

На правах рукописи

Дудкина Марина Петровна

Развитие здравоохранения в городах Западной Сибири (1946-1960 гг.)

Специальность 07.00.02 – Отечественная история

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени кандидата исторических наук

Новосибирск, 2008

Работа выполнена в секторе истории социально-экономического развития
Института истории СО РАН

Научный руководитель: доктор исторических наук, профессор
С.С.Букин

Официальные оппоненты: доктор исторических наук **В.А.Исупов**
кандидат исторических наук, доцент
Л.И.Дремова

Ведущая организация: Новосибирский государственный медицинский
университет

Защита состоится 17 марта 2008 г. в 10 час. 30 мин. на заседании диссертационного совета Д 003.030.01 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук по специальности 07.00.02 в Институте истории СО РАН по адресу: 630090, г.Новосибирск, ул. Николаева, 8

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института истории СО РАН и на сайте института: www.history.nsc.ru

Автореферат разослан « » 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
д.и.н.

Матханова Н.П.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. Здоровье человека - одновременно основной ресурс развития общества и следствие его функционирования. С точки зрения историко-антропологического подхода, человек есть единственная реальная ценность, благополучие которого определяет социальный прогресс. Это обуславливает понимание здравоохранения как своеобразного индикатора эффективности функционирования всех систем общества, в том числе в их региональном аспекте. Острота современных проблем как бы задает новый уровень социального заказа медицине, который выражается в том, что она приобретает функцию экспертирования развития общества по показателю здоровья.

Установлено, что более половины факторов, обуславливающих здоровье, приходится на повседневную среду обитания людей. Активно развернувшееся в XX веке промышленное развитие западносибирского региона привело к возникновению новых индустриальных городов, ставших основой для изменений условий жизни людей, в том числе, провоцирующих ухудшение показателей здоровья. По сравнению с сельскими жителями горожане сильнее подвержены стрессам, связанным с большей численностью и плотностью населения, концентрацией промышленных предприятий на относительно небольшой территории, что в сочетании со сложными природно-климатическими условиями и исторически сложившимся отставанием развития здравоохранения в Западной Сибири приводило к более высокой заболеваемости и человеческим потерям. Это потребовало создания такой модели здравоохранения, которая, при ограниченности ресурсов, была бы способна снизить негативное воздействие неблагоприятных факторов среды и улучшить показатели здоровья горожан. С этой целью акцент делался на профилактике, наращивании финансирования, числа учреждений и кадров здравоохранения пропорционально росту населения. Количественный подход не отрицал необходимости рационализации и повышения качества медицинского обслуживания. Следствием проведенной после Великой Отечественной войны масштабной реформы городского здравоохранения стала оптимизация медицинской сети и повышение результативности ее работы. Поэтому очевидно, что в изменившиеся социальные условия начала XXI века отечественное здравоохранение вступило с накопленным историческим опытом, который может быть критически учтен на сегодняшнем этапе реформирования этой жизненно важной для всего общества сферы социального бытия.

Современное российское здравоохранение, как и в середине прошлого столетия, нацелено на то, чтобы оказываемые населению медицинские услуги были доступными и качественными. Но в отличие от принципов, реализовывавшихся ранее, сейчас осуществляется более прагматичный подход. Национальный проект «Здоровье» ориентирует отрасль на повышение эффективности использования уже имеющихся мощностей за счет реструктуризации, сокращения и перепрофилирования коечного фонда с одновременным повышением обеспеченности современным оборудованием и квалифицированными кадрами всех типов медучреждений.

С этой точки зрения изучение динамики здоровья горожан Западной Сибири, способов организации и нормирования медицинского обслуживания, достижений и недостатков здравоохранения региона в контексте с аналогичными общероссийскими процессами, представляется актуальным.

ИСТОРИОГРАФИЯ. Исследование здравоохранения западносибирских городов в послевоенное пятнадцатилетие располагает оригинальной историографией,

состоящей из обширной многоплановой литературы, совмещающей разные аспекты темы, необходимые для ее раскрытия, но далеко не исчерпывающие содержания.

Поскольку здравоохранение представляет собой предмет изучения нескольких наук, то историографический анализ исходит из специфики каждой из них. Публикации по теме исследования можно распределить на три группы, обозначаемые как историко-медицинские, методолого-медицинские и социально-исторические. К первой группе относятся труды историков медицины, организаторов здравоохранения, практикующих врачей, ко второй – исследования категории здоровья с позиций социокультурного междисциплинарного подхода, к третьей – собственно исторические работы.

Первая группа насчитывает несколько десятков монографий, статей, полемических работ, написанных на региональном и республиканском материале, позволяющих составить общее представление о различных аспектах функционирования здравоохранения в изучаемый период. Одни из них поверхностны и лапидарны, другие подробны и обстоятельны, основаны на обобщении медицинской статистики и практического опыта.

Поскольку все отрасли жизни с годами переходят в компетенцию истории, то, очевидно, что пласт историко-медицинской литературы, опубликованный во второй половине 1940-х - 1950-е гг., сейчас представляет интерес скорее в качестве своеобразного исторического источника. Ее авторы не выходили за рамки господствовавшей в то время общественно-политической теории, в центре их внимания находились только те области здравоохранения, которые признавались наиболее значимыми с точки зрения осуществления социально-экономического прогресса страны. Приоритеты становятся очевидными при изучении публикаций министра здравоохранения РСФСР С.В.Курашова.¹ Первоочередной задачей было совершенствование организационных форм медицинского обслуживания, связанное с началом в 1947-1949 г. масштабной реформы городского здравоохранения. 'Эта проблема стала центральной в работах И.Д.Богатырева, И.И.Розенфельда, Н.А.Виноградова, Г.А.Баткиса, Л.Г.Лекарева, Т.А.Чернявской, Л.М.Кибардина. Их труды имели междисциплинарный медико-экономический характер, позволили выявить действовавшие нормативы обеспеченности медучреждений и дали основу для исследования количественных тенденций роста отрасли в изучаемый период.'²

Следующим приоритетом стал вопрос обслуживания работников промышленности, что обуславливалось спецификой понимания задач советского здравоохранения, нацеленного в первую очередь на поддержание здоровья трудовых ресурсов страны. В публикациях Ф.Г.Захарова, Н.К.Хотько, Н.И.Гаврилова,

¹ Курашов С.В. Некоторые вопросы планирования здравоохранения // Советское здравоохранение. – 1957. - № 3. – С. 3-9; Он же: Современные проблемы организации здравоохранения. - Л., 1963. – 23 с.

² Богатырев И.Д. Нормативы лечебно-профилактической помощи населению, как основа планирования здравоохранения. – М., 1969. – 15 с.; Розенфельд И.И. Основы и методика планирования здравоохранения. I. II. – М., 1954. – 203 с.; Организация здравоохранения в СССР. Под ред. Н.А. Виноградова - М., 1962. – 655 с.; Баткис Г.А., Лекарев Л.Г. Теория и организация советского здравоохранения. – М., 1961. – 351 с.; Чернявская Т.А. Планирование кадров в здравоохранении. Автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. экон. наук. - М., 1969. – 19 с.; Кибардин Л.М. Внутренние резервы больниц // Советское здравоохранение. – 1954. - № 2. – С. 32-35.

Е.Л.Ноткина, Г.Т.Шикова изучен опыт работы медико-санитарных частей по снижению заболеваемости с утратой трудоспособности.³

Еще одним направлением стала охрана материнства и детства. Круг работ по данной проблеме значительно уже, несмотря на то, что вопросы снижения детской заболеваемости и смертности стояли чрезвычайно остро. Наиболее информативными являются публикации Г.И.Калининой, Л.В.Гречишниковой, А.П.Беловой, А.Я.Гольфельда, Н.В.Мананниковой.⁴

С конца 1940-х гг. появляется ряд обобщающих исследований, издававшихся, как правило, к очередной годовщине Октябрьской революции и потому имевших не столько научный, сколько публицистический характер, не содержащих критического анализа качества медобслуживания. Это такие издания как «Сорок лет советского здравоохранения (1917-1959)», «50 лет советского здравоохранения (1917-1967)» и т.п., а также монографии, которые по столь значимому поводу выпускались не только историками медицины Г.Т.Шиковым, В.В.Трофимовым, Г.Л.Гомельской, Е.Я.Коган, Е.А.Логиновой, но и официальными лицами: министром здравоохранения СССР Е.И.Смирновым, его заместителем В.М.Хомутовым, заместителем министра здравоохранения РСФСР А.Г.Сафоновым.⁵ Такого же характера работы издавались в Западной Сибири.⁶ Общим местом подобных публикаций явилось сравнение изучаемого периода с рубежными показателями 1913 и 1940 г., что позволяло продемонстрировать значительное улучшение обеспеченности городского населения региона медицинской помощью. Большинство исследователей выявляло общую логику развития отрасли в послевоенное время, отталкиваясь от того опыта, который был накоплен в предвоенный и особенно военный период, обосновывало политику государства в данной сфере на основе обширного статистического материала. Эти

³ Захаров Ф.Г., Хотько Н.К. Медицинское обслуживание трудящихся промышленных предприятий. - М., 1963.- 235 с.; Гаврилов Н.И. Вопросы организации медико-санитарного обслуживания промышленных рабочих. - М., 1959. - 104 с.; Ноткин Е.Л. Задачи и методы изучения состояния здоровья рабочих. - Кемерово, 1964 - 22 с.; Шиков Г.Т. Организация медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий. - М., 1955. - 43 с.

⁴ Калинина Г.И. Медицинское обслуживание детей // Развитие здравоохранения в Тюменской области за годы Советской власти. - Тюмень, 1968. - С. 90-96; Гречишникова Л.В. О состоянии лечебно-профилактической помощи детям и ее улучшении // Советское здравоохранение. - 1957. - №1. - С. 13-17; Белова А.П. Организация медицинской помощи детям в условиях крупного города. - М., 1978. - 304 с.; Гольфельд А.Я. Очерки истории педиатрии в СССР. - М., 1970. - 184 с.; Мананникова Н.В. Охрана здоровья детей в СССР. - М., 1973. - 280 с.

