

УДК 61(091)(571.17)''1985/1991''

**СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
В ПЕРИОД ПЕРЕСТРОЙКИ (1985 – 1991 гг.)***Е. В. Спитченко***THE SYSTEM OF PUBLIC HEALTH SERVICES IN KEMEROVO REGION  
IN REORGANIZATION PERIOD (1985 – 1991)***E. V. Spitchenko*

В данной статье рассматривается система здравоохранения Кемеровской области в период преобразований 1985 – 1991 гг. Анализ архивных документов и статистической информации свидетельствует о том, что в период перестройки, достаточно подробно проработанные на теоретическом уровне перемены, на практике происходили медленно. В регионе, как и в целом по стране, не были предприняты меры по совершенствованию кадровой политики и материально-технической базы учреждений здравоохранения. Следствием чего явилось ухудшение здоровья населения.

In this article we have a look at the development of public health service in the Kemerovo region in the period of transformations in 1985 – 1991 years. The analyses of archival documents and statistical information indicates that during the period of Perestroika, the changes that were very good studied at theoretical level, were taking place very slowly in practice. In the region, as well as in the whole country, measures to improving personnel policy and material and technical basis of health-care agencies were not taken. It led to the decline of population's health.

**Ключевые слова:** здравоохранение, изменение состояния здоровья населения, диспансеризация, новый хозяйственный механизм.

**Keywords:** the public health service, changes of the state of health of the population, prophylactic, the new economic mechanism.

В истории здравоохранения как СССР, так и Кемеровской области годы перестройки являются одним из самых сложных и противоречивых периодов. Вместе с тем до настоящего времени в историографии отсутствовала обобщенная объективная характеристика медицины Кузбасса 1985 – 1991 гг. Отдельные работы были опубликованы более 20 лет назад в условиях иной идеологии и полностью не отражали данную проблему. В связи с этим, используя прежде всего архивные документы второй половины 1980-х гг., мы постарались представить характеристику здравоохранения данного периода.

К началу 1980-х гг. здравоохранение получило качественное и количественное развитие, имело как достижения, так и существенные недостатки. Меры, осуществленные в годы одиннадцатой пятилетки, способствовали развитию охраны здоровья населения и привели к повышению уровня и качества медицинской помощи и профилактической работы, но при этом не устранили недостатки в работе органов и учреждений здравоохранения. В партийных и государственных документах, периодической печати указывалось на несоответствие уровня медицинского обслуживания постоянно возрастающим потребностям населения. Происходило постепенное снижение выделяемых бюджетных средств. Значительное число больниц нуждалось в капитальном ремонте, оборудование физически и морально изнашивалось.

На апрельском Пленуме ЦК КПСС и XXVII съезде партии (1985 г.) М. С. Горбачев отметил неблагоприятные тенденции в экономике и социально-духовной сфере, которые привели к «застою» в жизни общества и подчеркнул необходимость коренного улучшения качества оказания медицинской по-

мощи, более полного удовлетворения потребностей населения в лекарствах, усиления профилактической направленности здравоохранения [9, с. 5].

Центральным направлением в развитии советского здравоохранения в двенадцатой пятилетке являлась профилактика. Данная тенденция нашла практическое воплощение в Комплексной программе по усилению профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения России на 1985 – 1991 гг. В указанной программе сформулирована единая политика профилактической деятельности. Она включала около двух тысяч конкретных мер, направленных на укрепление здоровья всех групп населения, стимулирование рождаемости, снижение общей и детской смертности. Особое значение приобретали региональные программы по охране и укреплению здоровья человека.

По существу, перестройка здравоохранения Кемеровской области началась после принятия региональной комплексной программы «Здоровье трудящихся Кемеровской области на XII пятилетку». Программа стала составной частью политики Кузбасса в области здравоохранения на 1985 – 1991 гг. Ее целью являлось «сохранение и укрепление физического и психологического здоровья трудящихся и членов их семей, увеличение продолжительности активной жизни работающих при одновременном повышении производительности труда» [5, л. 2].

В советской стратегии профилактической деятельности важное место принадлежало всеобщей диспансеризации населения. Она предполагала ежегодное медицинское обследование каждого жителя с целью выявления лиц с ранними проявлениями различных заболеваний, а также подверженных воздей-

ствию неблагоприятных для здоровья факторов среды или образа жизни и проведение необходимых оздоровительных мер. Осуществление этой грандиозной по своим масштабам и социальной значимости программы вывилось качественно новым этапом в развитии советского здравоохранения, когда государство брало на себя заботу о здоровье каждого гражданина.

Введение диспансеризации предполагалось осуществить в два этапа: до 1991 г. наряду с хроническими больными диспансерным наблюдением повсеместно охватить детей и подростков, учащуюся молодежь, беременных женщин, ветеранов войны, рабочих и служащих отдельных отраслей промышленности и сельского хозяйства, а к 1995 г. – все взрослое население.

