

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ МЕДИЦИНСКИХ НАУК  
Научно-исследовательский центр «Медицинский музей»

*На правах рукописи*

УДК 614.2 (574.2)

**СВИРИДОВА Людмила Ефимовна**

**ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ  
РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНЫ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В СЕВЕРНОМ КАЗАХСТАНЕ (XVIII-XX вв)**

**07.00.10 — История науки и техники  
(история медицины и здравоохранения)**

**Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Москва 1993 г.**

Работа выполнена в Целиноградском государственном медицинском институте и Алма-Атинском государственном медицинском институте им. С. Д. Асфендиарова Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор **М. Б. Мирский**  
доктор медицинских наук, профессор **А. Р. Чокин.**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Э. Д. Грибанов**  
доктор медицинских наук **Н. А. Григорьян**  
доктор медицинских наук **В. С. Преображенская**

Ведущая организация:

Московская медицинская академия им. И. М. Сеченова

Защита диссертации состоится  
«21» декабря 1993 г. в 10<sup>00</sup> часов на заседании  
Специализированного Совета Д 001.42.01 при Научно-исследовательском центре «Медицинский музей» Российской Академии медицинских наук (129010, г. Москва, Сухаревская пл., 3, корп. 1).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИЦ «Медицинский музей» РАМН.

Автореферат разослан «15» сентября 1993 г.

Ученый секретарь Специализированного совета, кандидат медицинских наук  
**Ю. А. Шилинис.**

Музей истории медицины  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Инв. № 1755

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования определяется необходимостью изучения и обобщения опыта развития медицины и здравоохранения в суверенном государстве - Республике Казахстан. Годы гласности создали новую идейно-политическую ситуацию, что и дало возможность свободного изучения и обсуждения различных проблем прошлого и настоящего. Объективный анализ и использование накопленного за два с половиной века опыта развития медицины и здравоохранения в различных географических, экономических и социальных регионах Казахстана помогает созданию научных основ национальной программы строительства системы охраны здоровья населения Казахстана на современном этапе и в перспективе.

Работа актуальна в плане показа становления, развития и совершенствования межнациональных отношений на примере деятельности отдельных функционеров, учреждений и органов здравоохранения Северного Казахстана.

Изучение указанной проблемы необходимо также и с точки зрения переосмысления исторических событий, фактов, личностей, отказа от подходов, порождавших искажение истории и стремление вписать ее в прокрустово ложе идеологизированных схем, когда очень скромно говорилось о достижениях в области охраны здоровья населения в дореволюционный период и, вместе с тем, безудержно восхвалялись успехи здравоохранения советского периода, но уналчивалось о его недостатках.

Исследование важно ввиду большого экономического и культурного значения одного из пяти крупных экономико-географических регионов Казахстана - Северного, три области которого: Акмолинская (Целиноградская), Кокчетавская и Северо-Казахстанская расположены на территории бывшего Среднего жуза Казахского ханства, занимаемая площадь в 137,5 тыс. кв. км, где в 1991 году проживало 2165200 человек.

Хронологические рамки работы охватывают 250-летний период от 1740 года (подписание документа о добровольном присоединении части Казахского ханства - Среднего жуза - к России) до создания суверенного государства - Республика Казахстан в декабре 1991 года.

Цель исследования - дать объективную, с современных позиций, историю развития медицины и здравоохранения в Северном Казахстане, поскольку на формировании и развитии медицинского обслуживания региона отразились особенности административно-хозяйственного управления территориями северных земель Казахстана в различные исторические периоды. В соответствии с этим в работе поставлены следующие задачи:

- определить исторические периоды и основные направления медицинского обслуживания населения региона;
- выявить причины успехов и неудач в медицинском обслуживании населения региона в годы Советской власти, проанализировать показатели здоровья и медицинского обслуживания населения на различных этапах социально-экономического развития Северного Казахстана;
- изучить и осветить вклад российских медиков в развитие медицинской помощи и науки в регионе;
- показать роль Целиноградского медицинского института в процессе подготовки врачей и повышения их квалификации, в усовершенствовании деятельности медицинских учреждений и развитии науки в регионе.

Материалы и методы исследования. Основную источниковедческую базу исследования составили архивные документы и материалы, содержащие сведения о развитии здравоохранения, о демографии и заболеваемости населения, о деятельности медицинских работников в Северном Казахстане. Использованы фонды Центрального Государственного архива Октябрьской революции, Центрального государственного исторического архива Казахстана, Государственных архивов Омской, Оренбургской, Целиноградской ( ныне Акмолинской ), Кокчетавской и Северо-Казахстанской областей ( всего использовано 473 единицы хранения ).

Использованы также материалы официальных статистических сборников, вышедших в дореволюционный и советский периоды ( в том числе недавно открытые данные ): Обзоры Акмолинской области за 1885-1915 гг., Памятные книжки Акмолинской области на 1887-1916 гг., Отчеты о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1903-1912 гг., Статистические ежегодники России, обзоры народного хозяйства СССР и Казахстана, материалы переписей населения, статистические материалы Министерства здравоохранения Казахстана и СССР.

Использованы материалы периодической печати дореволюционного и советского

периодов, законодательные акты, касающиеся вопросов здравоохранения, материалы съездов и конференций.

Многие из этих источников впервые вводятся в научный оборот. Применен исторический метод исследования, проведен историко-медицинский и историко-литературный анализ, а также библиографический и историко-архивный поиск. Для получения характеристик здоровья и медицинского обслуживания населения использованы методы социально-гигиенического и статистического исследования.

Методологической основой работы явились труды отечественных историков медицины, социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения, программные документы по вопросам совершенствования и развития народного хозяйства, в том числе и здравоохранения.

Научная новизна исследования. Комплексного, всестороннего изучения истории медицины и здравоохранения в одном из крупнейших регионов - Северном Казахстане - не проводилось. Выбор регионального подхода для историко-медицинского исследования оправдан тем, что как и в дореволюционном периоде, так и в годы Советской власти, территория современного суверенного государства - Республики Казахстан - подразделялась на крупные экономико-географические зоны, имевшие различную специфику социально-культурного развития, в том числе и медицинского обслуживания. Только в одном из регионов - Западном Казахстане, было проведено комплексное, углубленное изучение истории здравоохранения (С.Х. Душианов, 1992). История этого вопроса в Северном Казахстане нашла лишь фрагментарное отражение в работах, посвященных различным аспектам организации медицинской помощи в дореволюционном и советском периодах (Ю.И. Ласков, 1911; С.Б. Неицов, 1911, М.М. Виленский, 1928; Р.И. Самарин, 1958; Н.О. Сеньков, 1962; А.Б. Бисенова, 1965; С.Х. Субханбердин, 1965; Б.Н. Палкин, 1967; А.П. Задорожный, 1972; Ж.Т. Кударов, 1973; А.Р. Чокин, 1975 и др.).

Диссертация является, по существу, первым обобщающим историко-медицинским исследованием, воссоздающим с позиций современного подхода целостную картину развития медицины и здравоохранения в Северном Казахстане за последние 250 лет.

В работе впервые достаточно подробно рассматриваются и объективно оцениваются зарождение и развитие различных форм медицинского обслуживания населения Северных областей Казахстана, от появления первых постоянных квалифицированных работников в лице российских военных медиков (1752) до создания национальной программы Республики Казахстан по охране здоровья народа (1992).

Для данного региона, с учетом особенностей социально-экономического раз-

вития, мы внесли коррективы в традиционно сложившуюся в стране периодизацию истории отечественной медицины и здравоохранения, выделив следующие периоды: I - развитие медицинского обслуживания населения в Северном Казахстане в составе России ( 1740 - апрель 1921 ); II - от вхождения региона в состав Казахской АССР до начала Великой Отечественной войны ( 1921 - 1940 ); III - годы Великой Отечественной войны ( 1941 - 1945 ) и первые послевоенные годы ( 1946 - 1953 ); IV - годы освоения целинных и залежных земель ( 1954-1970 ); V - преобразования в условиях агропромышленного комплекса, урбанизации и перехода на новые условия хозяйствования ( 1971 - 1991 ).

