

**ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ СОВЕТСКОГО ГОСУДАРСТВА**

**О. В. Степанова**

Алтайский государственный технический университет  
им. И. И. Ползунова, г. Барнаул, Россия

В статье ставится задача рассмотреть исторический опыт организации и развития советской системы здравоохранения в сельской местности в 1945–1960-е годы. На примере Алтая показано, что в годы послевоенных реформ и компании по освоению целины в СССР происходили положительные изменения социальной политики в отношении крестьянства. Но хроническими проблемами сельского здравоохранения юга Сибири оставались бедность материально-технической базы, дефицит квалифицированных медицинских кадров.

**Ключевые слова:** СССР, Алтай, советская социальная политика, история, здравоохранение, медицина.

**THE PROBLEMS OF RURAL HEALTHCARE IN THE ALTAI REGION IN THE POSTWAR PERIOD: THE REGIONAL ASPECT OF THE SOCIAL POLICY OF THE SOVIET STATE**

**O. W. Stepanova**

Altai state technical university, Barnaul, Russia

The article aims to examine historical experience of the establishment and development of the Soviet healthcare system in rural areas in 1945–1960-s. Through the example of Altai region the author distinguishes positive changes in the social policy in respect to peasantry in the period of post-war reforms and virgin and fallow lands reclamation process in the USSR. However there were still some deep-rooted problems in the healthcare system in the South of Siberia: poor infrastructure, qualified healthcare workforce deficiency.

**Keywords:** the USSR, Altai region, Soviet social policy, History, Healthcare, Medicine.

На современном этапе в поле зрения исторической науки попадают и становятся актуальными новые проблемы, в частности, проблемы изучения социальной политики государства. Уровень развития здравоохранения – показатель роста страны в целом и региона в частности, один из важнейших индикаторов общественного прогресса. Вопросы жизнеобеспечения, охраны здоровья людей формулировались на общегосударственном уровне, а решались в практической работе в регионах. Процессы развития системы здравоохранения в Алтайском крае имели те же закономерности, что и в других регионах страны, однако проявлялись они своеобразно. Изучение истории здравоохранения в первые послевоенные десятилетия в отдалённых от центра регионах страны на примере Алтая создаёт возможность более полного представления о региональных аспектах социальной политики власти.

Становление и развитие здравоохране-

ния Алтайского края в довоенный и военный периоды проходило под влиянием следующих факторов: отдалённость от ведущих научно-медицинских центров европейской части страны и Сибири; отсутствие в регионе высшего учебного заведения в области подготовки медицинских кадров; преимущественно сельский состав населения и разбросанность населённых пунктов на обширной территории. В Алтайском крае система здравоохранения не сформировалась в мощный высоко-развитый комплекс по медико-санитарной помощи населению. Алтай характеризовался неразвитостью сети медико-санитарных учреждений, малой обеспеченностью больничными койками, слабостью материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений и хроническим дефицитом квалифицированных кадров. Наиболее отстающим сегментом было сельское здравоохранение. По данным ряда исследований, уровень развития отрасли в Алтайском крае до

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ СОВЕТСКОГО ГОСУДАРСТВА

войны был определён ниже, чем в центральных и некоторых сибирских регионах [1]. Многие реализующиеся в общесоюзном масштабе прогрессивные процессы в системе краевого здравоохранения в довоенный период запаздывали. Военный период в основном усугубил негативные тенденции. В послевоенные годы государство предпринимало экстраординарные меры по преодолению последствий войны для здравоохранительной сферы.

В условиях послевоенного времени вопросы здравоохранения приобретали исключительное значение. Самой тревожной была тенденция к увеличению детской заболеваемости и смертности. В Алтайском крае общая смертность в процентном отношении к 1945 г. составляла: в 1946 г. – 108 %, в 1947 г. – 151 %. Достигнув своего пика в 1947 г., уровень смертности стал постепенно снижаться: по отношению к 1945 г. в 1948 г. он составил 146 %, в 1949 г. – 136 % [2]. Начались поиски быстрых, наиболее эффективных подходов для решения вставших перед здравоохранением задач. Если в первые послевоенные годы (1945–1947 гг.) происходила перестройка работы органов здравоохранения на мирный лад, переориентация на удовлетворение нужд гражданского населения, ликвидация санитарных последствий войны, восстановление довоенной медицинской сети, то уже в конце 1940-х гг. были предприняты первые попытки реорганизации путём объединения амбулаторно-поликлинического и стационарного звеньев сети здравоохранения, упорядочивания их номенклатуры. В Алтайском крае в связи с существенным отставанием в здравоохранительной отрасли первые результаты структурной реорганизации оказались далеки от ожидаемых. Особенно большую тревогу вызывала стабильность в течение пятилетки высокого уровня младенческой смертности. Требовалось проведение качественных реформ в области здравоохранения и осуществление серьёзных материальных вливаний в социальную сферу на общегосударственном уровне. На примере Алтайского края можно видеть ряд противоречивых и тормозящих развитие системы охраны здоровья процессов. Не отвечала возросшим потребностям края материальная база здравоохранения. Отрицательно сказывался на качестве медицинского обслуживания населения большой недостаток коечной сети и врачебных кадров. Сохранялось неблагоприятное положение с заболеваемостью. В середине 1950-х гг. в городах края даже наблюдался подъём инфекционной заболеваемости

