

- ⁶ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 14. Д. 971. Л. 7.
- ⁷ УАССР: XV лет автономии. Ижевск, 1935. С. 150.
- ⁸ Подсчитано по данным: Государственный архив Свердловской области (ГА-СО). Ф. 1813. Оп. 1. Д. 164, 165.
- ⁹ Уральская новая деревня. 1929. № 12–13. С. 30.
- ¹⁰ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 8. Д. 29. Л. 52.
- ¹¹ Подсчитано по данным: Там же. Оп. 9. Д. 937. Л. 16.
- ¹² Центральный государственный архив общественных организаций Республики Башкортостан (ЦГАООРБ). Ф. 122. Оп. 12. Д. 454. Л. 17; Удмуртия за 15 лет в цифрах. 1921–1935. Ижевск, 1935. С. 158
- ¹³ ГАСО. Ф. 88. Оп. 1. Д. 2952. Л. 229.
- ¹⁴ Там же. Ф. 922. Оп. 1. Д. 178. Л. 5.
- ¹⁵ Там же. Ф. 88. Оп. 1. Д. 2952. Л. 230.
- ¹⁶ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 14. Д. 82. Л. 22.
- ¹⁷ Там же.
- ¹⁸ Колхозный путь. 1937. 6 сентября.
- ¹⁹ Подсчитано по данным: Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. 374. Оп. 8. Д. 20. Л. 8, 32, 58.
- ²⁰ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 12. Д. 17. Л. 245; ОГАЧО. Ф. 288. Оп. 1. Д. 4. Л. 19; Центр Документации Научных Исследований Оренбургской области (ЦДНИОО). Ф. 371. Оп. 1. Д. 22. Л. 22; Удмуртская правда. 1939. 20 января и др.
- ²¹ ГАСО. Ф. 922. Оп. 1. Д. 178. Л. 14.
- ²² Колхозный фронт. 1937. 28 апреля.
- ²³ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 33. Д. 104. Л. 6.

Л. Н. Мартюшов, И. Л. Мартюшова

Развитие здравоохранения на Урале в 1960–1980-е гг.

Здоровье населения является важнейшей социальной проблемой для каждой страны. В Советском Союзе уже в 1920-е гг. была создана высокоэффективная государственная система здравоохранения. Ее основными принципами были государственность, плановость осуществления широкомасштабных оздоровительных мер, бесплатность и доступность медицинской помощи и услуг по профилактике болезней, профилактическая направленность системы здравоохранения, опора на медицинскую науку, отдающую все большие открытия, осуществляя тем самым их апробацию. Не случайно, начиная с 1940-х гг., в разных странах были созданы модели медицины, базирующейся на аналогичных принципах (национализация медицины, системы страховой медицины и др.).

Однако, в середине 1960-х – 1970-е гг. перед здравоохранением встали принципиально новые задачи. Благодаря успехам медицины из причин, определяющих смертность населения, практически ис-

чезли болезни, поддающиеся излечению с помощью иммунотерапии, химиотерапии, массовых хирургических операций. На первое место среди причин смертности вышли такие заболевания, как злокачественные опухоли, сердечно-сосудистые заболевания.

Так, в 1937 г. в г. Свердловске первое место в структуре смертности занимали инфекционные заболевания (36%), второе – болезни органов дыхания (19%), третье – болезни органов пищеварения (13,5%), четвертое – болезни новорожденных (8,3%) и пятое – травмы. В 1959 г. на первое место среди причин смертности вышли болезни сердца (23,7%), на второе злокачественные новообразования (19,5%), на третье – травмы (13,7%), на четвертое – гипертоническая болезнь (10,4%) и лишь пятое место в этом списке занимали инфекционные заболевания (8,9%). И, наконец, в 1979 г. среди причин смертности первое место устойчиво занимали болезни системы кровообращения, сердечно-сосудистые заболевания (58,4%), на втором месте шли злокачественные новообразования (17,6%), а инфекционные заболевания в числе причин смертности отодвинулись на седьмое место¹.

