены данные, которые свидетельствовали о значительном поражении зубов у школьников. У 4 780 учащихся из 18 школ было обнаружено 9 560 больных зубов, в т.ч. 8 883 – не подлежащих удалению [1].

Восстановление экономики региона, рост промышленного производства сопровождался стремительным привлечением предприятий к социальному страхованию. Количество предприятий, вовлеченных в этот процесс, увеличилось со 190 в середине 1923 г. до 1600 – к началу 1924 г. Количество застрахованных к 1924 г. составляло свыше 14 тыс. человек. Следует отметить, что застрахованные и члены их семей составляли чуть более 13% от общего количества населения губернии [2].

Застрахованные обслуживались всеми видами медицинской помощи в лечебных учреждениях Губздрава в порядке первоочередности по отношению к прочему населению и без прямых платежей со стороны пациентов. К этой же социальной группе, имевшей значительные привилегии в порядке получения медицинской помощи, были отнесены члены семей застрахованных, безработные члены профсоюза, беднейшее городское и крестьянское население. Более того, были выделены лечебные учреждения, обслуживающие исключительно

те категории пациентов, которым также предоставили возможность получать лечебную помощь в частных лечебных учреждениях по установленному прежнему за счет лечебного фонда [2].

Число обращений за зубопротезной помощью застрахованных неуклонно возрастало. В Приморской губернии 1924 г. было принято свыше 27 тыс. человек, обратившихся за зубопротезной помощью, из которых 74 % были участниками страховых касс и члены их семей, совершившие 77 % всех посещений. В 1925 г. во Владивостоке свыше 88 % всех посещений зубных врачам сделали застрахованные. В сфере особого внимания власти находились работники важнейших предприятий, транспорта и связи. Так, например, зубопротезная помощь для водников была организована в амбулатории № 2 в здании Торгового порта. Воспользовались этим видом помощи в 1924–1925 гг. 3143 человека, которые осуществили 8731 посещение. Больным было запломбировано 2345 зубов и проведено 1706 экстракций, снабжено зубными протезами 78 человек. Однако, необходимо отметить, что средняя стоимость посещения зубного врача составляла всего 18 коп., в то время как посещение амбулаторного больного стоило свыше 27 коп. [2]. На Уссурийской железной дороге была организована собственная зубопротезная служба, которая обеспечивала лечебную помощь железнодорожников и членов их семей, застрахованных Дорстрахкассой.

По губернии рост числа обращений застрахованных также увеличился, соответственно, с 41 до 71 %. В объем зубопротезной помощи застрахованному населению входили: лечение, пломбирование, удаление и чистка зубов [2].

Несмотря на увеличение объемов зубопротезной помощи в три раза уже к 1925 г. действующие мощности не могли в полной мере удовлетворить потребности населения. В отчетах органов здравоохранения отмечалось, что очереди на амбулаторный прием сохраняются колоссальные, и не все больные могли попасть на него. По мнению властей, для удержания показателей требовались большие усилия со стороны отдела медицинской помощи застрахованным. Вместе с тем, организаторы здравоохранения замечали, что постоянное увеличение числа зубопротезных кабинетов практически не меняет ситуацию [2].

Для организации зубопротезной помощи уже в 1924 г. во Владивостоке была организована зубопротезная лаборатория. К 1926 г. в ее штате состояло три врача-протезиста и три зубных техника. Зубопротезирование застрахованным осуществлялось за счет средств лечебного фонда страховых касс, бесплатно (т.е. без прямых платежей со стороны пациентов) или по неполной стоимости. По постановлению рабочего страхового совещания, получавшие 30 руб. в месяц снабжались протезами бесплатно. Получавшим заработную плату свыше 30 руб. протезы выдавались со скидкой от 20 до 75 % в зависимости от числа иждивенцев. При зарплате свыше 100 руб. застрахованные оплачивали за свой счет полную стоимость протезов. Обращения членов семей застрахованных и иждивенцев удовлетворялись в зави-

симости от нагрузки лаборатории и за полную плату с их стороны. Необходимость и очередность зубопротезирования устанавливалась врачебно-контрольной комиссией, причем в первую очередь снабжались протезами участники страховых касс с профессионально особенно вредными условиями для здоровья с недостатком 7 зубов, а при отсутствии меньшего количества зубов – в случае плохого питания. Во Владивостоке количество пациентов, получивших зубные протезы, увеличилось с 687 в 1924 г. до 1187 в 1925 г. [2].