[3]. Осознание необходимости улучшения системы уже было, но решить их государство пыталось вначале директивными методами, без учёта наличия ресурсов и возможностей. В первой половине 1950-х гг. становилось всё более очевидным, что в реформировании нуждалась вся социальная сфера Советского государства. Процесс реформирования продолжился на фоне более благоприятных социально-экономических условий, сложившихся после 1953 года. В период хрущёвской «оттепели» были приняты определённые меры по изменению сельскохозяйственного производства, оплаты труда, формированию социальной сферы и пенсионного обеспечения на селе. Власть осознала необходимость изменения социальной политики в отношении крестьянства и делала попытки реформировать её.

Всё большую тревогу на Алтае вызывал сохраняющийся большой разрыв сельского здравоохранения от уровня городского. А между тем в сельском хозяйстве страны и края происходили определённые перемены в связи с началом освоения целины. Целинная кампания послужила импульсом к пересмотру социальной политики по отношению к сельскому населению. Активизировалась и работа сельской медицинской службы Алтая [4].

Освоение целинных и залежных земель на колхозных и совхозных полях Алтая имело место практически во всех сельских районах. В большинстве целинные земли не представляли собой обособленных компактных участков, а осваивались за счет необрабатываемых земель, расположенных вокруг уже существующих населенных пунктов. Массивные участки неосвоенных земель, как правило, явились базой для создания новых совхозов. Но сельское здравоохранение Алтайского края в данный период было не на должной высоте и не соответствовало потребностям целинной компании. В данный период в сельском здравоохранении края типичным было такое положение, когда отдалённые территории оказывались оторванными от квалифицированной медицинской помощи. Проблема доступности медицинского обслуживания сельского населения усугублялась в условиях бездорожья. Медико-санитарная сеть в районах характеризовалась неукомплектованностью квалифицированными медицинскими кадрами, отставанием в развитии материальной базы, невыполнением планов развертывания коечной сети, тяжёлыми материально-бытовыми условиями функционирования лечебно-профилактической сети. Наблюдался большой разрыв в качестве

сельского здравоохранения от городского. Мероприятия по улучшению медико-санитарного обслуживания работников МТС и целинных совхозов в Алтайском крае, как одном из регионов освоения целинных и залежных земель (1953–1956 гг.), потребовали усиления внимания центральных и местных властей к сельскому здравоохранению. Стало очевидным, что сеть медицинских учреждений в районах освоения целинных и залежных земель в подавляющем большинстве не удовлетворяет потребности рабочих совхозов и МТС. В российских регионах в начале 1954 г. из 5361 МТС только 52 % имели сельские больницы в пункте их размещения, 973 МТС (18 %) не имели на территории размещения лечебно-профилактических учреждений. 314 МТС (6 %) имели больницы на расстоянии до 3-х км, 240 МТС (5 %) – на расстоянии 3–5 км, 1032 МТС (19 %) – свыше 5 км. Около 10 % МТС не имели в пункте размещения даже фельдшерско-акушерского пункта. Неудовлетворительно обстояло дело с обслуживанием детей работников МТС яслями. Из 5 361 учтённых МТС только 1 734 (38 %) имели детские ясли в одном населённом пункте [5].