На материалах региона показано, что в первом периоде в медицинском обслуживании населения следует выделять три этапа: эмпирический ( до 1752 г. ); медицинской помощи в системе военного ведомства, Министерства внутренних дел, Управления земледелия и землеустройства и Управления путей сообщения ( 1752 - 1918 ); создания органов здравоохранения на местах, объединивших функции медицинских учреждений всех ведомств ( 1918 - 1920 ).

В освещении советского периода наибольшее внимание уделяется 1918 - 1940 годам, так как именно в эти годы происходило становление советского здравоохранения, внедрялись в практику его основные принципы, определившие как позитивные, так и негативные стороны развития здравоохранения в последующем.

В диссертации впервые показана роль врачей различных национальностей в создании основ здравоохранения в крае, определены достижения и недостатки в этой области, проанализирована роль Целиноградского медицинского института в решении проблем медицинской науки и практического здравоохранения в Северном Казахстане.

Проведенное исследование позволило развенчать ряд устоявшихся представлений и стереотипов по поводу достижений в области здравоохранения на фоне замалчивания негативных явлений, произвольного обращения с фактами, тенденциозности, искаженного изображения событий в угоду догматическим идеологическим постулатам.

Научно-практическая значимость. Анализ полученных данных и выводы использованы для прогнозирования медицинского обслуживания населения региона на ближайшие годы. Диссертация может стать составной частью обобщающего труда по истории медицины и здравоохранения в Казахстане, создание которого в новых условиях является важной задачей. Материалы и выводы диссертации восполнили пробел в историко-медицинской литературе Казахстана о развитии медицинского обслуживания населения одного из крупнейших регионов республики за длительный ис-

торический период ( 1740 - 1991 гг. ).

Исследование имеет научное, научно-педагогическое и социально-культурное значение. Опубликована монография "Вглядись в пройденное. Из истории здравоохранения и медицины Северного Казахстана", ( М.; 1990. - 174 с. ). Материалы исследования использованы в преподавании истории медицины и организации здравоохранения в медицинских вузах Казахстана, в процессе деонтологического, патриотического и интернационального воспитания студентов, включены в изданный на казахском и русском языках "Курс лекций по истории медицины", получили практическое применение в публикациях, научно-экспозиционной работе архивов и музеев, использованы при подготовке Казахской советской энциклопедии.

#### ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. Вхождение Среднего жуза Казахского ханства в 1740 г. в состав России, последовавшие затем военное и крестьянское освоение его территорий, использование природных богатств предопределили пути и формы развития системы медицинского обслуживания населения этого большого и самобытного края.
2. С самого начала развития здравоохранения в регионе существовала тесная связь с народами России и других республик, особенно - с медиками, оказывавшими постоянную помощь в лечении больных, подготовке кадров, улучшении материально-технической базы здравоохранения, в квалифицированной лечебной и научной помощи учреждениям здравоохранения, внедрении научных достижений в практику.
3. В формировании здоровья населения региона первостепенную значимость имели массовые миграционные процессы населения и преобладание аграрного сектора.
4. Несмотря на высокие темпы развития здравоохранения на территории Казахстана в годы советской власти, уровень медицинской помощи населению постоянно отставал от потребностей. Последние годы обнажили серьезные недостатки в здравоохранении и показали необходимость перехода на новые экономические методы управления. В регионе этот процесс проходит очень медленно, на фоне непрерывного ухудшения здравоохранения и показателей здоровья населения. Причинами этого служат резкое снижение и без того невысокого уровня жизни основной массы населения, падение производства, разрыв традиционных связей ( как на территории бывшего Союза ССР, так и международных ).

Апробация работы. Материалы диссертации доложены: на заседании кафедры социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины Алма-Атинского государственного медицинского института им. С.Д.Асфендиарова (ноябрь 1992); на некафедральном заседании в Целиноградском институте (декабрь 1992); на конференции отдела истории медицины и здравоохранения НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.А.Сенашко РАМН (февраль 1993); на заседании Ученого совета НИЦ "Медицинский музей" РАМН (май 1993).

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, списков использованной литературы и архивных источников. Общий объем работы составляет 448 страниц (338 страниц текста). Список литературных источников включает 776 наименований, список использованных архивных документов - 473 единицы хранения. Всего в работе 40 таблиц, 24 фотоматериала, 13 диаграмм, 3 карты региона. В приложении диссертации приведены документы, подтверждающие внедрение результатов исследования в практику и отзывы на монографию.

#### СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во Введении обосновывается актуальность темы, определены цели и задачи исследования, его научная новизна и практическая значимость, приводятся основные положения, выносимые на защиту, хронологические рамки, периодизация и структура работы.

Первая глава посвящена обзору литературы по истории медицины и здравоохранения Северного Казахстана; дается характеристика источниковедческой базы, включая архивные материалы.

Во второй главе проанализировано состояние медицинского обслуживания населения в Северном Казахстане с 1740 по апрель 1921 гг. Содержатся данные о традиционной казахской медицине, показано, что, несмотря на значительное присутствие элементов демонологии, мистики и суеверий, в ней содержалось много рациональных, эмпирически проверенных веками методов лечения и гигиены.

Первые медицинские работники в крае обслуживали войска, расположенные на территории крепостей Пресногорьковской линии и в казачьих станицах. Необходимость проведения противозидемических мероприятий и оказания медицинской помощи способствовали формированию сети медицинских учреждений для обслуживания войск, чиновников окружных приказов, некоторой части коренного населения, нестроевого казачьего населения и работающих на присаках (схема № 1).



В работе показана дислокация первых медицинских учреждений, приведены установленные имена работающих в крае медиков. Особенностью в организации медицинской помощи населению в этот период являлось то, что до 1854 г. руководство медицинской частью военного и гражданского населения находилось в ведении дивизионного доктора, а затем областного врача. Первым областным врачом стал выпускник Московской медико-хирургической академии С.Т.Чучкин, полностью посвятивший свою деятельность ( с 1827 по 1865 гг. ) медицинскому обслуживанию населения Западной Сибири и Северного Казахстана.

Дальнейшее формирование сети медицинских учреждений для гражданского населения связано с введением в 1868 г. уездного деления ( схема № 2 ). Из пяти уездов вновь образованной Акмолинской области с центром в г. Омске, четыре были на территории Северного Казахстана: Акмолинский, Атбасарский, Кокчетавский, Петропавловский. Независимо от территории и численности населения, в каждом уезде были утверждены по одной должности уездных врачей, фельдшеров и акушеров. Из регионов Казахстана первоначально только в Акмолинской и Семипалатинской областях была создана волостная медицинская организация, заботившаяся о подготовке медицинских кадров из лиц казахской национальности. Систематическая подготовка фельдшеров из казахов была начата с открытием центральной Омской фельдшерской школы ( 1878 ), а в конце 80-х годов казахские юноши получили право на поступление в университеты. После 1883 г. в областях Степного генерал-губернаторства были введены должности врачей для комендировок, открыты уездные, казачьи больницы и приемные покои для лечения казахского населения. В Акмолинской, Семипалатинской и Семиреченской областях - первых из областей Казахстана - в 1897 г. был введен прогрессивный по тем временам участковый принцип медицинского обслуживания. Раньше, чем в других переселенческих районах, в Акмолинском переселенческом районе, занимавшем в Западной Сибири второе место по числу прибывших "крестьян-переселенцев" были открыты медицинские учреждения для крестьян: фельдшерские пункты ( 1901 ) и врачебные переселенческие пункты ( 1907 ).