⁵ Шиков Г.Т. Успехи советского здравоохранения за 30 лет. - Новосибирск, 1948. - 36 с.; Сорок лет советского здравоохранения (1917-1959 гг.) - М., 1957. - 658 с.; Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. - М., 1967. - 332 с.; 50 лет советского здравоохранения (1917-1967). - М., 1967. - 699 с.; Здравоохранение и здоровье населения Российской Федерации. К 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции. Под ред. А.В. Сергеева. - М., 1967. - 54 с.; Очерки истории здравоохранения в СССР (1917-1956 гг.) Под ред. М.И.Барсукова. - М., 1957. - 394 с.; Сафонов А.Г. Медицинская помощь населению в РСФСР. - М., 1961. - 368 с.; Смирнов Е.И. Медицина и организация здравоохранения (1947-1953 гг.) - М., 1989. - 432 с.; Гомельская Г.Л., Коган Е.Я., Логинова Е.А. Очерки развития поликлинической помощи в городах СССР. - М., 1971. - 233 с.

⁶ Здравоохранение Томской области за 50 лет. - Томск, 1968. - 146 с.; Развитие здравоохранения в Тюменской области за годы Советской власти. - Тюмень, 1968. - 136 с.; Материалы о заболеваемости и медицинском обслуживании населения Томской области. Сб. 1. - Томск, 1963. - 251 с.; Материалы к истории медицины и здравоохранения в Сибири. - Томск, 1960. - 253 с.; Омская область за 50 лет. Материалы областной научно-теоретической конференции. - Омск, 1968. - 283 с.

работы, как правило, лаконичны, описательны и нацелены на демонстрацию достижений. Значительно более высокий уровень научности присущ исследованиям томских авторов. В 1950-е гг. в Томске сложилась крупная школа историков медицины под руководством Н.П.Федотова, которая наряду с историко-медицинской тематикой изучала и актуальные аспекты сохранения здоровья населения региона.⁷

Опубликованные в последнее десятилетие немногочисленные официальные труды по истории российского здравоохранения XX в. также не отличаются необходимой полнотой и аналитичностью, выявляют лишь общие тенденции развития и практически не обращаются к региональному опыту. Наиболее заметными из них стали «Здравоохранение России. XX век», «Министры здравоохранения. Очерки истории здравоохранения России в XX веке», «Медицина России X-XX веков: очерки истории», «История отечественной педиатрии». Но в отличие от более ранних исследований такого же плана, они более критичны, выявляют противоречия развития отрасли в конкретно-исторической обстановке трех послевоенных пятилеток, стремятся к объективности в оценке достижений советского здравоохранения с точки зрения их востребованности в современных условиях.

Вторая группа работ посвящена ключевому понятию темы исследования - категории здоровья и способам его сохранения. С медицинской точки зрения здоровье понимается как нормальная физиологическая жизнедеятельность человеческого организма, т.е. отсутствие болезни. С позиций исторической науки такое определение представляется узким, поскольку здоровье в данном случае следует рассматривать как социокультурную ценность, определяемую всем комплексом жизнедеятельности общества и глубинными механизмами их взаимосвязи с образом жизни человека. Познание этих механизмов и их влияния упирается в разработку теории здоровья на междисциплинарной основе, о необходимости создания которой пишут многие авторы. Примерами удачных попыток изучения здоровья и его охраны на стыке философско-гуманитарного и методолого-медицинского аспектов являются диссертации А.Ф. Полис, В.И. Гувакова, монографии и статьи Л.Г.Матрос, В.К.Овчарова, А.М.Анохина. Авторами предложено нетрадиционное понимание социальной сущности здоровья. Обращено внимание на факторы устойчивости человека и его активного долголетия в условиях меняющейся внешней среды, что, по их мнению, углубляет понимание причинности в медицине и делает акцент не на болезни и ее лечении системой здравоохранения, а на выработке критериев стабилизации жизни, одним из которых является здоровье.⁸

⁷ Бова П.А. Материалы о заболеваемости и медицинском обслуживании населения Томской области. – Томск, 1963. – 191 с.; Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. - Томск, 1975. – 260 с.; Федотов Н.П., Бова П.А., Березин В.П. Очерки по истории здравоохранения Томской области (к 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции). – Томск, 1967. – 184 с..

⁸ Полис А.Ф. О соотношении социального и биологического в здоровье человека. Автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. философ. наук. – Рига, 1967. – 19 с.; Гуваков В.И. Здравоохранительная деятельность: социологические и методологические проблемы. Автореф. дисс. на соискание уч. степени докт. философ. наук. – Новосибирск, 2001. – 42 с.; Матрос Л.Г. Социальные аспекты проблемы здоровья. – Новосибирск, 1992. – 158 с.; Овчаров В.К. Исследование социальных факторов формирования здоровья человека // Общественные науки и здравоохранение. Отв. ред. И.Н.Смирнов. – М., 1987. – С. 139-151; Анохин А.М. Медицина XX века: науковедческий анализ методологических оснований. – М., 2003. – 36 с.

К третьей группе публикаций принадлежит, прежде всего, значительное число исторических работ общего плана. Это пятый том «Истории Сибири с древнейших времен и до наших дней», «Рабочий класс Сибири в период упрочения и развития социализма», монографии В.Э.Попова и Г.А.Докучаева.⁹ В них обосновано, что жизнь человека в промышленном центре отличается значительным своеобразием, а индустриализация и научно-технический прогресс порождают сложный комплекс социально-медицинских последствий, которые определяют уровень и структуру здоровья горожан. Поэтому с точки зрения выдвинутых в диссертации задач интерес представляют исследования, связанные с анализом влияния городской среды на качество жизни населения. Эта проблема была затронута в монографиях К.И.Спидченко, Р.М.Кабо, И.К.Беляева, Е.Н. Перцик, показавших, что превращение Сибири за короткий срок в развитый индустриальный регион отразило в сжатом виде тенденции развития страны и привело к неоднозначным последствиям для социальной сферы западносибирских городов и их населения.¹⁰ Первые исследования, ставившие своей задачей анализ взаимосвязи здоровья людей с жизненными условиями крупного города, появились в 1970-х гг. Это монографии И.В.Журавлева, И.Г. Левыкина, В.А.Миняева и И.В. Полякова, Н.И.Виноградова.¹¹ По их мнению, важным является как субъективное отношение людей к своему здоровью, так и социальная среда, неблагоприятность которой снижает эффективность любых медицинских мероприятий. Применительно к Западной Сибири можно говорить о целом комплексе внешних объективных факторов, влияющих на здоровье городских жителей. Среди авторов, изучавших эту проблему на региональном материале, следует отметить исследования С.С.Букина, Е.Дуплякиной, Н.В.Куксановой, Н.Н.Васютиной, З.В.Боровиковой, Л.Б.Кокориной, Я.В.Хмельницкой.¹² Ими выявлены и обоснованы закономерные связи между структурой заболеваемости и региональной спецификой бытия, включающей в себя условия труда, быта, отдыха горожан.

Здравоохранение тесным образом связано с демографией. Изучение этих вопросов применительно к городскому населению начинается в 1960-1980-е гг. Наибольшим авторитетом в этой области в то время считался Б.Ц.Урланис, работы которого не утратили своего познавательного значения до сих пор. Интерес также представляют публикации Е.М.Левицкого, В.А. Петрова, С.А.Погодина,

⁹ Рабочий класс Сибири в период упрочения и развития социализма. – Новосибирск, 1984. – 376 с.; Попов В.Э. Проблемы экономики Сибири. – М., 1968. – 216 с.; Докучаев Г.А. Рабочий класс Сибири и Дальнего Востока в послевоенные годы (1946-1950 гг.) – Новосибирск, 1972. – 212 с.

¹⁰ Спидченко К.И. Города Кузбасса. – М., 1947. – 147 с.; Кабо Р.М. Города Западной Сибири. – М., 1949. – 220 с.; Беляев И.К. Социалистическая индустриализация Западной Сибири. – Новосибирск, 1958. – 205 с.; Перцик Е.Н. Город в Сибири. – М., 1980. – 286 с.

¹¹ Журавлева И.В., Левыкин И.Г. Образ жизни и региональные особенности отношения к здоровью // Социальные проблемы здоровья и продолжительности жизни. Сб. статей. – М., 1989. – С. 6-25; Миняев В.А., Поляков И.В. Здравоохранение крупного социалистического города. – М., 1979. – 320 с.; Виноградов Н.А. Урбанизация и здоровье населения. – М., 1976. – 22 с.

¹² Букин С.С. Опыт социально-бытового развития городов Сибири (вторая половина 1940-1950-е гг.) – Новосибирск, 1991. – 240 с.; Дуплякина Е. Развитие здравоохранения в Кузбассе в 1946-1958 гг. // Из истории рабочего класса Кузбасса. Вып. 2. – Кемерово, 1966. – С. 169-180; Куксанова Н.В. Социально-бытовая инфраструктура Сибири (1956 – 1980-е гг.) – Новосибирск, 1993. – 224 с.; Хмельницкая Я.В. Основные этапы развития здравоохранения Западной Сибири (на примере Новосибирской области). Автореф. дисс. на соискание уч. степени канд. мед. наук. – М., 2000. – 24 с.