Центральными и местными органами власти был проведен ряд организационных мероприятий, направленных на улучшение медико-санитарного обслуживания лиц, занятых на освоении целинных и залежных земель, среди которых можно выделить постановление Совета Министров РСФСР № 317 от 23 марта 1954 года «О медицинском обслуживании работников машинно-тракторных станций, совхозов и членов их семей в районах освоения целинных и залежных земель», а также распоряжение № 3102-р от 16 июля 1954 года об утверждении плана дополнительного развертывания лечебно-профилактической сети. Согласно им, уже в 1954 году во всех районах освоения целины планировалось развернуть дополнительных учреждений здравоохранения на 2 400 коек и 1 200 коек в детских яслях, в том числе в Алтайском крае – 320 коек в сельских больницах и 140 мест в сельских яслях. Данными распоряжениями была увеличена среднегодовая численность работников соответствующих лечебно-профилактических учреждений на 1 600 человек (по Алтайскому краю – 28 человек). Увеличены ассигнования на приобретение медицинского и хозяйственного оборудования на 6 000 тыс. рублей (по Алтайскому краю – 783 т. руб.). Дополнительно в 1954 году развертывалось 285 фельдшерско-акушерских пунктов в районах освоения це-

лины (в Алтайском крае – 31) [6].

В то же время, эффект от роста сети учреждений здравоохранения нивелировался нехваткой квалифицированных кадров медицинских работников, дефицитом медикаментов, современного оборудования и элементарным отсутствием помещений для стационаров.

Освоение целинных и залежных земель и создание новых совхозов обострило кадровый вопрос в здравоохранении Алтайского края. Необходимо было срочно принять меры, чтобы приблизить квалифицированную врачебную помощь к людям сельского труда, найти более рациональные формы снижения и профилактики заболеваемости и сельского травматизма целинников. Кроме того, изменялась и организация работы медицинской службы на селе. Была поставлена задача постановки работников МТС, механизаторов, животноводов на всеохватывающий диспансерный учёт. С началом целинной кампании вошли в практику регулярные выезды городских врачебных бригад в сельские районы. Это позволило в значительной степени улучшить медицинское обслуживание сельского населения. Сельские медицинские учреждения пополнялись квалифицированными специалистами, приехавшими по пропагандистскому призыву из других областей страны. Для обеспечения населения края квалифицированной медицинской помощью по специальному постановлению правящей коммунистической партии и советского правительства в августе 1954 года в Барнауле был открыт медицинский институт. 1 октября 1954 года первые 250 студентов лечебного факультета приступили к занятиям.

Прибытие новосёлков в целинные совхозы и МТС потребовало от органов местной исполнительной власти и органов здравоохранения большего внимания к вопросам санитарного надзора. Следует указать, что, несмотря на ряд принятых отделом здравоохранения Алтайского края мер по улучшению медико-санитарного обслуживания рабочих мест МТС и совхозов, санитарное благоустройство усадеб МТС и совхозов, в большинстве организованных наспех, продолжало оставаться на низком уровне. Апрельский (1954 г.) пленум крайкома КПСС потребовал от бюро крайкома, крайисполкома, райкомов партии и райисполкомов, директоров МТС, совхозов принять решительные меры по созданию нормальных бытовых условий и трудоустройству молодёжи, прибывающей в край на освоение целинных земель [7]. Сложную ситуацию с жильём в июле 1954

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ СОВЕТСКОГО ГОСУДАРСТВА

года рассмотрел III пленум крайкома КПСС, включивший в повестку дня вопрос «О жилищном строительстве в МТС и совхозах края и о культурно-бытовом устройстве механизаторов». Здесь было отмечено, что в большинстве МТС не были созданы необходимые жилищно-бытовые условия для механизаторов [8]. Вопрос о санитарном состоянии и благоустройстве населенных мест Алтайского края обсуждался на одном из краевых совещаний, проводившемся в декабре 1955 года с участием различных ведомственных организаций. На краевых совещаниях отмечались недостаточная организация в общественного питания, водоснабжения, отсутствие типовых складских помещений, ледников для хранения продуктов, прачечных в совхозах и МТС. В 1956 г. потребовалось принятие специального решения исполкома краевого Совета депутатов трудящихся «О мерах улучшения санитарного благоустройства населенных мест края», согласно которому намечался ряд неотложных мероприятий по улучшению медико-санитарного обслуживания благоустройства населенных мест во вновь организованных совхозах и в МТС края с целью улучшения здоровья и поднятия производительности труда работников, занятых на освоении целинных и залежных земель в Алтайском крае.

