

ции и затяжной изнурительной войны было невозможно. А политизация Дум не способствовала сплочению общества перед лицом трудностей. Это создавало предпосылки к ослаблению местной и центральной послефевральской власти и росту популярности «альтернатив»: левой и правой.

1. Кабытова, Н.Н. Демократизация органов городского самоуправления в 1917 г.: проекты Временного Правительства и местные инициативы / Н.Н. Кабытова // Россия в XX в. Реформы и революции. Т.1. – М, 2002. – С.300.
2. Вятская речь. – 1917. – 24 марта; Прикамская жизнь. – 1917. – 5 марта; Государственный архив Кировской области (ГАКО). – Ф. 1074. – Оп. 1. – Д. 1. – Лл. 31 – 31об, 40 – 41об и т.д.
3. Вятская речь. – 1917. – 28 марта; 22 апреля; Кама. – 1917. – 25 апреля и т.д.
4. Вятская речь. – 1917. – 28 мая. 4, 8 июня.
5. Журналы заседаний Временного правительства. Т.1. Март – апрель 1917 г. – М, 2001. – С. 294 – 302.
6. Вятская речь. – 1917. – 6, 17 мая; Уржумская крестьянская газета. – 1917. – 15 июля и т.д.
7. Крестьянская газета Вятского губ. Земства. – 1917. – 1 августа.
8. ГАКО. – Ф.1345. – Оп.2. – Д.86. – Лл. 19 – 31.
9. Вятская мысль. – 1917. – 4 августа.

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ЧКАЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 1945 – 1953 ГГ.

Виноградова Татьяна Николаевна

Оренбургский государственный педагогический университет

Историография данной темы довольно обширна, однако не позволяет выявить специфику развития здравоохранения в области. После победоносного завершения Великой Отечественной войны Правительством СССР были разработаны меры по ликвидации огромного ущерба, нанесенного войной, и дальнейшего развития народного хозяйства и, соответственно, здравоохранения. Большое внимание уделялось и качеству оказания медицинской помощи населению, критериями для оценки которого выступали следующие показатели:

1. Наличие достаточной сети медицинских учреждений;
2. Обеспеченностью медицинскими кадрами, рациональной их постановкой и использованием;

ХІІІ ВСЕРОССИЙСКИЕ ПЛАТОНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ

3. Оснащенностью учреждений современной лечебно-диагностической аппаратурой; использованием органами и учреждениями здравоохранения новых организационных форм медицинского обслуживания.

Одним из главных показателей развития системы здравоохранения (с 1950 г. он становится основным) являлось количество коек в медицинских учреждениях. Оказание медицинской помощи городскому населению области было обеспечено через широкую сеть лечебно-профилактических учреждений: в 1945 г. в Чкаловской области насчитывалось 62 больницы в городах на 4151 койку, а в 1953 г. уже 71 больница на 5660 коек. Наблюдалось постепенное развитие сети учреждений здравоохранения и в сельской местности: в 1945 г. их насчитывалось 95 (2123 койки), в 1953 г. в области функционировало 47 районных больниц, 60 участковых, 27 сельских амбулаторий и 696 фельдшерских пункта¹.

Таким образом, первое слагаемое анализа качества оказания медицинской помощи населению состоит из показателя фиксирующего количество коек на 1000 населения, и для Чкаловской области в 1953 г. он составлял 6,1 койки, что было ниже среднего уровня по РСФСР, составлявшего 6,8 коек. Помимо этого анализ архивных документов свидетельствует, что коечная сеть не обеспечивала растущих потребностей населения в целом по области и, особенно, в городах².

Для советского здравоохранения послевоенного периода было характерно резкое отставание качества оказания медицинской помощи сельскому населению от городского, и если выявленные в городских учреждениях области в результате проверок недостатки к 1953 г. в основном были устранены, то в сельском здравоохранении их ликвидировать не удалось³.

Проблема обеспеченности медицинских учреждений кадрами рассматривалась в медицинской науке как одна их важнейших еще в довоенные годы и являлась составляющей характеристики качества работы медицинских учреждений. В результате решения этого вопроса в 1953 г. только г. Чкалов был полностью укомплектован врачами, а остальные города области на 60 – 80%⁴. В сельской местности наблюдается постепенное увеличение численности медицинских кадров с 166 человек в 1940 г. до 273 человек в 1953 г., но по сравнению с общим количеством врачей по области удельный вес врачей в сельской местности снижается с 35,6% (1940 г.) до 19,5% (1953 г.)⁵.

Таким образом, кадровая обеспеченность Чкаловской области в начале 1950-х годов составила 1,2 врача на 1000 населения и была ниже, чем по СССР, составлявшей 1,46 врачей⁶.

Медико-санитарное обслуживание населения области было организовано по участковому принципу. В 1953 г. в области насчитывалось 136 участков, но из них только 114 было укомплектовано врачами⁷.

В контексте улучшения профилактического направления работы учреждений здравоохранения в послевоенный период стал активно вводиться диспансерный метод. В Чкаловской области диспансеризация стала проводиться с 1951 г. активным и пассивным методами. Однако при реализации диспансерного метода в Чкаловской области были выявлены недостатки (свойственные и для других регионов): упрощенный способ проведения диспансеризации, а многопрофильные осмотры проводились крайне редко⁸.

Таким образом, в исследуемый период в сфере здравоохранения Чкаловской области были достигнуты определенные успехи: введены новые методы оказания медицинской помощи населению, оправдавшие себя на практике, в сравнении с военным временем улучшилась кадровая и материально-техническая обеспеченность, увеличился коечный фонд и т.п. Были решены основные задачи, стоящие перед советским здравоохранением, что нашло свое отражение в увеличении рождаемости и снижении уровня смертности – это позволяет сделать вывод об улучшении качества оказания медицинской помощи населению. Однако следует отметить, что плановые нормативы не были выполнены и были ниже показателей по стране, что было связано с наличием целого ряда причин: узость материально-технической базы, недостаточное финансирование и нерациональное распределение средств, недостаточная обеспеченность области квалифицированными специалистами и т.д. Не удалось ликвидировать и разрыв между качеством оказания медицинской помощи в городе и селе.

1. ЦДНИОО. – Ф. 371. – Оп. 17. – Д. 1132. – Л.6; – Оп. 14. – Д. 166. – Л. 41; – Оп. 17. – Д. 1132. – Л.4.
2. Здравоохранение в СССР. Статистический справочник / Г.Ф. Константинов. – М., 1957. – С. 37; ЦДНИОО. – Ф. 371. – Оп. 17. – Д. 1132. – Л. 6.
3. ЦДНИОО. – Ф.3 71. – Оп. 14. – Д. 861. – Л. 108.
4. ЦДНИОО. – Ф. 371. – Оп. 14. – Д. 166. – Л. 39; – Оп. 15. – Д. 976. – Л. 86; – Оп. 17. – Д. 1132. – Лл. 9 – 10.
5. ЦДНИОО. – Ф. 371. – Оп. 14. – Д. 852. – Л. 101; – Оп. 17. – Д. 1131. Л.98; – Оп. 15. – Д. 976. – Л.87; – Оп. 17. – Д. 1131. – Л. 99; – Д. 1132. – Л. 10.
6. Здравоохранение в СССР. Статистический справочник / Г.Ф. Константинов. – М., 1957. – С. 38.
7. ЦДНИОО. – Ф. 371. – Оп. 14. – Д. 852. – Л.64; – Оп. 17. – Д. 1132. – Л.10.
8. ЦДНИОО. – Ф. 371. – Оп. 17. – Д. 1132. – Л. 28.