Усугубляло положение и резкое ухудшение экологической ситуации. Форсированная индустриализация привела к загрязнению водного и воздушного бассейна вредными отходами производства. Особенно резко это сказалось на Урале, старейшем промышленном регионе страны, где с середины 1950-х гг. правомерно говорить о всеобъемлющем экологическом кризисе. Ухудшение экономической ситуации вызвало взрывообразный рост заболеваемости населения. К концу 1980-х гг. заболеваемость раком составляла в среднем по стране 129 случаев на 100 тыс. чел. населения, в Семипалатинске (в районе полигона ядерных испытаний) – 186 случаев, а в Челябинской области – 291 случай, а в Карабаше – 338 случаев. Только в результате аварии на комбинате «Маяк» (г. Кыштым) в результате воздействия радиации заболеваемость лейкозами выросла на 41%².

Перед системой здравоохранения встали принципиально новые задачи. Оставшиеся причины смертности находятся в группе принципиально неизлечимых заболеваний, но исход их может быть отдален, отсрочен. Однако это требует качественно иного уровня затрат. Другой вариант, как показали успехи развитых стран (Японии, США, Канады), состоит в обеспечении каждому члену общества оптимального жизненного пути – ведения здорового образа жизни, отказа от дурных привычек и др.

Вся система здравоохранения СССР была ориентирована на задачи предыдущего этапа. Продолжалось экстенсивное ее развитие

– подразумевалось, что все проблемы можно решить за счет роста числа больниц и увеличения обеспеченности населения врачами. За 1960–1980-е гг. обеспеченность населения Уральского региона врачами всех специальностей выросла с 17,3 на 10 тыс. чел. населения в 1960 г.³ до 37,0 на 10 тыс. чел. населения в 1985г.⁴ Обеспеченность населения больничными койками соответственно с 86,9 в 1960 г. до 137,8 в 1985г.⁵

По обеспечению населения врачами и больничными койками СССР превосходил все страны мира⁶. Между тем средняя продолжительность жизни в СССР не только не увеличивалась, но и уменьшалась в 1980-е гг. по сравнению с 1960-ми гг. с 64,6 лет – у мужчин и 73,5 лет – у женщин до 63,5 лет – у мужчин и 73 лет – у женщин. Для сравнения: средняя продолжительность жизни у мужчин и женщин в 1980-е гг. составляла соответственно в Великобритании 72 и 77 лет, в США – 71 и 78 лет, в ФРГ – 71 и 78 лет, во Франции – 72 и 80 лет, в Японии – 75 и 80 лет⁷.

Советское здравоохранение, как и экономика в целом, было ориентировано на экстенсивное развитие. Советские больницы значительно уступали больницам развитых стран по технической оснащенности, по уровню организации работы, по обеспеченности лекарствами. Превосходя США по обеспеченности врачами и больничными койками, СССР во много раз уступал по количеству средств, которые шли на лечение собственно больных. Если в США в конце 1980-х гг. расходы на медицину составляли порядка 458 млрд. долл. в год, то в СССР – лишь 25,3 млрд. руб. Медицинские затраты на одного человека в год в США составляли 1772 доллара, в СССР – около 80 руб.⁸

Причем с ухудшением общей экономической ситуации, в 1970–1980-е гг. все в большей степени утверждался остаточный принцип финансирования социальной сферы. Ассигнования на медицину были явно недостаточны, и их доля в государственном бюджете РСФСР неуклонно снижалась (в 1965 г. она составила 11%, в 1975 г. – 10,9%, в 1985 г. – 9,1%)⁹.

Состояние Уральского здравоохранения наглядно характеризуют результаты выборочного обследования, организованного Госкомстатом СССР в октябре 1988 г. Анализ этих результатов показал, что в Свердловской области 3% поликлиник и 8% стационаров находились в зданиях, построенных до 1918 г., соответственно 6% и 8% – в период 1918–1940 гг., 27% и 30% – в 1941–1960 гг., 44% и 42% – в 1961–1980 гг. и лишь 14% и 9% – после 1980 г. При этом 37% поликлиник и 42% стационаров требовали капитального ремон-

та, каждое десятое здание находилось в аварийном состоянии. Резко ощущалась нехватка медицинских учреждений. В обследованных поликлиниках количество посещений больных составило в среднем 153,5% от плана.

Обследование выявило и крайне низкую оснащенность лечебных учреждений медицинской техникой. Стоимость медтехники в стационарах составила 0,4 тыс. руб. из расчета на одну койку (в два раза ниже, чем по стране в целом). По этому показателю СССР уступал США в 10 раз. Кроме того, большая часть техники устарела: 39% рентгенодиагностических установок в поликлиниках, 45% – в стационарах, 50% электрокардиографов превысили сроки эксплуатации. Вся флюорографическая техника подлежала списанию уже 10 лет назад¹⁰.