Таким образом, вопросы улучшения жизни, быта сельских тружеников обсуждались центральными и местными органами власти, но решались они медленно и противоречиво. Социальная политика на селе по-прежнему осуществлялась по остаточному принципу даже в годы целинной компании. Основными недостатками в организации работ по медицинскому обслуживанию населения в районах освоения целины были следующие:

- отсутствие типовых помещений для развёртывания новых больниц, яслей, фельдшерско-акушерских пунктов;
- неудовлетворительное санитарное состояние общежитий, рабочих мест в МТС и совхозах;
- некомплектованность врачами и средними медицинскими работниками;
- плохое диспансерное обслуживание рабочих МТС и совхозов в районах освоения целинных земель;
- недостаточный санитарный надзор за строительством посёлков новых совхозов, за санитарным состоянием жилищно-бытовых объектов, водоснабжением и питанием работников МТС и совхозов в районах освоения целинных и залежных земель.

В целом, большинство проблем здравоохранения в эти годы решалось в экстренном порядке, как не терпящие отлагательства, но это зачастую мешало качественному выполнению работ. В то же время, централизм имел и положительные стороны, если прямое государственное перераспределение средств направлялось в сторону существенного роста материально-технической базы здравоохранения, медицинских кадров, а также сглаживания разницы в медицинском обслуживании горожан и сельских жителей, сглаживания региональных различий.

Одним из примеров такого прорыва в здравоохранении края, связанного с прямым вмешательством центрального руководства с неожиданным внеплановым решением, была история с созданием в Алтайском крае медицинского института (1954 г.) [9]. Интересно, что другим прорывом в развитии здравоохранения края в эти же годы стала инициатива на местном уровне, направленная на усовершенствование организационных основ построения сельского звена здравоохранения, связанная с ликвидацией в Смоленском районе Алтайского края в 1955 г. районного отдела здравоохранения как лишнего элемента управления районной сетью медико-санитарных учреждений. Перестройка организационного характера в районном звене сельского здравоохранения с 1955–1956 гг., после одобрения советско-партийных органов и Министерства здравоохранения, начала осуществляться в качестве эксперимента по всему Алтайскому краю, а затем по всей стране [10]. Реорганизация 1955–1956 гг., как и целинная кампания, усиливала внимание медицинского сообщества к проблемам сельского здравоохранения. В 1953–1959 гг. в крае был осуществлён комплекс практических мероприятий по улучшению санитарно-профилактической работы, по совершенствованию структуры низового, районного и краевого аппарата органов здравоохранения. Приоритетом в политике здравоохранения наряду с развитием системы медицинского обслуживания промышленных рабочих, теперь стало и медицинское обслуживание работников колхозов и совхозов на селе.

Конец 1950-х – начало 1960-х гг. характеризовался постепенным перемещением акцента на развитие стационарной и специализированной помощи. Необходимо отметить, что тенденции качественного совершенствования сферы здравоохранения, завершение формирования комплексной и стройной системы охраны здоровья населения составила наиболее привлекательную сторону социаль-

ных реформ 1950–1960-х годов. Централизация государственного руководства политикой здравоохранения в стране, комплексное планирование на общесоюзном уровне, применение единых принципов и подходов к региональным системам здравоохранения, как показывает изучение процессов в здравоохранительной сфере на примере Алтайского края, способствовало постепенному сглаживанию региональных различий. Именно в послевоенное двадцатилетие было преодолено затянувшееся хроническое отставание здравоохранения Алтайского края, как и ряда других западносибирских регионов, сближение со среднероссийскими показателями. Приоритетами в политике здравоохранения стали: совершенствование медицинского обслуживания промышленных рабочих и работников колхозов и совхозов на селе, расширение сети медицинских учреждений, развитие системы охраны здоровья женщин и детей. На данном этапе развития сыграли свою позитивную роль количественный рост сетевых показателей здравоохранения Алтая. Значительное развитие в крае получило аптечное дело. Постепенно расширялась и реформировалась аптечная сеть, лекарственное обеспечение было приближено к сельскому населению. В итоге изучаемого периода наметились положительные сдвиги в ряде показателей, характеризующих здоровье населения. По мере того, как под контроль были поставлены экзогенные (инфекционные, паразитарные и др.) причины заболеваемости, начиная с 1950-х гг. и до 1965 года происходило устойчивое снижение уровня смертности населения, как общей, так и в особенности младенческой, что является важным показателем усилий государства в социальной и здравоохранительной сфере. Сложившаяся на рубеже 1950–1960-х гг. в стране и в Алтайском крае ситуация в области соотношения рождаемости и смертности населения была одной из наиболее благоприятных в XX веке для естественного прироста населения [11]. В этот период в крае отмечается резкое снижение заболеваемости полиомиелитом, дифтерией, коклюшем, корью, практически исчезла оспа, малярия, сибирская язва, трахома. Но одновременно возросла доля заболеваний, обусловленных эндогенными, неинфекционными факторами – так называемая «новая патология» (заболевания системы кровообращения, онкологические заболевания, аллергические и др.). Но это изменение структуры заболеваемости в стране обходили вниманием и, при необходимости, упоминали вскользь, не акцентируя. Совет-