Для обслуживания работающих на ветке Сибирской железной дороги "Омск-Петропавловск" в 1906 г. были открыты лечебные учреждения путей сообщения. Таким образом, медицинская сеть на территории Акмолинской области с 1906 г. находилась в четырех ведомствах: военном, внутренних дел, земледелия и путей сообщения.

В главе показана динамика роста медицинских кадров и стационаров, исчислены показатели обеспеченности населения и дан сравнительный анализ. С 1868 по 1915 гг. в Акмолинской области число врачей увеличилось с 8 до 54 ( в 6,8 ра-

за ), фельдшеров - с 22 до 121 ( в 5,5 раза ), а акушерок - с 8 до 35 ( в 4,4 раза ). Рост показателей обеспеченности медицинскими кадрами был значительно ниже: врачами с 0,20 до 0,34, фельдшерами - с 0,58 до 0,70 на 10000 населения, а акушерками - с 0,40 до 0,50 на 10000 женщин. В 1890 г. в области было всего 6 больниц на 80 коек, а в 1915 - 90 больниц на 688 коек; обеспеченность койками составила в 1915 г. 4,0 на 10000 населения. Лучшей доступностью медицинского обслуживания была в Омском и Петропавловском уездах. Установлено, что инфекционные и паразитарные заболевания составляли 42,0 - 45,0% от всех зарегистрированных случаев болезней. Высокие показатели рождаемости ( 33,2 - 43,0 ) и смертности ( 23,6 - 29,1 ) на 1000 населения, низкая средняя продолжительность жизни ( 27,5 - 30,0 лет ), приводили к быстрой смене поколений и относительно невысокому естественному приросту населения.

Омское медицинское общество, организованное в 1883 г., сыграло большую роль в проведении санитарно-статистических исследований, повышении профессионального уровня врачей, совершенствовании форм организации медицинской помощи населению Западной Сибири и Северного Казахстана. Создание в Омске первых в Сибири телятника для получения оспенного детрита ( 1886 ) и дифтерийной станции ( 1895 ) способствовали борьбе с такими страшными заболеваниями, как натуральная оспа и дифтерия. Значительный вклад в борьбу с эпидемиями, в развитие медицины и здравоохранения, изучение санитарного состояния, развитие международных отношений в крае внесли и сильные медики ( К.А.Белиловский, Д.А.Бекариков, Л.А.Кузнецов и др. ).

В годы, связанные с установлением Советской власти, территория Северного Казахстана оставалась в составе Западной Сибири ( декабрь 1917 - апрель 1921 ). Формирование советских органов и учреждений здравоохранения в регионе шло в начале под руководством Сибревкома, а затем народного комиссариата здравоохранения РСФСР ( схема № 3 ). Главной задачей этого периода являлась борьба с эпидемиями, особенно - с паразитарными тифами.

Медицинские работники края в эти труднейшие годы показали образцы гражданственности, не было отмечено случаев саботажа. Особенно следует отметить вклад врачей И.Петрова, В.В.Петровского, А.М.Ивановского, П.Кобылина, Ф.И.Благовещенского и др. Многие из них возглавляли медико-санитарные отделы. Как нам удалось установить, уже при назначении руководящих кадров уездных отделов здравоохранения, появился характерный впоследствии принцип подбора кадров по партийной и социальной принадлежности, даже в ущерб квалификации.

В третьей главе представлены материалы о состоянии медицинского обслуживания населения региона в 1921-1940 гг. (схемы № 4 и 5). Согласно решению Президиума ВЦИК об образовании в составе Киргизской (Казахской) республики Акмолинской губернии с центром в г. Петропавловске, все медицинские учреждения и персонал Петропавловского, Кокчетавского, Акмолинского и Атбасарского уездов были переданы из Омской области в ведение народного комиссариата здравоохранения Казахской АССР (25.04.21 г.). Тяжелейшая санитарно-эпидемическая и экономическая обстановка, осложнившаяся голодом (1921-1922), сказывалась и на финансировании медицинских учреждений: значительная доля расходов на содержание медико-социального дела была возложена на весьма скромные местные бюджеты. Это привело к резкому сокращению лечебной сети: в Акмолинской губернии в 1922 г., в сравнении с 1921 г. число больниц уменьшилось на 55,0%, коек - на 40,0%, фельдшерских пунктов - на 62,2%. Сократились штаты прививок, домов матери и ребенка, аптек.

Материалы исследования показали, что созданная в 20-е годы система общественной медицины с едиными принципами, но с плюрализмом форм, методов и источников финансирования (государственные, местные средства, страховой фонд и коллективное содержание), позволила остановить процесс сокращения лечебной сети и кадров и перейти к решению вопросов их восстановления и расширения.

В 1921-1928 гг. (схема № 4), помимо формирования бюджета, основное внимание уделяется санитарно-противоэпидемической работе, кадровому обеспечению, лечебной помощи, особенно в сельской местности, борьбе с социальными болезнями, вопросам охраны материнства и детства.

Для кочевого населения создавался новый тип медицинских пунктов - подвижные отряды и "красные юрты", персонал которых не только оказывал медицинскую помощь, но и проводил противоэпидемическую и санитарно-просветительную работу среди казахского населения.

К концу 1927 г., как следствие социальной политики, проводимой обществом и государством, нанесли некоторые сдвиги в состоянии здоровья населения: ликвидированы массовые вспышки сыпного тифа, холеры, сократились заболеваемость и смертность от острозаразных болезней.

В период с 1928 по 1940 годы продолжалась работа по совершенствованию и расширению приоритетных направлений, наметившихся в 20-е годы, но на более высоком уровне (схема № 5).

Особое внимание уделялось формированию санитарно-эпидемической службы, работа которой сыграла важную роль в улучшении медико-санитарного обслуживания населения, санитарного состояния городов и сел, общежитий, учреждений общест-

венного питания и др. Но в Северном Казахстане отмечено отставание в развитии службы: в 1940 г. было всего пять санитарно-эпидемических станций - три в Акмолинской и две - в Северо-Казахстанской областях ( нынешняя Кокчетавская область до 1944 г. была в их составе ). В снижении заболеваемости малярией, сиппий тифом, туберкулезом, сифилисом, грибковыми заболеваниями и др. большую роль сыграли создаваемые научно-исследовательские институты в Казахстане: санитарно-бактериологический ( 1925 ), кожно-венерологический ( 1931 ), туберкулеза ( 1932 ), здравоохранения и гигиены ( 1931 ). В отдаленных районах, лишенных медицинской помощи, продолжали работать экспедиционным методом медицинские бригады.

Особую актуальность приобрела проблема подготовки врачебных кадров. Открылся Казахский медицинский институт ( Алма-Ата, 1931 ). Для подготовки средних медицинских работников в 1928-1929 гг. в Петропавловске были организованы девятимесячные курсы сестер по переработанной программе лекпоновских школ; в 1929 г. началась подготовка рентгентехников и помощников врачей, а в 1930 г. - создано медицинское училище. Кроме того, развивалась сеть краткосрочных курсов: эпидемиологических, санитарных, венерологических и др.

Произошли значительные положительные сдвиги в обеспеченности населения Северного Казахстана медицинской помощью: с 1926 по 1940 гг. обеспеченность врачами увеличилась с 0,5 до 3,5 на 10000 населения; фельдшерами - с 0,9 до 6,5; число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений возросло с 25 до 149, фельдшерских - с 66 до 320. В 1926 г. было всего 23 больницы на 580 коек, обеспеченность койками составляла 4,9, а в 1940 - уже 87 больниц, 4014 коек, обеспеченность - 39,4 на 10000 населения. Несколько расширился объем медицинской помощи при социальных болезнях: работало пять противотуберкулезных диспансеров и 4 кожно-венерологических, большой объем помощи оказывала детская трахотазная больница на 238 коек. Открылись первые санатории ( 4 на 1235 мест ) и дома отдыха ( 7 на 699 мест ).