Л.Е.Дарского, В.В.Аничкина, А.Я.Кваши, В.И. Переведенцева, А.Г. Рашина, Р.Н.Бирюковой, М.Н.Родионова, Л.Е.Полякова. Во второй половине 1980-х гг. появилось несколько крупных коллективных трудов, посвященных демографическим процессам в России и Западной Сибири в XX в. Среди них самого пристального внимания заслуживают «Население России в XX веке: Исторические очерки», «Население России в 1920 – 1950-е гг.: численность, потери, миграции», «Историческая демография Сибири», «Население Западной Сибири в XX в.», работы В.А.Исупова, Т.М.Бадалян, К.В.Григоричева, С.Ф.Медведева. В них проанализирована динамика заболеваемости и смертности горожан, что дает материал для оценки социальной эффективности здравоохранения Западной Сибири в конкретно-исторической ситуации послевоенного пятнадцатилетия.¹³

Осмысливая и суммируя накопленные в литературе сведения, можно констатировать, что проблема развития городского здравоохранения Западной Сибири в 1946 – 1960 г. не получила достаточного освещения в научной литературе. Нет ни одной фундаментальной работы, системно и целостно рассматривающей и обобщающей данную тему, как в масштабах страны, так и в границах региона. Историография содержит лишь фрагментарный анализ отдельных аспектов функционирования отрасли, что объясняется объективными причинами. Исследовательский поиск в этой области ограничивался, с одной стороны, затрудненностью доступа к основным источникам по теме, с другой, - ограничительным барьером была сама логика развития советского общества и его исторической науки. В реальной действительности объектом первоочередного внимания было все то, что связано с экономическим ростом, а социальная инфраструктура, к которой относится здравоохранение, отодвигалось на второй план. Поэтому в советское время оно рассматривалось как вспомогательная отрасль, непосредственно не определяющая прогресс общества, что не позволяло отнести изучение ее истории к числу приоритетных тем научных исследований. И, наконец, над историками почти всей второй половины XX в. довлела ситуация идеологического противоборства двух общественных систем, поэтому материал о развитии здравоохранения в послевоенное пятнадцатилетие подавался в традиционном ракурсе преимуществ советской медицины. Основное внимание уделялось достижениям, а не проблемам, все позитивные изменения в этой сфере даже на региональном или локальном уровнях, сопровождалось обязательной критикой аналогичных явлений в капиталистических странах, что не способствовало объективности анализа.

¹³ Урланис Б.Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. – М., 1963. – 136 с.; Исупов В.А. Городское население Сибири: от катастрофы к возрождению. – Новосибирск, 1991. – 219 с.; Он же: Демографическая сфера в эпоху сталинизма // Актуальные проблемы истории советской Сибири. – Новосибирск, 1990. – С. 180-201; Бадалян Т.М. Здоровье населения Западной Сибири. 1945-1960 гг. // Региональные процессы в Сибири в контексте российской и мировой истории. – Новосибирск, 1998. – С. 107-110; Медведев С.Ф. Демографические показатели и общая заболеваемость населения Тюменской области // Развитие здравоохранения в Тюменской области за годы Советской власти. - Тюмень, 1968. – С. 18-23; Григоричев К.В. Динамика рождаемости и смертности населения Алтайского края в середине 40-х - конце 80-х гг. // Актуальные вопросы истории Сибири. Вторые научные чтения памяти А.П.Бородавкина. Материалы конференции. / Под ред. Ю.Д.Кирюшина, В.А.Скубневского. - Барнаул, 2000. – С. 313 – 317.

Сегодняшняя ситуация предоставляет больше возможностей для разностороннего изучения темы. В последние два десятилетия сняты идеологические и методологические препоны, возрос интерес историков к ретроспективному исследованию повседневных условий человеческого бытия, расширился круг источников и возможности их изучения. Но, несмотря на все позитивные сдвиги, в исследовании развития городского здравоохранения второй половины 1940 – 1950-х гг., по-прежнему наблюдается отставание, изучены лишь отдельные частные проблемы. Вне поля зрения остаются вопросы качества медицинской помощи, взаимосвязь между ростом капиталовложений в отрасль и показателями здоровья горожан, влияние на обеспеченность медицинскими кадрами «дела врачей» и т.д. Таким образом, история здравоохранения в городах Западной Сибири в послевоенное пятнадцатилетие по-прежнему представляет собой одну из сложных тем, требующих специального изучения и образующих актуальный предмет научного поиска.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ – система учреждений здравоохранения в городах Западной Сибири в период с 1946 по 1960 г.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ – определяемое потребностями развития общества развитие здравоохранения Западной Сибири, состояние ее сети, материальной базы, кадров, основные направления лечебно-профилактической деятельности, динамические явления в заболеваемости и смертности в регионе в свете действовавших показателей эффективности медицинской помощи.

ЦЕЛЬ ДИССЕРТАЦИИ заключается в том, чтобы проанализировать развитие здравоохранения городов Западной Сибири, отражающего в себе особенности функционирования советского общества в послевоенное пятнадцатилетие, показать его проблемы и достижения, исходя из внутренне присущих условий и параметров, выявить значение накопленного опыта с точки зрения его социальной эффективности. Реализация поставленной цели достигается посредством следующих исследовательских задач:

- выявить причины, цели, способы осуществления и результаты реформы организации городского здравоохранения конца 1940 – начала 1950-х гг. в Западной Сибири и показать ее влияние на развитие медицинской сети;
- исследовать материальную базу городского здравоохранения региона в изучаемый период, ее воздействие на полноту и качество медицинского обслуживания;
- проанализировать динамику численности и состава медицинского персонала, выявить его возможности оказывать квалифицированную помощь городским жителям;
- дать оценку санитарно-эпидемической ситуации, сложившейся в западносибирских городах, и осветить основные направления противоэпидемической и лечебно-профилактической деятельности в отношении различных групп населения;
- показать изменение характера и структуры заболеваемости и смертности горожан под воздействием меняющейся социально-экономической и политической ситуации в стране и регионе;
- определить социальную эффективность оказания медпомощи городскому населению в конкретно-исторических условиях послевоенного пятнадцатилетия, исходя из принципов, задач, приоритетов, служивших основанием для развития отрасли, с точки зрения его доступности, своевременности и качества.

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ РАМКИ исследования включают Западную Сибирь в границах, сложившихся в изучаемый период. Это города Алтайского края, Кемеровской, Омской, Новосибирской, Томской, Тюменской областей.

ХРОНОЛОГИЧЕСКИЕ РАМКИ исследования охватывают период с 1946 по 1960 г. С началом четвертой пятилетки возникла необходимость в перестройке здравоохранения с учетом опыта войны. В послевоенное пятнадцатилетие реализовывалась масштабная реформа отрасли, затронувшая, в первую очередь, городской сектор. К началу 1960-х гг. были подведены ее основные итоги, выявлены допущенные просчеты, внесены необходимые коррективы.

ИСТОЧНИКИ. Фундаментом для изучения темы и подготовки диссертации стал комплекс разноплановых информационных материалов. Состояние источниковой базы выдвинуло в качестве главной опоры документы центральных и региональных архивов: ГА РФ, РГАЭ, РГАСПИ, ГАНО, ГАКО, ГАТО, ЦХАФ АК, НГА. Исходя из специфики происхождения, содержания, характера заключенной информации, источники распределены на пять групп:

1. Законодательные и нормативные акты государственных и партийных органов разного уровня;
2. Делопроизводственная документация медицинских учреждений;
3. Статистические источники;
4. Письма и обращения населения по вопросам медицинской помощи в средства массовой информации, государственные и партийные органы;
5. Материалы периодической печати.

Изучение законодательства страны позволяет воссоздать общеисторический контекст развития сферы охраны здоровья и имеет особое значение, поскольку в советское время здравоохранение являлось исключительно государственной отраслью, финансировалось за счет бюджетных средств, обеспечивалось необходимыми материальными и кадровыми ресурсами посредством распределения и регулировалось административными методами. За послевоенное пятнадцатилетие было принято большое количество законодательных актов, что свидетельствует о постоянном внимании государства к вопросам развития отрасли как одного из инструментов обеспечения социально-экономического прогресса общества.

Советское законодательство основывалось на принципе соединения законодательной и исполнительной власти, поэтому документы данной группы, юридические по форме, отражали не только сложившуюся правовую практику, но и преобразующую волю законодателя по упорядочению социальной ситуации. Основополагающими актами были постановления ЦК КПСС, Совета министров и Министерств здравоохранения СССР и РСФСР. Небольшая часть необходимых для диссертации источников этого вида опубликована.¹⁴ Основной массив содержится в

¹⁴ Хронологическое собрание законов, указов Президиума Верховного Совета и постановлений правительства РСФСР. Т.3. 1940-1947. - М., 1958. - 638 с.; Т.4. 1940-1947. - М., 1958. - 618 с.; Т.5. 1954-1959. - М., 1959. - 702 с.; Т.6. 1957. - М., 1959. - 808 с.; Постановления КПСС и советского правительства об охране здоровья народа. - М., 1958. - 338 с.; Врачебные кадры. Сборник указов, постановлений, распоряжений правительства и ведомственных материалов. Под ред. Н.А. Виноградова. - М., 1949. - 204 с.; Сборник важнейших официальных материалов по санитарным и противоэпидемическим вопросам. Под ред. Т.Е. Болдырева. Кн.1. - М., 1949. - 772 с.; Сборник важнейших официальных материалов по санитарным и противоэпидемическим вопросам. В 4-х кн. - М., 1953.

фондах ГА РФ. Сопоставительный анализ комплекса законодательных источников позволяет установить цели, выдвигавшиеся государством в качестве приоритетов развития здравоохранения, способы их реализации, трудности и противоречия, выявившиеся при осуществлении государственной политики, способы коррекции, и достигнутые таким образом результаты.

Советская власть с первых дней своего существования исходила из того, что от реализации установок «центра» на местах в конечном итоге зависит эффективность управления. Местное правотворчество, таким образом, является показателем восприимчивости и преломления союзного и республиканского законодательства. Оно воплотилось в постановлениях и приказах обкомов, райкомов и горкомов КПСС и их исполкомов в областях и краях западносибирского региона, и других органов власти (например, санитарного надзора и контроля). Нормативные документы этих уровней содержатся в региональных архивах, частично - опубликованы.¹⁵ Из них извлечена информация о состоянии медицинской помощи населению на местах, способах административного воздействия на условия труда и быта горожан, материально-технической и кадровой обеспеченности лечебного процесса.