В условиях полной бесплатности здравоохранения выделенные ассигнования расходовались крайне нерационально – финансовый контроль за медицинской деятельностью фактически отсутствовал. Не учитывалось, во что обходится лечение больного, диагностические процедуры, сложная операция и т.д. В тоже время, крайне недостаточное внимание уделялось первичной медицинской помощи. Участковые врачи были самым неуважаемым и непрестижным звеном этой системы, как по уровню зарплаты, так и по квалификации. Между тем, в Великобритании и Канаде 80–90% проблем со здоровьем решаются пациентами при первичном посещении врача, и только в 10% случаев их приходится передавать для лечения на уровень специалистов¹¹. Специалисты занимаются только сложными случаями, не тратя время на диспансеризацию и осматривая больше здоровых, чем больных.

Таким образом, административно-бюрократическая система в области здравоохранения в 1960–1980-е гг. оказалась не в состоянии решать новые задачи. Существовавшая система здравоохранения уже не обеспечивала ни доступности, ни справедливого распределения, ни качества медицинских услуг.

¹ *Макеров И.П.* Воспроизводство населения г. Свердловска // В сб.: Особенности демографического поведения городского населения Урала. Свердловск, 1987. С. 51.

² *История Урала: XX век / Под ред. Б.В.Личмана и В.Д.Камынина.* Екатеринбург, 1996. С. 247.

³ Уральский регион в данной работе включает Курганскую, Оренбургскую, Пермскую, Свердловскую, Челябинскую области, Башкирскую и Удмуртскую АССР, то есть – то административное деление, которое существовало на конец 1980-х гг.

⁴ См: Здравоохранение и социальное обеспечение в РСФСР. М., 1972. С. 42–43; Здравоохранение и социальное обеспечение, физкультура и спорт в РСФСР. М., 1986. С. 44–45.

⁵ См: Здравоохранение и социальное обеспечение в РСФСР. С. 83–83; Здравоохранение и социальное обеспечение, физкультура и спорт в РСФСР. С. 22–23.

⁶ В 1987 г. в СССР на 10 тыс. чел. населения приходилось 44 врача, в Австрии – 30, в Великобритании – 18, в США – 27, в ФРГ – 30, ВО Франции – 24, в Японии – 20. Обеспеченность больничными койками на 10 тыс. чел. населения составляла в СССР – 131, в Австрии – 99, в Великобритании – 74, в США – 53, в ФРГ – 108, во Франции – 131, в Японии – 123. См: *Мионов Б.Н.* История в цифрах. Л. 1991. С. 144–145.

⁷ Там же. С. 134.

⁸ См.: *Павлов Б.С.* Социальные проблемы семьи. Свердловск, 1991. Ч. 2. С. 233.

⁹ Народное хозяйство РСФСР в 1975 г. М., 1976. С. 494–495; Народное хозяйство РСФСР в 1985 г. М., 1986. С. 378–379.

¹⁰ *Нифантова Р.В.* Современные проблемы развития здравоохранения Свердловской области на путях его коренной перестройки // В сб.: Сфера услуг: Новые направления и перспективы развития. Свердловск, 1991. С. 25–77.

¹¹ *Кричигин В.И.* Народное здравие: Время решений // В сб.: В человеческом измерении. М. 1989. С. 264.

Л.С.Карамышева

Трудоустройство женщин в Уральском регионе в 1990-е гг.: проблемы и пути решения

К 1990-м гг. со всей очевидностью можно было констатировать складывание системного кризиса централизованного управления экономикой. Данный кризис проявился во всех регионах Урала. Необходимость осуществления реформирования экономики стала очевидной. Однако переход от командно-административной экономики к рыночной оказался весьма болезненным и сопровождался широкомасштабным спадом промышленного производства. Особенно глубоким этот спад был в таких регионах, как Урал, ориентированных на производство продукции тяжелой промышленности для экономики всей страны и, в первую очередь, для военно-промышленного комплекса.

Наибольший уровень спада производства был отмечен в областях с традиционно высокой долей промышленности в хозяйственном комплексе: в Свердловской (глубина спада за 1990-1994 гг. составляла 54,6%), в Челябинской (51,4%), а также Удмуртской Республике (47,7%)¹. Спад промышленного производства на предпри-