В Кемеровской области охват диспансерным наблюдением рабочих, занятых в ведущих отраслях промышленности, строительства, транспорта, составлял 80 – 86 %, сельского хозяйства 79 – 85 %. В 100 % были взяты на диспансерный учет дети, подростки, инвалиды и участники Великой Отечественной войны [7, л. 4]. При этом для полного охвата населения диспансеризацией предстояло еще многое сделать: детально проработать организационные вопросы, создать и внедрить достаточно простые и унифицированные методы массовых обследований, подготовить кадры, провести разъяснительные работы с населением.

Предпринимались меры, направленные на улучшение условий и охраны труда. Так, в 1988 г. санитарная служба приостановила эксплуатацию 209 предприятий, производств, цехов. В городе Кемерово на коксохимическом заводе прервали работу коксовой батареи № 6 и 3 цехов на НПО «Карболит», производство ряда красителей на анилинокрасочном заводе [5, л. 5].

Все эти меры позволили снизить уровень заболеваемости с временной утратой трудоспособности на 5,2 % или 49 дней на каждые 100 работающих [1, л. 8]. Снизилось количество острых профессиональных заболеваний. В 1985 г. этот показатель составлял 212 человек, а в 1989 г. – 60 человек. При этом проблема хронических профессиональных заболеваний не была решена (1985 г. – 244 человека, 1990 г. – 332 человека) [4, л. 10]. Обобщение результатов обследования рабочих крупнейших предприятий Кемеровской области, полученных лабораторией генетики КемГУ в 1985 – 1989 гг., позволило установить, что 77,92 % работающих мужчин и 74,5 % женщин страдали различными хроническими заболеваниями системного характера [8, с. 32]. Причина данной динамики обусловлена высокой концентрацией промышленного производства в Кемеровской области.

Не меньше внимания в комплексной программе «Здоровье трудящихся Кемеровской области на XII пятилетку» уделялось проблеме охраны здоровья работающих женщин и их детей. В большинстве

территорий области принимались специальные решения по данному вопросу. Значительно укрепилась материально-техническая база учреждений родовспоможения и детства. Сдан в эксплуатацию родильный дом в городе Кемерово, на базе которого и многопрофильной детской больницы организован перинатальный центр. Под детскую поликлинику передано административное здание в городе Березовском, под женские консультации в городах Прокопьевск и Новокузнецк [6, л. 8]. На крупных промышленных предприятиях городов Кемерово и Новокузнецка беременные женщины бесплатно получали витамины и препараты железа.

Несмотря на это, особое беспокойство вызывало качество лечебной и профилактической помощи женщинам и детям. Родильные дома, детские поликлиники и стационары, женские консультации из-за плохого уровня оснащения не обеспечивали современного уровня профилактики, диагностики и лечения. Многие детские больницы, поликлиники, родильные дома требовали реконструкции и переоснащения, не укомплектовывались квалифицированными кадрами.

Произошли значительные изменения в обеспечении отрасли медицинским персоналом. Обеспеченность врачами в Кузбассе составляла в 1985 г. 40,7 на 10 тыс. населения (в РСФСР – 44,9 на 10 тыс. населения). Этот показатель продолжал расти в течение следующих пяти лет и в 1991 г. увеличился до 42,3 на 10 тыс. населения, в то время как в среднем по РСФСР этот показатель составлял 34,8 на 10 тыс. населения [4, л. 21].

Однако нельзя говорить о том, что проблема дефицита врачей в области была решена. В связи с тем, что в последние годы в основном все врачи направлялись на укомплектование участков и скорой медицинской помощи, обеспеченность «узкими» специалистами несколько уменьшилась.

В Кемеровской области в период перестройки сложилось крайне тяжелое положение с кадрами средних и младших медицинских работников, что затрудняло оказание медицинской помощи населению.

Острая потребность в кадрах обусловила необходимость поиска путей ее решения и погоню за количественными показателями. Так, внедрялась подготовка среднего и младшего медицинского персонала по ускоренной программе без отрыва от работы в городах, где нет медицинских училищ. В 1985 г. были организованы 7 групп в Топках, Березовском, Осинниках, Междуреченске и Киселевске [2, л. 3]. Несмотря на это показатель обеспеченности населения средним медицинским персоналом оставался низким (рис.).

Главными причинами такой ситуации являлась низкая оплата труда работников здравоохранения в сравнении с другими отраслями народного хозяйства и неразрешенность жилищно-бытовых проблем.