Вторая группа источников дополняет первую, содержит разнообразную делопроизводственную документацию, включающую в себя материалы, фиксирующие отдельные моменты развития здравоохранения посредством специальной формализованной лексики. Данный вид источников практически не опубликован и находится в фондах ГА РФ, РГАСПИ и региональных архивов. Это, во-первых, документация Минздрава РСФСР, областных и городских здравотделов Западной Сибири, лечебных учреждений, включающая в себя отчеты, объяснительные и аналитические записки, акты, справки, информировавшие вышестоящие органы о положении в отдельной сфере лечебной деятельности или на определенной территории и т.п. Во-вторых, деловая переписка местных, областных и центральных органов государства. Письма и запросы исходили от партийных и советских руководителей областей, городов Западной Сибири, содержали конкретную информацию и имели целью привлечь внимание к тем проблемам оказания медицинской помощи, которые не могли быть решены собственными силами. Каждое обращение в ЦК КПСС, Совмин, ВЦСПС, областные и краевые властные структуры регистрировалось, рассматривалось и по нему выносилось решение. Руководящая роль партии способствовала стеканию информации во всей ее полноте в партийные органы, зачастую они были лучше информированы, чем советские. Анализ этой группы источников показал приоритеты в организации охраны здоровья населения, отражающие ситуацию конкретного момента времени. Обращает на себя внимание, что в первую очередь руководящие органы волновали проблемы недофинансирования отрасли, отсутствия свободных площадей, необходимой базы для их строительства, помощи здравоохранению со стороны промышленных министерств, материально-технического и кадрового обеспечения.

¹⁵ Советы депутатов Новосибирской области: 1937-1997 годы. – Новосибирск. – 1997. – 672 с.; Промышленное развитие Новосибирской области 1946-1965 гг. Сб. документов. – Новосибирск, 1991. – 268 с.; Неизвестный Кузбасс (1943-1991 гг.) Сб. архивных документов. Вып.1. – Кемерово, 1999. – 176 с.; Наш край. Хрестоматия по истории Омской области. Ч.2. 1941-1970 гг.– Омск, 1983. – 168 с.; Наша малая родина. Хрестоматия по истории Новосибирской области. 1921 – 1991. Новосибирск, 1997. – 797 с.

При этом обращений по поводу усовершенствования лечебной помощи населению обнаружено не было. Причиной такой диспропорциональности стало приоритетное внимание к наращиванию количественных мощностей здравоохранения.

В этот же круг источников входят материалы собраний, совещаний и конференций партийных организаций медучреждений, пленумов, заседаний бюро областных и городских комитетов партии, партактивов по вопросам развития здравоохранения, отложившиеся в фонде Минздрава РСФСР ГА РФ и региональных архивах. Их изучение позволяет судить о работе всех звеньев медицинской сети и, что самое главное, увидеть обратную связь, выявить проблемы, волновавшие местные органы управления отраслью, открывает возможность сравнительного анализа внутрирегиональных отличий.

В изучении темы существенную роль играют и широко используются данные статистики. Их значимость определяется тем, что в рассматриваемый период количественные показатели доминировали при оценке результатов деятельности лечебных учреждений. В диссертации поставлена задача обоснования всех существенных выводов статистическими данными, принимая во внимание, что как массовый источник статистика представляет интерес только в совокупности. Поэтому изначально выдвигалась цель сформировать комплекс данных, которые бы охватывали проблемы исследования в развитии и позволили бы получить первичную информацию, поскольку статистика – это учет того, что имеется в наличии.

В основу комплекса статистических материалов легли показатели, опубликованные в специальных сборниках.¹⁶ Эти данные являются однопорядковыми, имеющими общие суверенные признаки, что позволяет сравнивать такие аспекты развития городского здравоохранения региона как прирост численности поликлиник, больниц, врачей, медсестер, родившихся и умерших по годам и т.п. в динамике.

Однако опубликованная статистика отражает лишь общие параметры развития отрасли. В сборниках нет сведений о численности больных, лечение которых завершилось полным или частичным выздоровлением, что не позволяет оценить качество лечебной работы, отсутствуют материалы, показывающие взаимосвязь между наращиванием капиталовложений в отрасль и их влиянием на улучшение состояния здоровья горожан. Поэтому для обеспечения всесторонности картины привлекалась медицинская статистика, отложившаяся в центральных и региональных архивах. Наибольший интерес представляют фонды Минздрава РСФСР ГА РФ и отраслевых отделов ЦСУ СССР и РСФСР в РГАЭ. Последние содержат материал о движении населения в городах Западной Сибири, заболеваемости и смертности с

¹⁶ Народное хозяйство Алтайского края. Стат. сб. - Барнаул, 1958. – 299 с.; Народное хозяйство Алтайского края за 50 лет советской власти. Стат. сб. – Барнаул, 1967. – 109 с.; Народное хозяйство Кемеровской области. Стат. сб. - Кемерово, 1958. –141 с.; Кемеровская область в цифрах. 1965-1975 гг. – Кемерово, 1977. – 116 с.; Народное хозяйство Новосибирской области. Стат. сб. - Новосибирск, 1961. – 334 с.; Народное хозяйство Новосибирской области и города Новосибирска. Стат. сб. – Новосибирск, 1957. –192 с.; Новосибирская область за 50 лет. – Новосибирск, 1967. – 181 с.; Народное хозяйство Омской области. Стат. сб. (За 1958-1965 гг.) - Омск, 1967. – 275 с.; Народное хозяйство Омской области и г. Омска. - Омск, 1957. - 171 с.; Народное хозяйство Томской области. Стат. сб. – Томск, 1965. – 199 с.; Тюменская область за 50 лет советской власти. Стат. сб. – Омск, 1967. – 301 с.

указанием ее причин, включая младенческую смертность, производственном травматизме и т.п.

Анализ статистики с неизбежностью поставил вопрос о ее полноте и достоверности. Основными источниками статистических данных стали материалы лечебных учреждений и загсов. Точность фиксации количественных показателей в то время была не абсолютной, хотя и достаточно полной: подавляющая масса рождений и смертей в послевоенные годы фиксировалась, регулярно составлялись сводные отчеты, которые в целом адекватно отражали ситуацию, что не отрицает имевшейся территориальной дифференциации всесторонности и точности учета. Принимались во внимание еще ряд обстоятельств. Во-первых, городскому здравоохранению Западной Сибири перманентно не хватало хорошо оснащенных лечебных учреждений и квалифицированных врачей, поэтому уровень диагностики не мог быть высоким, что негативно отразилось на точности материалов, например, о причинах смерти горожан. Во-вторых, номенклатуры причин смерти, используемые в медицинской статистике, менялись, что затруднило сопоставление материалов. В-третьих, необходимо отметить неполноту и фрагментарность данных о причинах массовой заболеваемости и смертности в период послевоенного голода. Не исключена их сознательная фальсификация.

Теоретическое осмысление и сравнение разнообразных статистических данных дали возможность охарактеризовать структуру, уровень, темпы развития здравоохранения в городах региона, исходя из принятых в то время критериев. Вместе с тем, особенности данного вида источников не позволили выявить и оценить качественные сдвиги по таким параметрам как оперативность, доступность, эффективность медицинской помощи.

Особую группу источников составляет такой специфический вид документов как письма и обращения граждан в средства массовой информации (чаще всего в газету «Правда») и партийные (ЦК КПСС, областные и краевые комитеты партии) и советские органы (Совет министров СССР и РСФСР, облисполкомы и крайисполкомы).

Письма – самое распространенное в советское время средство коммуникации между обществом и властью. Все изученные письма и обращения имели общую целевую установку: проинформировать власть о положении с обеспечением медицинской помощью на местах. Обращает на себя внимание, что идеи, высказавшиеся авторами, как правило, лежали в области нормальных человеческих желаний, а именно совершенствования условий труда, быта, решения жилищных вопросов, доступности и качества медицинского обслуживания. Обращения граждан отличаются яркостью и эмоциональностью стиля, резкостью в оценках. Большинство писем – жалобы, в том числе анонимные, реже - предложения. Руководящие органы, со своей стороны, давая населению возможность выговориться, определяли круг наиболее значимых для общества проблем и узнавали об «искажении линии партии» на местах. Ни одно обращение не оставалось без внимания, становясь основанием для принятия управленческих решений, и даже если они не были положительными, власть все равно получала информацию об общественных настроениях.

Особенностью данной группы источников является их плохая сохранность, рассеянность по фондам центральных (РГАСПИ), областных архивов и региональных печатных изданий. Привлечение обращений граждан во власть в качестве источника позволило отойти от чисто «формального» изучения темы, увидеть проблемы

здравоохранения с точки зрения обычного человека, придать исследованию некоторый антропологический ракурс. Помимо этого, письма стали одним из немногих источников, давших возможность оценить качество медицинской помощи населению западносибирских городов.