По сохранившимся в архивах разрозненным отчетам о работе лечебных учреждений, справкам, письмам, а также при сопоставлении материалов переписи населения 1926 и 1939 гг., мы пришли к выводу, что в эти годы имели место процессы отрицательного естественного прироста населения. Точное число жертв голода и болезней не установлено и по сегодняшний день; только среди казахского населения оно составляло около 1 млн. 750 тыс. или 42% всех казахов республики в те годы. За период с 1926 по 1939 гг. население Казахстана увеличилось лишь на 19 тыс. человек ( с 6074,0 до 6093 тыс. ), в основном за счет контингента прибывших на стройки из других республик, а число сельского населения - уменьшилось

( с 5559,0 до 4404,0 тыс. ).

Среди обратившихся за медицинской помощью преобладали лица с инфекционными паразитарными болезнями, являвшимися и основными причинами смертности населения.

Изучение архивных материалов позволило вернуть из забвения имена медицинских работников, оставивших заметный вклад в строительство здравоохранения края, в том числе репрессированных: А.М.Павлин, Н.Т.Исаев ( репрессирован ), Д.М.Убугунов ( репрессирован ), Н.А.Гогниев ( репрессирован ), К.И.Фахрутдинов, Л.В.Купицкая, Х.И.Азгут-Пискун и др.

В четвертой главе рассматривается деятельность органов здравоохранения и медицинских работников в военные и послевоенные годы ( 1941-1953 гг. ).

Работа лечебных учреждений в 1941-1945 гг. имела свою специфику, поскольку в дополнение к обычным, добавились новые задачи: развертывание лечебных учреждений нового для региона типа - специализированных тыловых госпиталей; обеспечение санитарно-эпидемического благополучия в условиях значительного прироста населения; медицинское обслуживание работающих на предприятиях оборонной промышленности и др. ( схема № 6 ).

В областях Северного Казахстана была создана сеть специализированных эвакуационных госпиталей: глазной, нейрохирургический, психоневрологический, для раненых с повреждениями грудной клетки и легких, с челюстно-лицевыми повреждениями, отоларингологический. В эвакуационном госпитале г. Петропавловска, развернутом на базе физиотерапевтического института, широко применялись физиотерапевтические методы лечения. На базе госпиталей апробировались новые методы лечения, предложенные учеными Казахстана ( А.Н.Сызганов, А.П.Полосухин, В.В.Зикеев, И.И.Сиверцев, В.И.Ильин-Какуев и др. ), использовались местные лекарственные растения, широко применялся кунис. В госпиталях работали медики, эвакуированные из оккупированных районов страны. Профессор Л.К.Богущ внедрил в госпиталях Кокчетова такие оперативные методы лечения, как торакопластика, френикоалкоголизация и др. Старший научный сотрудник С.Г.Петровский, под руководством академика Л.С.Штерн, проводил научные исследования по лечению шока, столбняка, отравлений цианадами, применению электростимулирующих методов.

Большое число медицинских работников были участниками войны, отмечены боевыми наградами. Среди них В.И.Быковский, удостоенный звания Героя Советского Союза и М.П.Смирнова, награжденная орденом Ленина и удостоенная награды Лиги Международного Красного Креста - медали имени Флоренс Найтингейл.

Одной из главных задач медицинской службы была забота о санитарно-эпиде-

миологическом благополучии края. Координацию этой работы осуществляла чрезвычайная эпидемическая комиссия во главе с Т.Т.Тажимаевым, созданная при СНК Республики. Подобные комиссии создавались и при областных Советах депутатов трудящихся. В Северные области Казахстана, помимо эвакуированных и беженцев, было направлено значительное число лиц, принудительно переселенных (репрессированные народы): с сентября 1941 по май 1942 гг. - немецкое население из Поволжья, с октября 1943 г. по июль 1945 г. - карачаевцы, калмыки, чеченцы, ингуши, балкарцы, "оуновцы", семьи из Литвы. Такое переселение продолжалось до 50-х годов.

Уже в 1942 г. отмечался рост инфекционной заболеваемости, а в 1944 г. наступило угрожающее положение по сыпному тифу в Северных областях Казахстана (Актолинской, Кокчетавской, Павлодарской, Северо-Казахстанской и Кустанайской). Повысилась заболеваемость коклюшем, дифтерией, токсической диспепсией, ветряной оспой, скарлатиной, паратифами и другими заболеваниями. Отмечался дефицит противодифтерийной сыворотки, оспенного детрита, была недостаточна серопрофилактика кори и др. Активизировалась работа по борьбе с туберкулезом, кожно-венерическими болезнями, налярией. В результате на территории Северного Казахстана не было допущено крупных эпидемий, а вспышки сыпного типа в 1942 и 1944 гг. были ликвидированы.

В годы войны особое внимание уделялось обслуживанию рабочих эвакуированных и созданных оборонных предприятий и работе по охране материнства и детства. Был создан новый тип детских учреждений - ясли с круглосуточным дежурством персонала, стационары, санаторные группы дифференцированного обслуживания детей и др.

В 1945-1953 гг. (схема № 7) были сделаны попытки серьезных реорганизационных преобразований в системе медицинской помощи городскому и сельскому населению: объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами, разукрупнение участков, реорганизация сельских врачебных участков, расширение аптечной сети; под пристальным вниманием находились вопросы охраны материнства и детства.

К 1950 г., в сравнении с довоенным 1940 г., улучшилась обеспеченность медицинской помощью. В крае работало 768 врачей или в 2,1 раза больше, чем в 1940 г.; обеспеченность врачами на 10000 населения составила по областям: Актолинская - 6,9, Кокчетавская - 6,0, Северо-Казахстанская - 7,6 (по Казахстану - 9,0, по СССР - 14,0). Численность среднего медперсонала увеличилась в 1,2 раза. Число больничных коек составило 5,2 тыс., что было в 1,2 раза больше, чем в

1940 г. Самый высокий показатель обеспеченности койками был в Северо-Казахстанской области - 47,8, в Акиолинской - 45,7, в Кокчетавской - 44,8 ( по Казахстану - 51,0, в СССР - 55,0 ) на 10000 населения, то есть уровни обеспеченности были ниже, чем в среднем по Казахстану и чем требовалось населению.

Сохранялись выраженные различия в доступности медицинской помощи городскому и сельскому населению: в городе число врачей на 10000 населения составило в Акиолинской области 7,8, в Кокчетавской 10,8, в Северо-Казахстанской - 11,3, а в сельской местности соответственно 2,2, 2,9, 3,7. В каждой области имелась санитарная авиация. В 1950 г. открылись областные больницы в Петропавловске и Кокчетаве.

В то же время практически не строились новые типовые здания лечебных учреждений, а имевшиеся были мало мощными, старыми и переуплотненными. Мощность районных больниц была 33-45 коек, Петропавловская областная больница была на 100 коек, а Кокчетавская - на 75. Повсеместное объединение больниц с поликлиниками, а также районных больниц с санитарно-эпидемиологической службой не всегда обеспечивало рациональные и эффективные формы работы и нередко носило формальный характер.

После завершения восстановительного периода, начиная с 50-х годов, несмотря на увеличение сумм, выделяемых на здравоохранение, их доля от государственного бюджета резко сократилась: в Казахстане в 1950 г. ассигнования на охрану здоровья составили 15% от всего государственного бюджета, а в 1953 г. - 5,3%.

В пятой главе анализируется состояние медицинского обслуживания в регионе в 1954-1970 гг. Основными направлениями в работе медицинских учреждений в эти годы в областях Северного Казахстана, как и в стране в целом, были санитарно-эпидемическая работа и совершенствование всех видов лечебно-профилактической помощи ( схема № 8 ).