В уездах Приморской области зубопротезирование проводилось в Сучане, в Никольск-Уссурийской рабочей поликлинике и в Спасской рабочей амбулатории [2]. Услуги по зубопротезированию в Хабаровске оставались недоступными основной массе населения и осуществлялись только застрахованным гражданам по соглашению с Дорздравом и военным госпиталем. Только в 1926 г. планировалось создать собственную зуботехническую лабораторию за счет фондов страхкасс, впервые ставился вопрос о возможности зубопротезирования инвалидов труда в Хабаровском округе [1].

Основная деятельность органов дальневосточного здравоохранения в сфере организации зубопротезной помощи населению была направлена на организацию территориальной зубопротезной помощи за счет средств местного бюджета, оказание зубопротезной помощи членам страховых касс за счет средств лечебного фонда, организацию работы частных зубных врачей и борьбу с незаконной деятельностью. Эти мероприятия были в значительной степени выполнены, несмотря на то, что до 1926 г. дальневосточный регион не получал финансовой помощи со стороны центра, и восстановление, а также организация медицинской помощи совершались за счет собственных средств [6]. Фактически, строительство зубопротезной помощи осуществлялось за счет средств лечебного фонда страховых касс. Между тем, на организацию квалифицированной общедоступной медицины требовались огромные средства.

Значительный рост лечебной сети в Приморье в 1920-е годы, в т.ч. зубопротезной, был организован, главным образом, для одной социальной группы населения – лиц наемного труда. Внимание властных структур было уделено участникам страховых касс и членам их семей, которые получали данный вид медицинской помощи, как в общей городской лечебной сети, так и кабинетах, обслуживающих исключительно данную категорию населения.

Прагматичный подход новой власти к преференциям для лиц наемного труда был обусловлен, с одной стороны, сильными, независимыми позициями на Дальнем Востоке профессиональных союзов, слабостью власти, которая стремилась заключить общественный договор с рабочим элементом о лояльности в обмен на сохранение и возможное расширение предоставления ряда социальных привилегий. С другой стороны, в стране на уровне государственной идеологии действовал классовый принцип распределения жизненных и социальных благ, в т.ч. получения медицинской помощи. Главный признак – «роль социальной группы в общественной

организации труда». Между тем, не все было ясно с классовой принадлежностью служащих, «лиц свободного труда» или «свободных профессий», «младшего обслуживающего персонала», «самозанятого населения», которые составляли основную часть дальневосточных жителей, но были значительно ущемлены в социальной сфере. Это особенно ярко проявилось на селе, где зубо-врачебной помощи организовано не было.

Значительные увеличения объема государственной зубо-врачебной помощи при недостатке финансирования, а также запрет на софинансирование населением услуг по зубо-врачеванию в государственном секторе, стали приводить к «стандартизации» ремесленного характера труда зубного врача, внедрению нормативов выработки и плановых показателей, значительному снижению себестоимости предоставляемых услуг. Государство не нуждалось в дорогостоящих пломбирочных материалах, затратных технологиях и длительном, кропотливом, индивидуальном лечении. Интересы общества стали преобладать над интересами индивида. Постановка пломб на «массовом потоке» не предполагала использования драгоценных металлов, фарфора и обезболивающих препаратов, взамен населению был предложен недорогой зубной цемент, а также удаление зубов. Врач был лишен возможности выбора методик и технологий лечения, государство не нуждалось в его творческом подходе к своему ремеслу, он стал зависим от финансовой состоятельности государства. С другой стороны, пациент лишился каких-либо альтернатив в выборе материалов и методов лечения.

Признавая большую распространенность кариеса зубов среди трудового народа и ограниченность сети государственных зубо-врачебных учреждений, предпринимались меры по внедрению в жизнь коммунальных программ борьбы с кариесом среди детей и подростков, работников промышленных предприятий. Планировалось перенести центр тяжести борьбы с болезнями зубов на почву профилактики и заблаговременного пресечения кариеса путем массового прикрепления этой категории населения к зубо-врачебным амбулаториям и кабинетам, однако нехватка финансовых средств не позволила в полной мере реализовать эти планы.

Недостаток государственной сети здравоохранения, особенно специализированной, восполняли частно-практикующие врачи, которые оказывали услуги как самозанятому населению, так и работали по договорам с органами здравоохранения. Кроме того, услуги частных врачей привлекали состоятельную часть населения и обеспеченных представителей трудового класса.