Следующая группа источников - материалы периодической печати. Она обладает рядом особенностей, которые были учтены в процессе поиска и изучения источников. Во-первых, многоплановостью, разнообразием материалов по жанру, происхождению и содержанию информации. В периодических изданиях систематически публиковались постановления партийных и государственных органов по проблемам здравоохранения, официальные сообщения, отчеты о конференциях медицинских работников, сведения о фактах и т.п. Во-вторых, важной чертой подобных публикаций стала оперативность, публицистичность, заостренность поднимаемых вопросов, критичность оценок. Нами востребованы газетные и журнальные публикации в региональной печати («Советская Сибирь», «Алтайская правда», «Кузбасс», «Тюменская правда», «Омская правда») и в профильных изданиях «Советское здравоохранение», «Врачебное дело», «Гигиена и санитария». Принималось во внимание, что средства массовой информации изучаемого периода были нацелены главным образом на идейно-политическую пропаганду и агитацию, стремились создать такую информационную картину, которая предопределила бы «правильное» отношение читателей к происходящему, содействовала формированию у них определенных идеалов и убеждений, а также мотивов и стимулов поведения. Поскольку советская печать рассматривалась как форма контроля и инструмент проведения политики партии в народном хозяйстве, то главной отличительной чертой материалов, помещавшихся в региональных средствах массовой информации, стала нацеленность на первоочередное отражение достижений в промышленности и сельском хозяйстве. Все что касалось повседневных нужд людей, в том числе в сфере охраны здоровья, было представлено минимально, чаще всего в форме небольших заметок информационного характера, сообщающих об открытии медицинских учреждений в городах региона, внедрении новых методик, достижениях отдельных врачей в лечении больных. Достаточно часто публиковались материалы санитарно-просветительского характера. Лаконичность и скупость информации по вопросам развития городского здравоохранения в региональной печати потребовала привлечения материалов, содержащиеся в профильных медицинских журналах. Целью многих из них являлось обобщение личной профессиональной практики или желание поделиться успешным опытом своего лечебного учреждения. Исходя из темы исследования, наибольший интерес вызвали не информационные, а аналитические материалы и авторские размышления об оптимизации функционирования стационаров за счет внутренних резервов, эффективном распределении рабочего времени, производственно-зависимой заболеваемости, способах ее снижения и т.д.

Информационный потенциал источников, их сочетание и взаимопроверка в основном достаточны для того, чтобы создать относительно полную и всестороннюю картину развития медицинской помощи населению западносибирских городов в 1946-1960 г. и позволило в целом решить исследовательские задачи по теме диссертации.

МЕТОДОЛОГИЯ. Теоретико-методологическим основанием диссертации выступает представление о том, что здравоохранение есть область социальной практики, имеющая гуманистическую направленность. Его целью является не только

сохранение физического здоровья и жизни индивидов, но и изменение качества бытия, увеличение жизненного потенциала населения каждого гражданина страны. Повседневная жизнь человека в ее социальном аспекте является особым направлением исторического исследования. Она выражается не только в стабильных, постоянных свойствах и качествах бытия, но и в новых, только формирующихся, детерминированных географическими, временными условиями, закреплением форм жизнедеятельности, проявляется в жилье, питании, внимании к вопросам труда и быта, сохранения здоровья и т.п. Это предполагает понимание повседневной действительности как многофакторной, а ее познания как междисциплинарного, основанного на интеграции знаний о человеке в его взаимоотношения с окружающей реальностью. Близкими к предмету диссертационного исследования являются история медицины, философия и демография. Учитывалось, что каждая из наук применяет специфические методы, направленные на решение собственных задач.

Философия науки понимает любой объект исследования как системный. Исходя из этого, здравоохранение изучаемого периода рассматривается как внутренне единая, функционирующая на основании общих принципов, динамично развивающаяся совокупность медицинских учреждений, организованная по территориально-отраслевому признаку, осуществляющая охрану здоровья населения в единстве всех направлений и видов медицинской помощи. Здравоохранение понимается как система саморазвивающаяся и открытая, определяющаяся как внутренними условиями, так и внешними факторами, обусловленными положением западносибирского региона как составляющей части страны, и, соответственно, регионального здравоохранения как звена общей отраслевой структуры.

Философия рассматривает проблему здоровья с онтологических, аксиологических и гносеологических позиций. Современный философско-культурологический взгляд на проблему предполагает приоритет исследования не столько «факторов риска», сколько «факторов устойчивости» по отношению к внешней среде, не только познание природы болезней, но и социальных условий, повышающих жизнеспособность и долголетие человека.

Методология истории медицины нацелена в значительной степени на прикладной характер исследования. Для нее характерно внимание к «событийному ряду», выявлению и обобщению частных фактов. Специфика этой дисциплины не требует всестороннего анализа общественного контекста, за рамками исследования нередко остаются глубинные социальные причины и обстоятельства ее развития. Вместе с тем, принято во внимание, что современная медицинская наука в понимании здоровья постепенно уходит от чисто соматического направления, проявляя интерес к социально-экономическим и технико-культурным условиям бытия, определяющим нормальное функционирование человеческого организма.

Историческая демография рассматривает здравоохранение как один из ключевых факторов, влияющих на демографические показатели – заболеваемость и смертность населения, не изучая подробно изменения в сети, кадрах, материальной базе и медицинском обслуживании населения.

Синтез этих наук позволяет выстроить исследование с позиций системного, социобиологического подхода, являющегося междисциплинарным. Его специфика состоит в том, что роль здравоохранения в жизни общества на конкретном этапе развития раскрывается через анализ самого здравоохранения как системы,

детерминируемой особенностями конкретной политической и социально-экономической ситуации в стране и, исходя из тех показателей, которые на данном историческом отрезке времени были приняты и служили критериями оценки эффективности отрасли.

В диссертации применены как общетеоретические логические принципы научного познания, так и традиционные для исторического исследования методы:

- принципы историзма и объективности, предполагающие изучение здравоохранения в городах Западной Сибири в динамике, с выделением сущностных черт и тенденций развития, с точки зрения предшествующего и перспективного социального опыта;
- системность и комплексность исследования, нацеленные на анализ деятельности всех элементов здравоохранения. Выводы, основанные на рассмотрении этих структур, должны подтверждать и дополнять друг друга;
- содержательная целостность анализа, состоящая в том, что объект исследования – система здравоохранения – рассматривается в совокупности его основных аспектов, при этом целое не сводится к частям, т.к. объект больше, чем сумма всех его элементов;
- структурно-функциональный анализ, позволяющий изучить здравоохранение как целостную, структурно организованную систему с взаимосвязанными элементами и функциями, общественное значение которой состоит в сохранении и укреплении здоровья человека. Оно состоит из комплекса учреждений, организующих и осуществляющих медицинское обслуживание населения;
- сравнительно-сопоставительный метод, позволяющий выявить специфику развития системы охраны здоровья городского населения региона в рамках фиксированного пространственно-временного диапазона.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА диссертации заключается в том, что она является первым обобщающим исследованием по проблеме городского здравоохранения Западной Сибири в период трех послевоенных пятилеток. Автором впервые в историографии исследованы многообразные и сложные процессы эволюции городской сети медицинских учреждений в связи с реформой, начатой в 1947-1949 г., их материальной базы, показаны трудности кадровой обеспеченности, реконструированы задачи, способы и основные составляющие противоэпидемической и лечебно-профилактической деятельности в сложный период отечественной истории. Подвергнуты анализу вопросы медицинского обслуживания населения, занятого в промышленности, трудности, с которыми столкнулась отрасль при реализации своих функций, дана оценка эффективности медобслуживания горожан через динамику заболеваемости и смертности в городах региона. Впервые введен в научный оборот целый пласт источников, в том числе архивных и ранее имевших гриф «только для служебного пользования», в частности, статистических материалов о движении заболеваемости и смертности различных групп городского населения, систематизированных в виде таблиц.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ диссертации состоит в возможности использования основных положений и выводов при написании обобщающих работ по истории России и Сибири в период 1946-1960 г., при разработке лекционных курсов и спецкурсов по демографии и истории повседневности. Фактический материал и теоретические выводы могут быть востребованы педагогами в школьных и вузовских

курсах по истории, экономике, краеведению в рамках национально-регионального компонента в образовании.

АПРОБАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ проведена на двух международных научных конференциях «Эффективность образования в условиях его модернизации» и «Тенденции современного образования: состояние и перспектива», состоявшихся в 2005 г. в Новосибирске. Основные положения диссертации опубликованы в статьях, изданных в тематических и в аспирантских сборниках Института истории СО РАН и Новосибирского государственного педагогического университета, а также в рецензируемом научном журнале «Гуманитарные науки в Сибири».

СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ состоит из введения, трех глав, заключения, списка источников и литературы, приложения в количестве 19 таблиц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность темы, раскрывается степень ее изученности, сформулированы объект, предмет, цели и задачи, территориальные и хронологические рамки, охарактеризована источниковая база исследования, изложены теоретико-методологические основы и научная новизна диссертации.

В **первой главе** «Материальная база и кадры здравоохранения» исследованы причины, задачи, содержание, особенности, трудности, итоги и значение реформы городского здравоохранения второй половины 1940-х – начала 1950-х гг., ее влияние на динамику материально-технического и кадрового обеспечения городской лечебной сети Западной Сибири.

Глава состоит из трех параграфов.

В первом параграфе изучается городская медицинская сеть западносибирского региона в период трех послевоенных пятилеток. Завершение войны изменило условия жизни людей и выдвинуло задачу восстановления и развития здравоохранения на основе территориальной структуры региона. Одновременно требовалась модернизация отрасли с учетом опыта войны и достижений медицинской науки. Практически соединить эти два приоритета оказалось сложно. Исходя из идеи широкой доступности медицинской помощи, магистральным направлением все же стало наращивание количественного потенциала отрасли в сочетании с рационализацией и оптимизацией ее организационных форм.

Реализация этой задачи столкнулась с трудностями, характерными для страны в целом и специфическими для Западной Сибири. Первая группа включала в себя обстоятельства, связанные с приоритетами советской общественной системы, диктовавшими первоочередность внимания государства к вопросам промышленного роста, приводившими к ущемлению развития социальной инфраструктуры. Вместе с тем, сложившаяся в первые послевоенные годы критическая ситуация с заболеваемостью и смертностью, дефицит медицинских кадров, оборудования и медикаментов, неупорядоченность лечебной сети, включавшей в себя около 150 типов учреждений, недостаточные мощности городских больниц и поликлиник стали острейшими социальными проблемами, требующими немедленного реагирования. Ко второй группе следует отнести продолжавшийся промышленный и демографический рост, хроническое отставание системы здравоохранения региона. Все это в совокупности дало импульс серьезной отраслевой реформе рубежа 1940-1950-х гг., затронувшей в основном городской сектор.