Особенностью являлось то, что в эти годы в регионе были самые высокие темпы развития здравоохранения, обусловленные освоением целинных и залежных земель и одновременно происходившими процессами дальнейшего развития промышленности и урбанизации. Для приближения к населению квалифицированной помощи в районах освоения целинных земель приходилось срочно создавать широкую сеть лечебных учреждений; для этого был применен метод поэтапного развертывания медицинских учреждений. В районы освоения целинных земель только в 1954 г. было 376 выездов бригад высококвалифицированных специалистов, приехало на работу 189 врачей и 1235 средних медицинских работников. Активизировалась работа по сани-

тарному обслуживанию сельского населения, для чего при областных СЭС были созданы отделы вирусных инфекций, постоянно действующие отряды по борьбе с туляре- мией и бруцеллезом. В борьбе с кожно-венерическими болезнями широко применялся экспедиционный метод обслуживания сельского населения.

Но показатели обеспеченности населения медицинской помощью были низкими. В Целинном крае ( 1961- 1965 гг. ) преобладающее большинство лечебных учрежде- ний было мало мощными, размещалось в непригодных помещениях. В сельской местности практически не было ни одного типового здания; 62% участковых больниц были мощностью до 15 коек; из 65 ЦРБ мощность до 50 коек была в 24 ( 37,0% ).

В регионе ниже среднереспубликанского был уровень обеспеченности населе- ния койками ( 94,1 - 103,6 ) и врачами ( 10,5 - 13,0 на 10000 населения ); 12,3% районных больниц не имели терапевтов, 7,7% - хирургов, 15,4% - педиатров, 20, 0% - акушеров гинекологов, 30,5% - фтизиатров, 70,5% - дермато-венерологов и 24,6% - санитарных врачей. Укомплектованность врачами участковых больниц сос- тавляла всего лишь 20,5%. Отмечались вспышки туберкулеза, бруцеллеза, туляре- нии, вирусного гепатита, оставалась высокой заболеваемость дифтерией, дизенте- рией, трахомой, кожными и венерическими заболеваниями. Младенческая смертность составляла 40,0 на 1000 родившихся живыми. Из 100 родов на селе 20-30 проходили на дому. Острый дефицит кадров вызвал необходимость открытия 26.10.1964 г. пя- того медицинского ВУЗа в республике - в г. Целинограде ( до 1961 г. - г. Акмо- линске ).

В годы восьмой пятилетки ( 1966 - 1970 ) усилилось внимание к строитель- ству объектов здравоохранения в Казахстане, на что израсходовано 165,5 млн. руб. Укрепляется база областных больниц, улучшается деятельность отделений экстренной и планово-консультативной помощи. Большое внимание уделяется системе внебольничного обслуживания. Совершенствуются передвижные формы медицинского обслуживания сельского населения ( врачебные амбулатории, клиничко-диагностиче- ские лаборатории, рентгено-флюорографические установки, стоматологические каби- неты и др. ). Увеличивается мощность областных, городских, районных и участко- вых больниц. Это, в свою очередь, способствовало созданию специализированных отделений, развитию реанимационно-анестезиологической и других служб. Большое внимание уделяется вопросам материнства и детства. Однако не были решены проб- лемы организации специализированной помощи детям и сельскому населению. Благо- даря проведению комплексных мероприятий по профилактике инфекционных заболева- ний изменился тип патологии: чаще других регистрировались болезни органов дыхания, несчастные случаи, отравления и травмы и болезни нервной системы и ор-



Схема № I

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ  
В СЕВЕРНОМ КАЗАХСТАНЕ  
В 1741-1868 гг

ВОЕННОЕ  
НАСЕЛЕНИЕ

АДМИНИСТРАТИВНО-  
ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ  
ФОРМИРОВАНИЯ

ГРАЖДАНСКОЕ  
НАСЕЛЕНИЕ

Лекари и  
подлекари  
Лазареты в  
крепостях  
Старшие и мла-  
дшие лекари  
в полках  
(1805)  
Петропавловс-  
кий госпиталь  
(1798)

Пресногорь-  
ковская укреплен-  
ная линия (1752-  
1822)  
Дивизионный  
доктор

Народные лекари

Окружные  
лазареты  
Полковые  
лекари и  
фельдшеры  
Госпитали,  
лазареты,  
полугоспита-  
ля  
Санитарные  
фельдшеры в  
полках (1805)

Округа Омской  
области  
(1822-1854)  
Штаб-лекарь

Окружные врачи  
Оспенный комитет (1831)  
Подготовка оспенных  
учеников-казахов (с 1831)  
Окружные повивальные  
сабки (1837)  
Оспопрививатели из  
казахов  
Больницы на приисках в  
Кокчетавском и Акмолинско-  
м уездах (с 1842 г)

Омский воен-  
ный госпи-  
таль и фельд-  
шерская школа  
при нем (1850)

Округа  
области Сибирс-  
ких казахов (1854-  
- 1868)  
Областной врач

Аптека при областном  
враче  
Фельдшерские ученики  
для казахских волостей  
Гражданская больница в  
Петропавловске (1864)  
Участковые фельдшера и  
врачи для настрогового  
казацкого населения

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В  
АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ в 1869-1917 гг.

УЕЗДНАЯ  
МЕДИЦИНА  
Областной  
врач  
(1869-1897)

Управление  
Министерства  
внутренних  
дел

Уездные врачи, фельдшеры, акушерки  
Волостные фельдшеры для казахского населения  
Оспенные ученики и оспопрививатели  
Городские и уездные аптеки  
Центральная фельдшерская школа (1878)  
Приемные покои для казахского населения (1883), уездные фельдшеры  
Больница для душевнобольных (1883)  
Войсковая повивальная школа (1888)  
Медицинские участки для казахского населения (1894)  
Омское медицинское общество (1885)  
Дифтерийная станция (1895)  
Врачи при учебных заведениях (1896)

УЧАСТКОВЫЙ  
ПРИНЦИП  
МЕДИЦИНСКОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ  
Областной  
врач  
(1897-1918)

ВЕД.М-ВА:  
МВД, Управление  
земледе-  
лия, Управле-  
ние путей  
связи

Участковые врачи, фельдшеры и акушерки  
Уездные врачи, фельдшеры и акушерки  
Волостные и уездные казахские фельдшеры и оспопрививатели  
Кровати для родоразмещения (Омск, Истропавловск, 1898)  
Переселенческие фельдшерские (1901) и врачебные (1907) пункты  
Учреждения путей сообщения (1906)  
Создание самостоятельных фельдшерских пунктов (1910)  
Реорганизация участковых и переселенческих врачебных участков (1911)  
Разукрупнение участков (1916)  
Введение должностей санитарных врачей (1903), переселенческий Акмолинский Санитарный совет (1907)  
Введение врачебных должностей в станциях (1906)  
Фабричные и приисковые врачи (1907)  
Предоставление мест для обучения казахских юношей в Томском (1889) и Казанском (1894) университетах и в Военно-медицинской академии

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ В 1917-1921 гг.