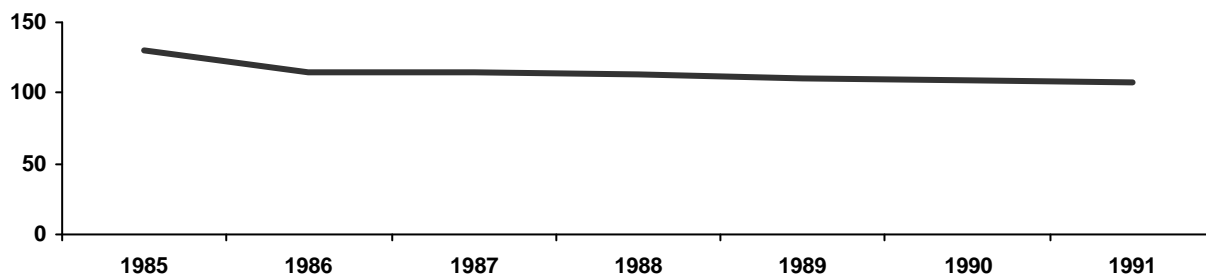


Рис. *Изменение численности медперсонала в Кемеровской области в 1985-1991 гг. \**

\* Составлено по: ГАКО. Ф. Р-864. Оп.1. Д 1303. Л. 6.; Кузбасс. 1992: стат. сб-к, 1993. – С. 52.

Укрепление материально-технической базы послужило основой дальнейшего совершенствования организации медицинской помощи населению, углубления профилактической направленности, внедрения новых форм диспансерного учета. Планирование здравоохранения в стране осуществлялось на основе так называемых представительных характеристик, среди которых главной являлось число больничных коек. В отличие от почти всех остальных отраслей, здравоохранение демонстрировало способность советской экономики, с одной стороны, реализовывать намеченные планы, а с другой – опережать Запад. Так, в 1988 г. в США на 10 тыс. жителей приходилось 51,2 больничных койки, а в СССР – 131,3 больничных койки [10, с. 145]. В тех случаях, когда выполнение планов по расширению коечной сети сдерживалось несвоевременной сдачей новых больниц, решение находилось за счет установки дополнительных коек на ранее имевшихся площадках.

Проблема заключалась, однако, в том, что в технологическом отношении советское здравоохранение было в целом несопоставимо с западным. План по вводу больниц, поликлиник, родильных домов в Кемеровской области выполнялся на 40 – 60 % [6, л. 12]. Медленными темпами проводились реконструкция и модернизация действующих лечебных учреждений. Значительное число больниц, родильных домов, поликлиник, сельских амбулаторий размещалось в помещениях, нуждающихся в капитальном ремонте.

Другим важным вопросом являлась проблема лекарственного обеспечения населения. В конце 1980-х гг. улучшилась совместная работа органов здравоохранения и объединения «Фармация» по определению потребности в лекарственных препаратах, их рационального использования. Для населения отдаленных сел и деревень стало более доступным приобретение медикаментов. Для этих целей организовывалась работа передвижных аптечных пунктов и круглосуточная аптечная служба в районных центрах. Однако следует отметить, что, начиная с 1988 г., в Кемеровской области сложился большой дефицит в лекарственных препаратах. Комиссия при

участии главных специалистов облздравотдела Кемеровской области выявила перебои с обеспечением гормональными препаратами, ферментами, биопрепаратами, сердечными гликозидами [5, л. 8].

В 1987 г. был спроектирован так называемый новый хозяйственный механизм (НХМ), с целью придать большую гибкость и рациональность экономическому поведению учреждений здравоохранения. Эксперимент по использованию НХМ проводили в лечебно-профилактических учреждениях трех областей: Кемеровской, Ленинградской и Самарской. Сметное финансирование в расчете преимущественно на сетевые показатели заменялось образованием так называемых единых фондов финансовых средств, которые формировались в расчете на численность населения, проживающее в зоне обслуживания. Соответствующие ассигнования передавались в распоряжения амбулаторно-поликлинических учреждений, которые выступали в роли так называемых фондодержателей и расплачивались со стационарами за услуги, оказываемые направляемым поликлиникой пациентам. Возросла самостоятельность в оказании платных услуг, развивались договорные отношения, внедрялись новые формы оплаты и организации труда.

Новый хозяйственный механизм во многом оказался несовершенным. Однако он обладал рядом преимуществ, прежде всего простотой и прозрачностью. НХМ благоприятствовал решению одной из наиболее значимых для отечественного здравоохранения задач: удешевлению лечения, в том числе за счет уменьшения числа и продолжительности госпитализаций. Разумеется, такой подход создавал опасность того, что экономия будет достигаться за счет ухудшения качества медицинского обслуживания. Однако, как показывает опыт Самарской и Кемеровской областей, очевидный характер такого рода риска помог успешнее, по сравнению с другими регионами, внедрить контроль качества. В результате внедрения данного механизма выявились значительные резервы сокращения коечного фонда и средней продолжительности госпитализации. За 1988-1991 гг. показатели обеспеченности населения койками снизилось на 26 % в Самарской и 34 % в

Кемеровской области, среднее число дней пребывания больного на койке уменьшилась соответственно на 12,4 и 6 % [11, с. 78].