Ее главная цель состояла в повышении качества медицинской помощи, прежде всего, в поликлиническом звене. Для этого создавались единые лечебно-профилактические учреждения, пересматривался их профиль и дислокация, что позволяло осуществить единый принцип обслуживания пациентов на основе сочетания амбулаторного и стационарного лечения. Практически это означало, что государство пыталось изыскать пути улучшения обеспеченности горожан квалифицированной медицинской помощью за счет уже имеющихся мощностей, используя их более рационально.

Реформирование здравоохранения в Западной Сибири столкнулось с рассредоточенностью и территориальной удаленностью городских медучреждений, что не всегда позволяло произвести объединение без дополнительных затрат на капитальное строительство. Его возможности, в свою очередь, лимитировалась ограниченностью финансирования и недостаточностью развития строительной промышленности в регионе. Несмотря на то, что прирост больничных коек с 1950 по 1958 г. составил 242%, число стационаров за этот же период увеличилось только на 160%. Следовательно, новые места по большей части размещались на уже имеющихся площадях, а темпы капитального строительства отставали от потребностей развития здравоохранения.

В силу этого комплекса причин итоги объединительного процесса оказались противоречивыми. С одной стороны, к 1960 г. рост лечебно-профилактической сети в Западной Сибири (+242%) превысил средние показатели по стране (+163%). Поэтому в городах региона на каждую тысячу жителей приходилось не 10-12, а 14,6 стационарных мест соответственно. С другой стороны, не произошло выравнивания фактических различий в обеспеченности медпомощью горожан разных областей и краев региона. Ключевой проблемой также стала недооценка поликлинического звена, которое рассматривалось как подчиненное, а значит второстепенное. Не был достигнут норматив участковости, составлявший, согласно приказу Минздрава СССР №870, не более 4 тыс. человек на одного врача. В городах региона он к 1958 г. колебался в границах от 4,3 тыс. (Тюмень) до 8 тыс. (Прокопьевск, Новокузнецк).

Таким образом, практически во всех городах региона планируемый прирост медицинской сети не успевал за растущими потребностями населения, что приводило к серьезным социальным последствиям: отказам в госпитализации, ухудшению качества лечения, уменьшению времени пребывания больного в стационаре.

Во втором параграфе анализируется материально-техническая оснащенность городских лечебных учреждений в Западной Сибири.

Поликлиники и больницы в послевоенный период испытывали дефицит всего: медикаментов, инструментов и оборудования, средств гигиены, постельного белья, продуктов питания, топлива и т.д. Особую проблему составляла ветхость помещений. Обычным делом стала скученность и теснота, что приводило к нарушениям санитарного и теплового режима.

Несмотря на все принимаемые меры, проблемы в материально-технической обеспеченности городских лечебных учреждений Западной Сибири в изучаемый период не были до конца ликвидированы. Государство не имело возможности выделять бюджетные средства в объеме, позволяющем обеспечить повсеместный рост оснащенности лечебных учреждений пропорционально увеличению их сети и населения, а также в соответствии с требованиями медицинской науки. Это, в свою

очередь, отрицательно сказывалось на доступности и качестве помощи горожанам западносибирского региона.

В третьем параграфе оценивается обеспеченность городских лечебных учреждений Западной Сибири медицинскими кадрами. В 1940 г. на 10 тыс. жителей в СССР приходилось 8 врачей, в регионе этот показатель колебался в пределах от 6,6 (Омская область) до 2,4 (Алтайский край). Война усугубила ситуацию и сделала проблему кадрового обеспечения городского здравоохранения Западной Сибири очень актуальной. Она решалась двумя путями: за счет демобилизации медицинских работников из армии и распределения молодых специалистов. Соотношение этих двух потоков было неравномерным. До конца 1946 г. преобладали демобилизованные, позже - молодые специалисты. С 1946 по 1958 г. количество врачей в городах Западной Сибири выросло на 349%, при этом в Кузбассе на 393%, Омской области – 367%, Алтайском крае - 186%. Количество средних медработников в городах Кузбасса увеличилось на 298%, самый низкий показатель был в Омской области – 221%.

Вместе с тем, не удавалось закрыть все врачебные вакансии. Это породило широко распространенную практику совместительства. В 1945-1946 г. городские врачи в Западной Сибири имели нагрузку от 1,6 до 1,9 ставки, к концу изучаемого периода - от 1,2 до 1,5. Нехватка врачей вынуждала заменять их фельдшерами. В 1960 г. 48% городских педиатрических и 15,9% терапевтических участков Кузбасса обслуживались средним медперсоналом. Эта ситуация вывела на первый план две проблемы: соответствия количества врачей числу имеющихся вакансий и закрепления молодых специалистов. Полностью их решить в изучаемый период не удалось. Система распределения не всегда соответствующим образом реагировала на потребности той или иной области в кадрах.

В послевоенный период за Уралом были открыты четыре новых мединститута, но их выпускники в большинстве своем направлялись для работы в Восточную Сибирь и на Дальний Восток. Поэтому, например, в Новосибирской области, имевшей мединститут, выпускавший 350 специалистов ежегодно, в 1956 г. оставались вакантными 600 врачебных должностей. В Западную Сибирь в основном прибывали специалисты из европейской части страны

Серьезным тормозом решения кадрового вопроса стал устойчивый и большой по объему отток врачей. Причины: бытовая, особенно жилищная, неустроенность и семейные обстоятельства, когда женщины-врачи, доминировавшие в данной профессиональной группе, следовали за мужьями к новому месту работы или службы. В СССР в 1960 г. доля женщин-врачей составляла 76%, в Западной Сибири - не ниже 80% на всем протяжении изучаемого периода и во всех областях и краях региона.

Одним из путей решения кадровой проблемы стала новая система организации работы – трехзвеневая (больница – помощь на дому - поликлиника) и двухзвеневая (стационар-амбулатория; стационар - помощь на дому), введенная реформой 1947-1953 г. Однако затраты времени на переходы от одного места работы до другого в течение рабочего дня уменьшили возможности для обслуживания пациентов и не позволяли реализовать главную цель реформы – преемственность в лечении. Кроме того, нарушался больничный режим стационаров. Поэтому трехзвеневую систему отменили, сохранив в качестве основных двухзвеневую систему и режим

чередования, когда часть врачей обслуживала пациентов в поликлинике и на участке, а другая - в больнице, затем происходила замена по скользящему графику.

Несмотря на увеличение численности врачей и новую организацию их работы кадровый дефицит в городских лечебных учреждениях Западной Сибири преодолен не был. В СССР в 1960 г. на 10 тыс. городского населения приходилось 20 врачей, РСФСР - 21,3, в Западной Сибири - 16. Сохранилась межобластная диспропорциональность. Наиболее трудное положение было в городах Алтайского края, в то время как в Омской и Томской областях показатели приблизились к среднероссийским.

Таким образом, в послевоенное пятнадцатилетие одной из самых острых проблем здравоохранения Западной Сибири стала кадровая. В условиях масштабного индустриального развития региона и увеличения городского населения попытки организационной оптимизации труда, предпринятые в ходе реформы здравоохранения, открытие новых профильных учебных заведений, меры по закреплению молодых специалистов на рабочих местах не привели к преодолению оттока и дефицита медиков.

Во **второй главе** «Медицинское обслуживание городского населения» показано, что переход к устойчивому развитию в мирное время выдвинул цели укрепления здоровья людей в качестве приоритетных. Здравоохранение оказалось способным гибко реагировать на изменение структуры заболеваемости, ему удалось добиться серьезных успехов в борьбе с инфекциями, составлявшими главную угрозу жизни людей после войны, обрести оптимальную для тех условий организационную структуру, сделать серьезные шаги в рационализации труда медиков и использовании мощностей лечебных учреждений, усилить профилактическую направленность благодаря внедрению диспансерного метода.

Глава состоит из трех параграфов.

В первом параграфе дается характеристика санитарно-эпидемиологической обстановки в западносибирских городах и изменений в ней. В первые годы после окончания Великой Отечественной войны она являлась критической. Наблюдался рост заболеваемости многими инфекциями: туберкулезом, брюшным и сыпным тифом, кишечными, детскими и т.д. Некоторые из них превращались в эпидемии и провоцировали высокую смертность. За два послевоенных года число больных кишечными инфекциями и сыпным тифом в городах Западной Сибири увеличилось более чем в 2 раза, дифтерия приобрела форму эпидемии: ее прирост составил почти 400% по сравнению с 1946 г.

Эпидемиологическая обстановка в Западной Сибири в послевоенные годы имела ряд особенностей. Лидирующее место в этом процессе заняли большие города. Специфика распространения данных патологий состоит в прямой зависимости между уровнем заболеваемости и частотой контактов населения, т.е. величиной города. В этих условиях опасность приобретают не только уже проявившие себя, но и скрытые источники заражения. Другой особенностью изучаемого периода стали опережающие темпы детской инфекционной заболеваемости, вызываемые как более слабым иммунитетом, так и недостаточной вакцинацией в предшествующие 2,5-3 года из-за дефицита сывороток.

Факторами, ухудшившими эпидемическую ситуацию, стали трудности послевоенного времени: стесненность жилищных условий, недоедание, проблемы с топливом, усиление экологического неблагополучия из-за размещения вредных

производств в городах, регулярного промышленного и бытового загрязнения, недостаточной развитости инфраструктуры, обеспечивающей возможности соблюдения людьми правил личной гигиены и т.д.

Критической фазой в эпидемической конъюнктуре в городах Западной Сибири стал 1948 г., когда заболеваемость опасными инфекциями, достигнув своего пика, пошла на спад. Это произошло как из-за постепенной нормализации социально-экономической ситуации в стране, так и благодаря выделению борьбы с инфекциями в качестве ведущего участка здравоохранения. Противоэпидемическая работа, как и раньше, включала в себя два направления: лечение и профилактику. Была сделана попытка сместить акценты с первой на вторую, но из-за сложной эпидемиологической обстановки это не вполне удалось. Но в то и другое направление были внесены определенные коррективы по сравнению с военным временем. В профилактике в качестве приоритетов выделили несколько ключевых направлений: раннюю вакцинацию, позволяющую создать иммунную прослойку населения, санитарное просвещение и профосмотры (в основном на туберкулез). Для этого были подвергнуты реформированию санитарно-эпидемические службы. В лечебной работе основное внимание уделялось наращиванию коечных мощностей, квалифицированных кадров и разработке типовых схем диагностики и лечения инфекций.