МЕДИКО-САНИТАРНЫЙ ОТДЕЛ при Совете Омской области  
УЕЗДНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ ОТДЕЛЫ при уездных Советах (дек. 1917 - июнь 1918)

С И Б В Д Р А В  
при Собрании уездных Комитетов  
Коллегии уездных Комитетов (сент. 1919 - сент. 1920)

ОМСКИЙ ГУБЕРНСКИЙ ОТДЕЛ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
Уездные отделы здравоохранения ( снт. 1920 - апр. 1921)

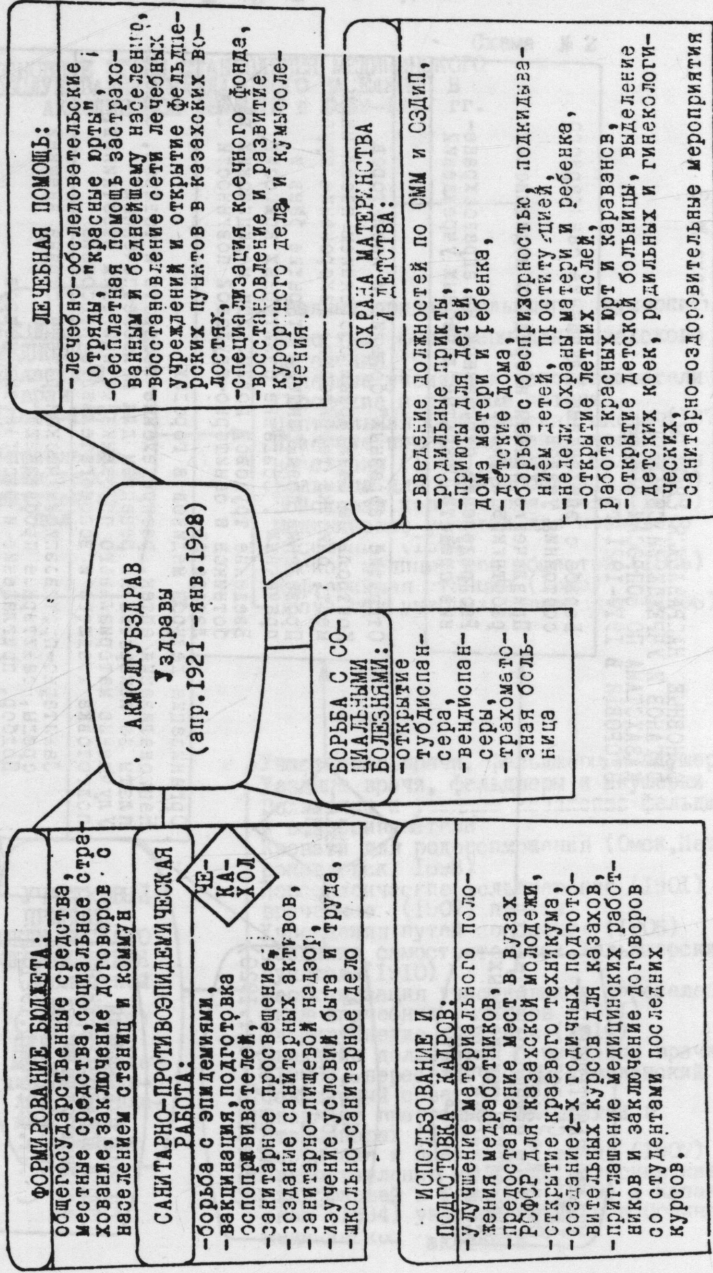
ЧЕКА-ТИФ

Борьба с эпидемиями. Улучшение санитарного состояния уездов  
Привлечение врачей и средних медицинских работников к работе  
Распределение ослупенных на здравоохранение средств. Открытие лечебных учреждений

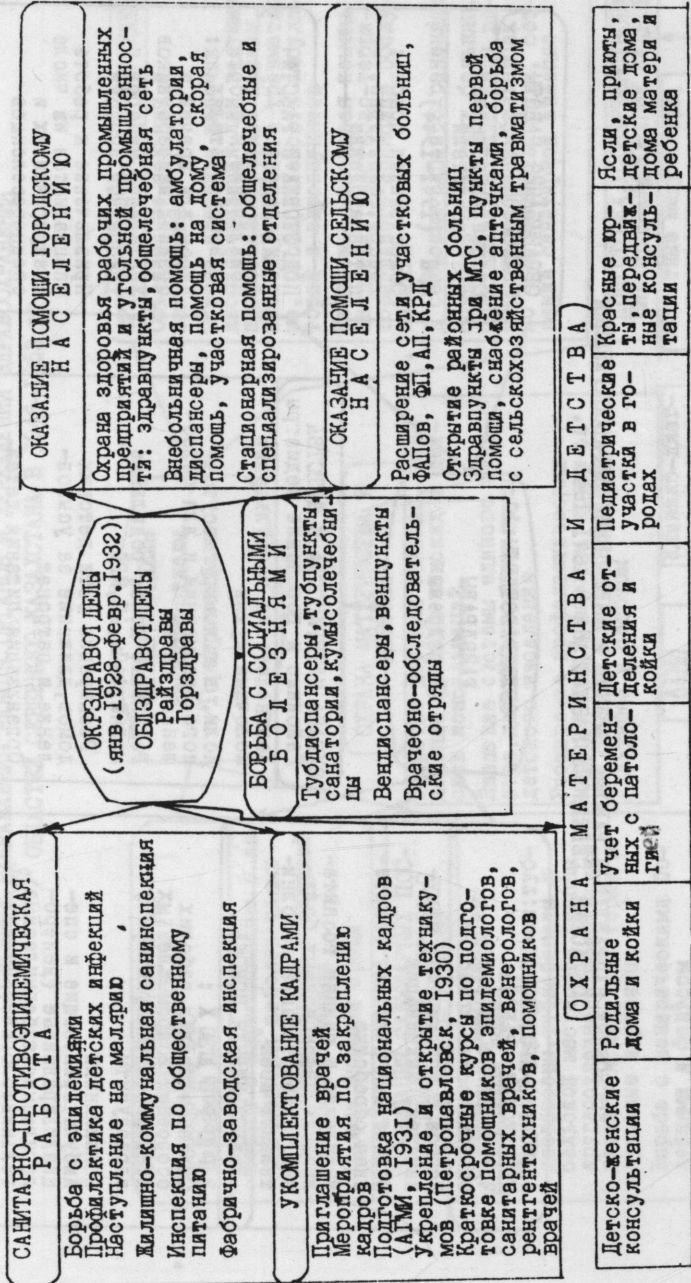
Открытие "заразных" больниц и изоляторов  
Контроль за санитарным состоянием населенных мест, очистки территорий, захоронение трупов  
Проведение дезинфекции, открытие бань и прачечных. Создание санитарных комиссий  
Введение трудовой повинности медицинских работников и санитарно-трудовой повинности для лазаретов

Организация помощи больным в городах  
Национализация аптек, распределение лекарств и товаров, отмена платы за лекарства по рецептам для малобюджетных учреждений  
Улучшение материального положения медицинских работников, подготовка младшего и вспомогательного персонала  
Санитарно-гигиеническая работа, охрана внешней среды, санитарное проведение Подбор, приращение и расстановка кадров  
Мероприятия по открытию детских пунктов в казахских волостях. Организация детских приютов, снабжение детей питанием и одеждой

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОЙ АКАДЕМИИ КАЗАХСКОЙ ГУБЕРНИИ В 1921 - 1928 гг.



ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ СРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНИЕНИЯ  
ОБЛАСТЕЙ СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА В 1928-1940 гг.