Механизм внедрения новых форм организации управления здравоохранением в период перестройки не реализовался полностью, поскольку сохранялись прежние условия функционирования социальной сферы и эксперимент не получил дальнейшего развития. Его практически свернули без соответствующей оценки.

Результатом влияния преобразований периода перестройки стало изменение состояния здоровья населения страны. Демографическая ситуация в Кемеровской области в 1985-1991 гг. характеризовалась сначала ростом, а с 1987 г. снижением численности населения. На 1991 г. количество жителей Кузбасса в целом составляло 3180,4 тыс. человек [7, с. 38].

Наибольшие показатели смертности населения зарегистрированы в 1988 г. в городах Тайга (13,2 на 1000 человек), Анжеро-Сужденск (11,4 на 1000 человек), Осинники (11,3 на 1000 человек); в районах – Мариинский (15,3 на 1000 человек), Ленинск-Кузнецкий (13,8 на 1000 человек), Гурьевский (13,7 на 1000 человек) [7, с. 39].

Анализ динамики показателей общей смертности и рождаемости позволил сделать вывод о том, что для Кемеровской области характерны те же особенности, что и в целом для РСФСР: до 1988 г. рождаемость превышала смертность, обеспечивая ежегодно высокий естественный прирост населения. Начиная с 1988 г. и до 1991 г. показатели смертности стали расти, а рождаемости падать.

Структура причин смертности была достаточно стабильна во времени и не претерпела существенных изменений в период перестройки.

Основные причины смертности: сердечно-сосудистые заболевания, новообразования, травмы и несчастные случаи. Наиболее интенсивно в регионе выросла смертность от новообразований. В 1985 г. составляло 14,9 тыс. человек, в 1991 г. – 17,8 тыс. человек [7, с. 42].

В заключение констатируем, что к началу 1990-х гг. социальное развитие Кузбасса, как и в целом страны, было неоднозначным. С одной стороны, осуществлялись разработанные государственные социальные программы, комплексная программа «Здоровье трудящихся Кемеровской области на XII пятилетку» и новый хозяйственный механизм. Однако этого оказалось недостаточно. Многочисленные программы перестройки в основном носили декларативный характер. Отсутствие конкретного механизма реализации провозглашенных задач при-

вело к обратному результату. В стране стали довольно заметно проявляться сомнения в целесообразности «перестройки» и в способности партийно-государственного руководства страны переломить ход событий: оно оказалось неспособным активно влиять на улучшения процесса.

Достигнутые за годы XII пятилетки рост кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения Кемеровской области не привел к качественным сдвигам – улучшению медицинской помощи и профилактической работы. Начали проявляться серьезные недостатки в модернизации материально-технической базы здравоохранения, в обеспечении лечебно-профилактических учреждений современной медицинской техникой, лекарственными средствами. Эти недостатки сказались прежде всего на демографической ситуации в области.

Общая ситуация к началу 1990 г. стала очевидна – государственные лечебно-профилактические учреждения уже не могли обеспечить даже тот недостаточный уровень медико-санитарной помощи населению, который был достигнут до начала перестройки и реформ в стране.

#### Литература

1. ГАКО. Ф. Р-864. Оп. 1. Д. 1262.
2. ГАКО. Ф. Р-864. Оп. 1. Д. 1267.
3. ГАКО. Ф. Р-864. Оп. 1. Д. 1303.
4. ГАКО. Ф. Р-864. Оп. 1. Д. 1336.
5. ГАКО. Ф. Р-864. Оп. 1. Д. 1355.
6. ГАКО. Ф. Р-864. Оп. 1. Д. 1393.
7. Кузбасс. 1992: стат. сб-к. Кемерово, 1993. – 130 с.
8. Лавряшин, Б. В. Анализ структуры хронических патологий рабочих промышленных предприятий Кузбасса / Б. В. Лавряшин, Т. А. Толочко // Проблемы социальной гигиены и организации здравоохранения. Т. 1. – Новокузнецк, 1991. – С. 32 – 33.
9. Материалы XXVII съезда Коммунистической партии Советского Союза. – М.: Политиздат, 1986. – 352 с.
10. Социальное развитие СССР: стат. сб. - М.: Финансы и статистика, 1990. – 398 с.
11. Чубарова, Т. В. Перспективы реформы здравоохранения в России: необходимость новых подходов / Т. В. Чубарова // Проблемы прогнозирования. – 2004. – № 5. – С. 75 – 85.