Зуботехническая помощь населению признавалась частью зубо-врачебной помощи, однако в силу ограниченности и дороговизны зуботехнических материалов, все государственные зуботехнические лаборатории работали на началах хозяйственного расчета (т.е. на принципе самокупаемости без субсидий со стороны государства). Тем не менее нормативными документами закреплялось, что этот вид помощи оказывался населению с соблюдением, в первую очередь, интересов рабочих и красноармейцев.

#### References:

1. Khabarovsk Regional State Archive (GAKhK). F. 683. Op. 1. D. 6. L. 35, 75, 92, 107.
2. GAKhK. F. 939. Op. 1. D. 15. L. 14–16; Op. 1. D. 17. L. 18; Op. 1. D. 17. L. 24; Op. 1. D. 17a. L. 1–3; Op. 1. D. 17a. L. 11–15; Op. 1. D. 17a. L. 16; Op. 1. D. 17b. L. 9; Op. 1. D. 23. L. 5; Op. 1. D. 23. L. 15–24; Op. 1. D. 35a. L. 6; Op. 1. D. 35a. L. 36; Op. 1. D. 35a. L. 45–47.
3. Gonchar V.V., Ratmanov P.E. Social role of dentistry in pre-revolutionary Russia // Proceedings of the VII All-Russian Conference "History of Dentistry". M.: MGMSU, 2013. P. 31–33.
4. Gonchar V.V., Ratmanov P.E. Dental care to the population of the Amur Region in the late XIX – early XX centuries // Bulletin of Public Health and Healthcare Far East Russia, 2013. No.1. URL: <http://www.fesmu.ru/voz/20131/2013110.aspx> (application date: 2013.12.26).
5. Yearbook of Russia in 1915. Organization of medical care in Russia in 1913. Central Statistical Committee of the Ministry of Internal Affairs. Petrograd, 1916.
6. Kulnich N.G. Everyday culture of citizens of the Soviet Far East in 1920–1930s. Khabarovsk, 2010. 19 p.
7. Plohih S.V., Kovalev Z.A. History of the Russian Far East. Vladivostok, 2002. 174 p.
8. Labor situation in the Far East. Chita, 1924. 12 p.
9. Ratmanov P.E., Kapitonenko N.A., Zaharchenko V.V. Health insurance in the Far East in the 20s // Problems of Social Hygiene, Health and Medical History. 2000. No. 6. P. 53–54.
10. Ratmanov P.E. From the history of Russian dental education in Harbin in the first half of XX century // Russian Journal of Dentistry. 2008. No. 3. P. 65–67.
11. List of medical doctors in USSR (on January 1, 1924). Edition of the People's Commissariat of Health RSFSR. Moscow, 1925.
12. Statistical Handbook of the Far Eastern region. Khabarovsk, 1925. P. 32–33.
13. Statistical Yearbook 1923–1925. Part I. Far East regional statistical office. Khabarovsk, 1926. P. 66–68.
14. Freyberg N.G. Collection of laws and government decrees of RSFSR on medical care from 1<sup>st</sup> September 1919 to 1<sup>st</sup> January 1925. Moscow, 1925. P. 683–686.
15. Shomas Yu.K. Guide by the party of the development of organization of public health of the Far East (1922–1928): Thesis. Tomsk, 1970. 20 p.

Received: 2014.01.27.

#### Особенности оказания зубо-врачебной помощи жителям Приморья в период становления Советской власти (1922–1926 гг.)

В.В. Гончар<sup>1</sup>, П.Э. Ратманов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения (680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9), <sup>2</sup> Дальневосточный государственный медицинский университет (680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35)

**Резюме.** В статье раскрываются особенности организации и оказания зубо-врачебной помощи жителям Приморья в первые годы Советской власти. Выяснено, что этот вид медицинской помощи воспринимался властью как один из элементов социальных преференций и привилегий для отдельных категорий населения. В связи с этим, она была организована для одной социальной группы – лиц наемного труда, а также членов их семей, которые являлись участникам страховых касс. Между тем, постоянно увеличивающиеся объемы лечебной зубо-врачебной помощи не приводили к снижению потребности в этом виде медицинских услуг, что подтолкнуло власть внедрять коммунальные программы профилактики кариеса зубов у детей и подростков, а также работников промышленных предприятий. Недостаток государственного финансирования, запрет на прямые платежи населения, высокий спрос на услуги зубных врачей заставили отказаться от применения дорогостоящих, но более эффективных материалов и методик лечения. Однако значительная часть дальневосточного населения была лишена возможности пользоваться общественной сетью зубо-врачебных учреждений.

**Ключевые слова:** Дальний Восток, стоматология, зубопротезирование, страхование.