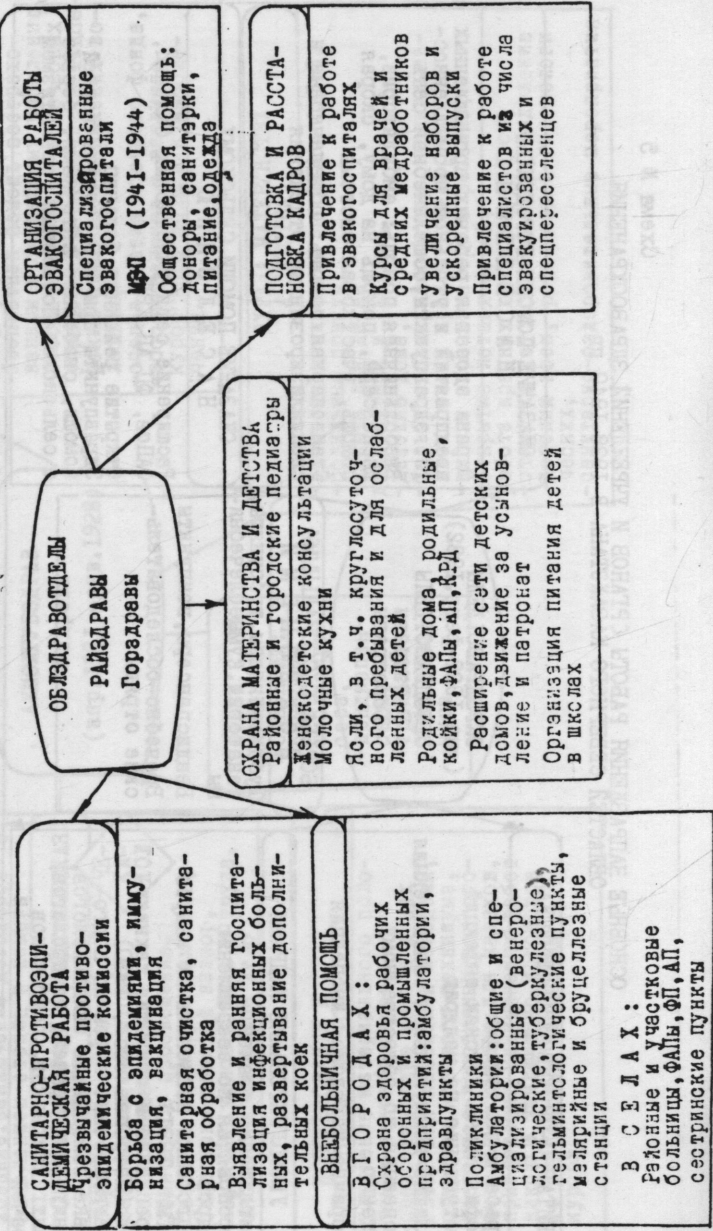


ОКРЗДРАВПУНКТЫ  
(январь-1928-февраль-1932)  
ОБЛЗДРАВПУНКТЫ  
Райздравы  
Горздравы

БОРЬБА С СОЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ  
Тубдиспансеры, тубпункты, санатория, курмысолечебницы  
Вендиспансеры, венпункты  
Врачебно-обследовательские отряды

Схема № 6

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ОБЛАСТИ СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА В 1941-1945 гг.



**ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПОМОЩЬ**

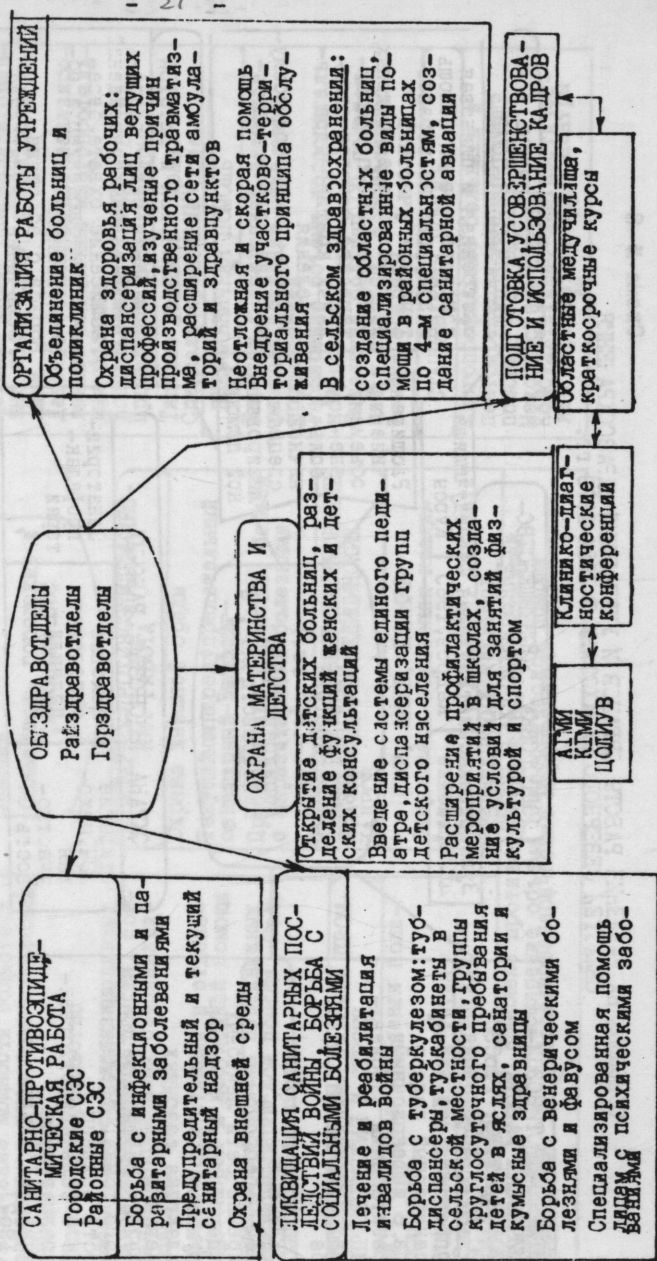
**В Т О Р О Д А Х :**  
Схрана здоровья рабочих оборонных и промышленных предприятий: амбулатории, здравпункты

Поликлиники  
Амбулатории: общие и специализированные (венеро-логические, туберкулезные)

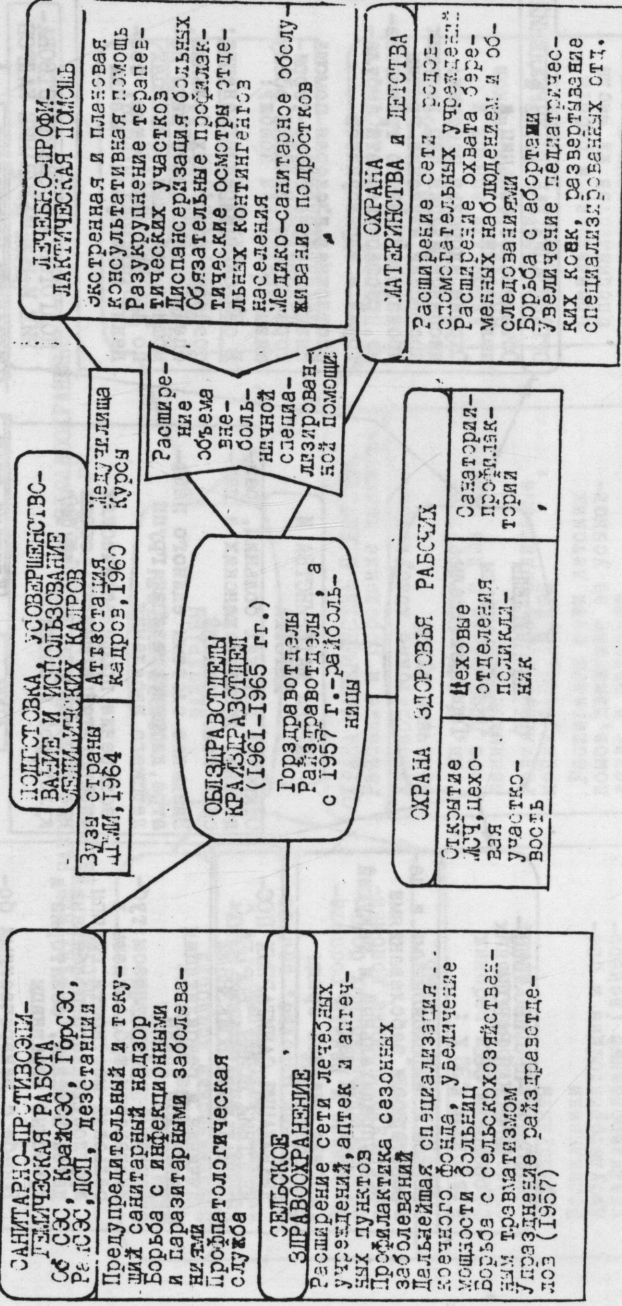
Гельминтологические пункты, малярные и бруцеллезные станции

**В С Е Л А Х :**  
Районные и участковые больницы, фалы, фп, ап, сестринские пункты

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ОБЛАСТЕЙ СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА В 1946-1953 гг.