ское общество, не имея всей правдивой информации о демографических процессах в стране, порой плохо понимало глубинный смысл происходивших в здравоохранении и в состоянии здоровья населения перемен. Система здравоохранения, как на общесоюзном, так и на региональных уровнях, не среагировала адекватно и не перестроилась на борьбу с «новыми» патологиями. Несмотря на провозглашенный на рубеже 1950–1960-х гг. приоритет специализации медицинской помощи, в алтайской системе здравоохранения данное направление развивалось с трудностями и отставаниями в отдельных отраслях. Успехи в охране здоровья населения были скорее переоценены. Но при этом незамеченным оставался факт начавшейся стагнации уровня ожидаемой продолжительности жизни. Новая обстановка требовала новых научно-методических подходов, требовала более глубоких реформ здравоохранения ещё на рубеже 1950-х – 1960-х годов. Считается, что в тех условиях смена вех и основных направлений в развитии здравоохранения могла бы быть осуществлена естественно и относительно безболезненно. Однако, в данный период на пике достижений и успехов в здравоохранении, был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения можно было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиска новых форм и методов работы всех звеньев здравоохранения. Это не было сделано, что позднее (в 1970–1980-е гг.) предопределило накопление ряда негативных явлений в отрасли. Консервированная откровенная ориентация на количественные (экстенсивные) показатели приводила к противоречивости реализации политики здравоохранения в регионах, что наблюдалось в здравоохранительной отрасли в Алтайском крае.

Таким образом, изучение исторического опыта развития системы охраны здоровья сельского населения на примере Алтайского края в 1945 – середине 1960-х гг. показывает, что это был один самых сложных, противоречивых и, вместе с тем, один из самых успешных периодов в истории развития здравоохранения страны и региона в XX веке.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Степанова, О. В. Здравоохранение в Алтайском крае в 1945 – середине 1960-х гг.: анализ исторического опыта: дис. канд. ист. наук. – Барнаул, 2008.

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В ПОСЛЕВОЕННЫЙ ПЕРИОД: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ СОВЕТСКОГО ГОСУДАРСТВА

2. Динамические ряды по численности и естественному движению населения по Алтайскому краю. Л. 2–3 // Текущий архив Алтайского территориального органа Федеральной службы госстатистики; Григоричев, К. В. Динамика населения и миграционные процессы в Алтайском крае: сер. 1940-х – конец 1980-х годов: дис...канд. ист. наук. – Барнаул, 2000. – 224 с. С. 97; 60 лет Алтайскому краю. Юбилейный статистический сборник. – Барнаул, 1997. – С. 28.

3. ГААК АК. Ф. Р. 726. Оп. 3. Д. 168. Л. 20.

4. Степанова, О. В. Мероприятия по улучшению медицинского обслуживания работников МТС, совхозов в районах освоения целинных и залежных земель Алтайского края (1953–1956 гг.) // Актуальные проблемы региональных исследований: сборник научных и научно-методических трудов преподавателей, аспирантов и студентов кафедры региональной истории Алтайского государственного технического университета. Выпуск VI. – Барнаул: Изд-во АлтГТУ, 2006. – 264 с. – С.183–192.

5. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). – Ф.А-259. О. 7. Д. 4430.

Л. 57.

6. ГАРФ. Ф.А-259. О. 7. Д. 4430. Л. 57.

7. Алтайская правда. – 1954. – № 81. – С.1.

8. ГААК. ФП 1. О.97. Д. 10. Л. 74–77.

9. Долгие годы край просил у центра открытия института, но безрезультатно. И только визит Н. С. Хрущева, развернувшаяся компания по освоению целины, отмашка руководства в 1954 г. привела к этому долгожданному решению.

10. ГААК АК. Ф. Р. 834. Оп. 6. Д. 952. Л. 239; Там же. Ф. Р. 726. Оп. 5. Д. 32. Л. 9.

11. 60 лет Алтайскому краю: юбилейный статистический сборник. – Барнаул, 1997. – С. 28; Народное хозяйство Алтайского края за 50 лет Советской власти. Стат. сб. – Барнаул, 1967. – С. 8.

**Степанова Оксана Владимировна** – кандидат исторических наук, доцент кафедры «История Отечества»

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный технический университет им. И. И. Ползунова» (АлтГТУ), г. Барнаул