В итоге к концу 1950-х гг. в городах Западной Сибири были ликвидированы опасные патологии – оспа, малярия и др., снизилась заболеваемость туберкулезом, тифом, кишечными и детскими инфекциями. Они приобрели очаговый, спорадический и контролируемый характер. На первое место с точки зрения эпидемической опасности вышел грипп, заболеваемость которым к 1960 г. в некоторых областях региона имела кратный характер и спровоцировала повышение общей смертности горожан в 1957 и 1959 г.

В целом, благодаря эффективной работе медиков городскому населению Западной Сибири удалось избежать массовой смертности от эпидемий.

Во втором параграфе рассматривается содержание деятельности городских медицинских учреждений, основными направлениями которой были больничная и внебольничная, лечебная и профилактическая помощь.

Внебольничное обслуживание осуществлялось поликлиниками, где велся прием больных участковыми врачами и узкими специалистами, имелись диагностическая лаборатория и аптека. В ходе реформы значение этого звена оказалось недооцененным и оно испытывало серьезные трудности в учете и обслуживании пациентов. В изучаемый период не был найден оптимальный баланс между профилактической и лечебной работой врача, трудно внедрялся принцип участковости, шел поиск организационных форм для обеспечения максимально возможного в тех условиях удовлетворения потребностей населения в медпомощи.

Больничная помощь была нацелена, главным образом, не на профилактику, а на лечение. Характерной чертой советского здравоохранения являлась большая по объему госпитализация. Это свидетельствовало, с одной стороны, об общедоступности этого вида помощи, выраженной в ее бесплатности и насыщенности больничными койками. С другой стороны, объяснялось социальными факторами – большой занятостью горожан в народном хозяйстве, обычными для того времени стесненными жилищно-бытовыми условиями, отставанием поликлинической помощи от больничной и традиционным взглядом населения и врачей на

стационарное лечение как более квалифицированное и всеобъемлющее. Показатель госпитализации в городах Западной Сибири рос, достигнув к 1960 г. 70% от потребности. Отказ в помещении больного в стационар чаще всего возникал по причине нехватки мест, нередко вызывавшейся нерациональным их использованием из-за необоснованной госпитализации.

Таким образом, проблемы доступности, своевременности помощи, близости лечебных учреждений к месту проживания и работы горожан Западной Сибири в изучаемый период до конца не были разрешены. Объективные трудности с неизбежностью привели к смещению акцентов в сторону лечебной, а не профилактической работы, оптимальный баланс между которыми так и не удалось найти, что сказалось на общей результативности работы медицинской сети.

В третьем параграфе изучается организация помощи работникам промышленных предприятий, что имело особое значение для Западной Сибири как одного из ведущих индустриальных регионов страны, насыщенных травмоопасными, угрожающими здоровью производствами. Несмотря на то, что с окончанием войны жизнь постепенно стала входить в нормальное русло, производственные условия продолжали оставаться тяжелыми. Значительная часть заводов и фабрик Западной Сибири на протяжении всего изучаемого периода размещалась в приспособленных помещениях. Низкая механизация, большое количество ручных операций, нехватка бытовых комбинатов, плохое водоснабжение, недостаточный предупредительный санитарный надзор и т.п. были обычным делом. От того, как соблюдалась производственная и технологическая дисциплина, насколько квалифицированными в вопросах охраны труда были рабочие и административно-технические руководители, в каком состоянии находилось освещение, вентиляция, рабочие места напрямую зависели частота и тяжесть заболеваний и несчастных случаев, связанных с производством.

Необходимость сохранения здоровья работающего населения привела к выдвижению задачи оптимальной организации медицинской помощи. Она осуществлялась двумя способами: в общей лечебной сети и в медико-санитарных частях (МСЧ), которые стали основным типом медучреждения на производстве. Впервые они появились весной 1941 г., доказали свою эффективность в военное время, но, как и открытая сеть, испытывали недостаток материального обеспечения и кадров. Учитывая опыт войны, было признано, что МСЧ нужно сохранить, но создавать по возможности мощными, со всеми видами специализированной помощи как поликлинической, организованной по цеховому принципу, так и стационарной не менее чем на 300-400 коек. Реализация этой задачи происходила в период реорганизации здравоохранения. МСЧ были преобразованы в учреждения, объединяющие в единой системе здравпункт, поликлинику, больницу, профилакторий, детские ясли. Они финансировались по повышенным нормативам, лучше снабжались оборудованием и лекарствами, многие имели хорошо развитую материально-техническую базу, кадры высокой квалификации, применяющие новейшие средства диагностики и лечения, в том числе разнопрофильного. Благодаря гибкой структуре, помощь оказывалась сравнительно более оперативно и действенно, много внимания уделялось состоянию рабочих мест и технических условий производства. С другой стороны, развитие МСЧ не вполне успевало за ростом населения и промышленности региона и у них имелось немало проблем. Хорошо укомплектованные и оснащенные МСЧ размещались в основном при крупных

западносибирских предприятиях союзного и республиканского значения, местная промышленность ими, чаще всего, не располагала. Не был до конца преодолен кадровый дефицит, особенно узких специалистов, не хватало диагностического оборудования, медленно внедрялся цеховой метод. На ряде крупных производств Кемеровской, Новосибирской, Томской областей врачи обслуживали два участка. Эти трудности в сочетании с не всегда соответствующими требованиям безопасности условиями труда не позволили существенно снизить производственно обусловленную заболеваемость и травматизм. В промышленности Западной Сибири в изучаемый период, она оставалась ещё очень высокой и по-прежнему превышала среднереспубликанский уровень.

В **третьей главе** «Заболеваемость и смертность населения» исследован вопрос о соотношении экзогенных и эндогенных типов заболеваемости и смертности и их зависимости от социальных условий бытия горожан. Показана противоречивость воздействия индустриального общества на человека, увеличивающего возможности повышения качества лечения людей и, одновременно, провоцирующего развитие специфических патологий, характерных для промышленной городской среды, что возлагает на здравоохранение социальную миссию снижения человеческих потерь.

Глава состоит из двух параграфов.

В первом параграфе рассматриваются факторы заболеваемости и смертности городского населения. Отмечается, что физиологическое благополучие людей лишь на 8-10% зависит от качества работы служб охраны здоровья, более половины факторов приходится на условия человеческого бытия. В разные исторические эпохи степень воздействия последних была неодинаковой, что позволяет говорить о доминировании в тот или иной период экзогенной или эндогенной типологии заболеваемости и смертности. При доминировании эндогенных факторов люди чаще умирали от хронических болезней в пожилом возрасте, в то время как экзогенные факторы первоочередными группами риска делали людей с ослабленным здоровьем и детей. Поэтому, чем выше уровень социально-экономического развития общества и более благоприятными являются условия жизни, тем меньше болезни, преобладающие в составе общей заболеваемости, совпадают со списком патологий, приводящих к смерти. И, наоборот, если имеется почти полное совпадение номенклатуры заболеваний и причин смерти, то состояние общества является кризисным.

Сложная санитарно-эпидемиологическая обстановка в городах Западной Сибири, острый дефицит жизненных ресурсов, проблемы с оказанием медицинской помощи после войны, способствовали росту общей смертности экзогенного характера. В 1947 г. ее коэффициент в городах региона превосходили уровень 1945 г. на 52,3% в основном за счет младенцев младше одного года. В 1946-1947 г. большая заболеваемость дизентерией и туберкулезом порождала высокую смертность. Эта ситуация еще более усугубилась послевоенным голодом. В 1946 г. среди детей в возрасте до 3-х лет, находившихся на лечении в педиатрической больнице Барнаула, 59,3% имели диагноз дистрофия, 50% смертей в Новосибирске приходилось на причины, вызванные хроническим недоеданием.

Социально-экономическая стабилизация и некоторый рост жизненного уровня горожан в конце 1940-х гг. уменьшили темпы естественного прироста населения вследствие одновременного снижения коэффициентов рождаемости и смертности. Показатель смертности в 1950-е гг. в регионе - 6,4 на 1000 человек, был выше, чем в

РСФСР (7,4), что стало самой благоприятной величиной из всех достигнутых во второй половине XX в. Процесс снижения уровня смертности не был равномерным. Внутри него можно выделить две стадии, когда смертность несколько увеличивалась, не достигая, однако, критических величин. Первая - 1947-1951 г., когда активно проявили себя квазиэндогенные факторы, т.е. причины накопленного генеза, когда умирали от ран и болезней те, кто прошел войну. Вторая – 1957 и 1959 г., когда смертность возросла от эпидемии вирусного гриппа.

Одновременно с конца 1940-х гг. началось постепенное становление эндогенного типа заболеваемости и смертности, когда в группе соматических патологий стали преобладать хронические болезни, характерные для современного индустриального города. Условия существования людей в городах комфортнее, уровень медобслуживания выше, но большая плотность населения, повышенный ритм жизни, недостаток чистого воздуха, длительные и массовые передвижения к месту работы, чрезмерный шумовой фон, усиление эмоциональной напряженности при одновременном снижении мышечной активности увеличивают стрессовые, экологические, техногенные риски, плохо влияющие на организм. Уровень заболеваемости горожан в среднем в 1,5-2 раза выше, чем у сельских жителей. Особенно это касается рака, болезней кровообращения, нервной, эндокринной, опорно-двигательной систем. Анализ источников показал, что у горожан Западной Сибири в 1950-е гг. наблюдалась тенденция к росту количества больных данными патологиями.

Оценивая региональные особенности, необходимо учитывать, что, во-первых, большая часть этих патологий вызывается естественными процессами старения организма, поэтому с конца 1940-х – начала 1950-х гг. в структуре смертности стали доминировать пожилые люди. Западная Сибирь в изучаемый период отличалась более молодой возрастной структурой, что стало одной из причин опережающего по сравнению с российскими показателями падения уровня смертности. Во-вторых, большое влияние на уменьшение общей смертности оказало одновременное снижение рождаемости и детской летальности в городах региона.

В целом динамика заболеваемости и смертности в западносибирских городах шла в русле аналогичных тенденций в целом по стране и республике и соответствовала логике исторического процесса при переходе страны от военного кризисного периода к мирному устойчивому развитию индустриального общества.

Во втором параграфе анализируется проблема социальной эффективности городского здравоохранения и ее критериев. В диссертации приняты четыре категории базовых показателей, предложенных Всемирной организацией здравоохранения: 1) эффективность государственной политики; 2) социальные и экономические показатели; 3) обеспеченность населения медико-социальной помощью; 4) состояние здоровья населения. При их применении учитывались конкретно-исторические условия развития Западной Сибири в 1946-1960 г. и особенности источниковой базы по теме диссертации. В частности, было принято во внимание, во-первых, что развитие здравоохранения в советское время считалось неуклонно прогрессирующим, что нашло отражение в источниках и объективно осложнило оценку его социальной эффективности. Во-вторых, здравоохранение, по сути, представляло собой отрасль плановой экономики, нацеленной на наращивание и учет количественных показателей. Качественность и результативность медпомощи целенаправленно не отслеживались и не анализировались. В-третьих, советская

социальная система не понимала здоровье человека как самодовлеющую ценность, рассматривая его как средство для достижения социально-экономических задач. Власть, как правило, учитывала потребности населения только тогда, когда они совпадали с общегосударственными. В-четвертых, в основе советского здравоохранения лежал ряд принципов: государственный характер, централизованность, профилактическая направленность, комплексность, бесплатность, общедоступность, единство медицинской науки и практики. После войны их действие было восстановлено, что позволило добиться значительных успехов, в том числе на региональном уровне. Государство финансировало здравоохранение, определяло приоритеты, обеспечивало единство целей, организовывало взаимодействие и преемственность лечебно-профилактических служб на всей территории страны. Централизованное руководство, осуществлявшееся характерными для того времени административными методами, играло положительную роль, поскольку обязательность исполнения приказов приводила в движение все звенья медицинской цепи, достигая самых удаленных районов страны. Эффективность управления в диссертации оценивалась по двум взаимозависимым критериям: рациональности и социальной справедливости.

Их можно проследить на основе анализа бюджетного финансирования отрасли. Власть при выделении средств ориентировалась не на число выздоровевших пациентов, а исходила из показателя койко-дней и остаточного принципа финансирования отрасли. Это не делало здравоохранение неэффективным, система его организации являлась наиболее соответствующей социальному устройству общества и целям государства, которое ориентировалось на потенциально предотвращенные, прежде всего, экономические потери. Благодаря увеличению национального дохода, объемы ассигнований в отрасль, хотя медленно и не всегда последовательно, но все же росли. В Новосибирской области в течение 1950-х гг. отраслевой бюджет увеличился более чем вдвое, в Тюменской области с 1944 г. до конца 1960-х гг. - более чем в 10 раз. Это позволяло постепенно наращивать мощности здравоохранения в городах региона. Вместе с тем, если здравоохранение было готово осваивать любые вложения, то государственные ресурсы оказалось не в состоянии соответствовать возрастающим потребностям и объем финансирования оставался недостаточным. Природно-климатические и социально-экономические условия жизни в Западной Сибири предполагают, что нормы медицинского обслуживания людей должны быть на 30 - 40% выше по сравнению с европейской частью страны. Однако в реальности дело обстояло не так. В 1962 г. в Центральном экономическом районе на здравоохранение в расчете на душу населения расходовалось 37 руб., в Западной Сибири – 29.

Социальная эффективность работы городских медицинских учреждений региона наиболее точно отслеживается по показателям динамики выздоровевших больных, и тех, у кого наступило улучшение. Однако источники содержат лишь отрывочные сведения подобного рода, что не позволило составить общей картины качества работы отрасли в городах Западной Сибири в изучаемый период и вынудило привлечь косвенные показатели - правильность постановки диагноза, своевременность оказания помощи, летальность в больнице и на дому, продолжительность жизни. Эти данные коррелируются между собой. Неправильный диагноз, поставленный недостаточно квалифицированным врачом, несвоевременная постановка на учет в поликлинике или запоздалое направление в стационар снижали

возможности благоприятного исхода лечения и повышали летальность. Анализ статистики лечебных учреждений показал, что имело место снижение больничной и домашней смертности благодаря улучшению материально-бытовых условий жизни, объединению больниц и поликлиник, своевременной госпитализации больных и улучшению качества лечения. В условиях эндогенного типа смертности закономерно, что на дому в основном умирали пожилые люди, в то время как домашняя летальность молодых, которым, возможно, не была оказана своевременная медицинская помощь, уменьшалась. В 1950-е гг. средняя продолжительность жизни в РСФСР в целом и в Западной Сибири в частности неуклонно прогрессировала, достигнув к концу изучаемого периода 67 лет.

Правомерен вывод о том, что в целом городское здравоохранение Западной Сибири послевоенного пятнадцатилетия можно оценить как эффективное с точки зрения действовавшей в то время системы принципов, задач и показателей.

В заключении подведены итоги исследования.

Сделан принципиальный вывод о том, что в изучаемый период был найден такой механизм организации и функционирования системы оказания медицинской помощи, который был наиболее адекватен действовавшим принципам здравоохранения. Благодаря этому увеличивалась сеть больниц и поликлиник региона, улучшилось их материально-техническое обеспечение, возрос кадровый потенциал, что положительно влияло на лечение больных. Удалось добиться хороших результатов в борьбе с опасными инфекциями. Сформировавшаяся к 1960 г. картина заболеваемости и смертности городского населения соответствовала мирному времени и являлась характерной для индустриальной стадии развития общества. Западносибирскими учеными были сделаны серьезные открытия, внедрившиеся в лечебную практику. Безусловным достижением стала разработка и активное применение метода диспансеризации, что позволило впервые сдвинуть акцент с лечения патологий на их предупреждение. Медицинский контроль на промышленном производстве создал предпосылки для снижения травматизма и производственно-обусловленной заболеваемости. Повысилась продолжительность жизни. Все это в совокупности свидетельствовало о достаточно высокой эффективности работы медиков в послевоенное пятнадцатилетие.

Вместе с тем возможности здравоохранения лимитируются условиями социальной среды обитания. Только тогда, когда главным приоритетом развития общества становится сам человек как высшая ценность, меняются условия его жизнедеятельности, возникает основа для прорыва в области продления жизни и улучшения ее качества. Внутренняя логика развития советского общества такого смещения акцентов не предполагала, хотя нельзя отрицать, что в середине 1950-х гг. уровень материального благополучия людей повышался. Однако этот процесс не затронул глубинных начал советской общественной системы. Поэтому нет достаточных оснований для утверждения о том, что основные трудности развития здравоохранения в послевоенное пятнадцатилетие были преодолены.

Ряд серьезных проблем отрасли еще не получил удовлетворительного разрешения. Профилактика не смогла стать приоритетным направлением в деятельности медучреждений, сохранилось как общее отставание развития городского здравоохранения Западной Сибири от средних показателей по стране и республике, так и межобластная дифференциация и неравенство в обслуживании различных категорий населения, не была решена кадровая проблема.

Комплексное изучение различных сторон темы позволило сделать вывод о том, что приемлемого баланса между потребностями в медпомощи и возможностями здравоохранения в изучаемый конкретно-исторический период в городах Западной Сибири достичь все-таки не удалось, а достаточно высокая результативность деятельности отрасли достигалась за счет мобилизации всех ее ресурсов, эффективной, зачастую самоотверженной работы медиков и постепенно улучшающейся социально-бытовой ситуации.

В **приложении** приведены организованные в виде таблиц статистические данные, отражающие развитие различных аспектов городского здравоохранения в исследуемый период.

СПИСОК ОСНОВНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Основные положения и выводы диссертации представлены *в издании, включенном в перечень ВАК:*

1. Дудкина М.П. Реформа здравоохранения в городах Западной Сибири в конце 40-х – начале 50-х гг. XX в. // Гуманитарные науки в Сибири. – 2007. - № 2. – С. 102-105.

В других изданиях:

1. Дудкина М.П. Медицинское образование и обеспеченность медицинскими кадрами городов Западной Сибири во второй половине 1940-х – 1950-е годы XX века // Эффективность образования в условиях его модернизации: Материалы международной научно-практической конференции, 26-28 апреля 2005 г. в Новосибирске.– Часть I. – Новосибирск, 2005. – С. 246-251.
2. Дудкина М.П. Санаторно-курортное обслуживание городского населения Западной Сибири во второй половине 1940-х и в 1950-е годы // Аспирантский сборник НГПУ – 2005 (По материалам научных исследований аспирантов, соискателей, докторантов) – Часть 3. – Новосибирск, 2005. – С. 122-125.
3. Дудкина М.П. Условия труда и состояние здоровья промышленных рабочих Западной Сибири во второй половине 1940-х – 1950-е годы // Гуманитарный ежегодник: Сб. науч. трудов аспирантов и соискателей. – Новосибирск, 2005. – С. 115-121.
4. Дудкина М.П. Медицинское обслуживание детского населения дошкольного и школьного возраста в городах Западной Сибири в первые послевоенные годы // Тенденции современного образования: состояние и перспектива: Материалы международной научно-практической конференции, 11-12 мая 2006 г. в Новосибирске. – Новосибирск, 2006. – С. 113-118.
5. Дудкина М.П. Факторы заболеваемости и смертности городского населения Западной Сибири во второй половине 1940-х – 1950-е гг. // Социальная сфера и повседневность сибирского города (XX – начало XXI вв.) Сб. науч. трудов. – Новосибирск, 2007. – С. 95-114.