**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНИТЕЛЬНОЙ СЛУЖБЫ СЕВЕРНОЙ КАЗАХСТАНА В 1964-1970 гг.**





ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАБОТЫ ОРГАНОВ И УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНИЕНИЯ  
ОБЛАСТЕЙ СЕВЕРНОГО КАЗАХСТАНА В 1971-1985 гг.

<p>ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ</p>	<p>ОБЛАСТНЫЕ, ГОРОДСКИЕ И РАЙОННЫЕ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРА- НЕНИЕМ</p> <p>Областные, городские и районные СЭС</p>	<p>ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА</p>
<p>Увеличение мощности областных, районных и участковых лечебных учреждений</p> <p>Типовое строительство</p> <p>Расширение специализированных видов медицинской помощи, соз- дание межрайонных специализи- рованных центров</p> <p>Организация станций и отде- лов скорой и неотложной помощи</p> <p>Расширение объема передвижных видов медицинской помощи. Сель- ские профилактории</p>	<p>САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕС- КАЯ РАБОТА</p> <p>Охрана внешней среды</p> <p>Текущий и предупредительный санитарный надзор</p> <p>Профилактика анфекций, борьба с паразитарными болезнями</p>	<p>Детские сады, специализирован- ные ясли, сады, школы, поликли- ники</p> <p>Детские больницы, специализиро- ванные отделения многопрофиль- ных больниц</p> <p>Консультации "Семья и брак"</p> <p>Профильные фии, кафедры</p> <p>Типовые родовые дома</p> <p>Специализированные приемы</p>
<p>ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРОМ- ПРЕПРИЯТИЙ И СТРОЕК</p> <p>МСЧ, цеховые отделения поли- клиник</p> <p>Улучшение условий труда</p> <p>Санатория-профилактория</p> <p>Наркомунити</p> <p>БОРЬБА С СО- ЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ</p>	<p>ПОДГОТОВКА УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ</p> <p>ЦУМИ, АМУВ, ЦОЛИУВ</p> <p>факультеты повышения квали- фикации</p> <p>Медицинские училища, факультет средних медицинских</p> <p>Комплекс противотуберкулезных мероприя- тия расширена в объеме онкологической помощи Противотуберкулезная</p>	<p>ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПОМОЩЬ</p> <p>Переход к ежегодной диспансе- ризации, создание отделений профилактики</p> <p>Расширение объема догоспиталь- ной помощи</p> <p>Выделение больниц СП, подстан- ций и станций, специализиро- ванные бригады</p>
<p>СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ</p> <p>Многоподольные больницы и центры специализированной помощи</p> <p>Межобластные центры консультации, диагностичес- кие и реабилитационные центры</p>	<p>ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРОМ- ПРЕПРИЯТИЙ И СТРОЕК</p> <p>МСЧ, цеховые отделения поли- клиник</p> <p>Улучшение условий труда</p> <p>Санатория-профилактория</p> <p>Наркомунити</p> <p>БОРЬБА С СО- ЦИАЛЬНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ</p>	<p>СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ</p> <p>Многоподольные больницы и центры специализированной помощи</p> <p>Межобластные центры консультации, диагностичес- кие и реабилитационные центры</p>

Схема № 10

ПЕРСПЕКТИВЫ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
ДО 2000 ГОДА

УПРАВЛЕНИЕ ФАКТОРАМИ, ФОРМИРУЮЩИМИ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Глобальная национальная стратегия государства в деле охраны здоровья народа

- дифференцированное регулирование ресурсного обеспечения на трех уровнях: президентстве, глав администраций и местных районных структур;
- программное финансирование приоритетных направлений;
- экономическая ответственность государства, работодателей и самих граждан за здоровье;
- программа по охране окружающей среды

КОНКРЕТНАЯ ПОЛИТИКА С УЧЕТОМ СИЛ И СРЕДСТВ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- дифференцированное распределение бюджетных средств и расчет финансирования на I этапе в зависимости от уровня материально-технической базы здравоохранения бюджетных ассигнований, состояния здоровья и половозрастного состава населения, экономического состояния и социальной инфраструктуры региона

ПЕРЕВОД МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В ТОВАР В РЕАЛИЗАЦИИ КОТОРОГО ДЕЙСТВУЮТ РЫНОЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ

- переход к многоукладности собственности в медицине;
- переход на медицинское страхование и развитие муниципального здравоохранения;
- утверждение гарантированного минимума объема медицинской помощи;
- сочетание социального медицинского страхования за счет государственного бюджета и страхования за счет работодателей

- СВЯЗИ С ВОЗ И МЗ ДРУГИХ ГОСУДАРСТВ

## В У П Р А В Л Е Н И И С И С Т Е М Ы З Д Р А В О О Х Р А - Н Е Н И Я

- Децентрализация системы здравоохранения и экономическая самостоятельность медицинских учреждений;
- Внедрение принципов демократизации;
- Максимальное самоуправление коллективами;
- Максимальная ответственность всех органов власти за достигнутый уровень здоровья;
- Договорные отношения между местной властью и системой здравоохранения.

## РЕФОРМЫ В ОТРАСЛИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

## В С Т Р У К Т У Р Е З Д Р А В О О Х Р А Н Е Н И Я

- Усиление роли первичной медико-санитарной помощи населения, организация центров здоровья, финансируемых из муниципальных средств;
- Оказание специализированной и квалифицированной стационарной помощи за счет страховых взносов;
- Оказание помощи в межрайонных, областных республиканских специализированных центрах и НИИ, финансировать из фондов здоровья всех уровней.

## В Ф И Н А Н С И Р О В А Н И И

- Отказ от остаточного принципа финансирования;
- социальная защита маломужского населения;
- страхование трудящихся работодателями;
- полная хозяйственная самостоятельность медицинских учреждений;
- полное финансирование муниципального здравоохранения за счет местного бюджета;
- передача собственности государства в кол. собственность медицинских работников

## В И Н Ф О Р М А Ц И О Н Н О М О Б С Л О Ж Е Н И И:

- компьютеризация;
- создание единого информационного пространства по всей республике;
- индивидуальные электронные карточки каждого кителя, единые коды факторов и классификаторы по учету эффективности затрат здравоохранения; обмен информацией в межсекторальных отношениях

## В К А Д Р О В О Й П О Л И Т И К Е:

- развитие и формирование врача общего профиля;
- рост обслуживаемого персонала не-медицинского профиля (инженеры, программисты, техники, экономисты и др.);
- изменение послевузовской подготовки врачей;
- введение программы социальной защиты медиков;
- максимальное стимулирование профессионального роста работников здравоохранения;
- регулирование уровня заработной платы в зависимости от результативности и эффективности деятельности м/работ

ганов чувств. У детей инфекционные и паразитарные заболевания оставались на втором месте после болезней органов дыхания. Данные о заболеваемости населения в сочетании с уровнями общей, детской смертности и их причинами, позволяют утверждать, что в начале семидесятых годов в регионе сформировался промежуточный тип патологии ( характерный для экономически недостаточно развитых стран ).

В шестой главе показано ( схема № 9 ), что в 70-80-е годы большое внимание уделено развитию сети амбулаторно-поликлинических учреждений, улучшению их оснащенности лечебно-диагностическим оборудованием; расширена внебольничная специализированная помощь, создается служба реабилитации; проводится укрупнение территориальных участков и первоочередное укомплектование их врачебными кадрами. Получает дальнейшее развитие профилактическое направление и диспансерный метод. Значительные преобразования происходят в сельском здравоохранении: большое внимание уделяется строительству и укрупнению областных и районных больниц, реорганизации бесперспективных сельских участковых больниц во врачебные амбулатории, а в ряде случаев - ФАПы, увеличению мощности оставшихся участковых больниц. В 1991 г. в областях Северного Казахстана средняя мощность больниц, расположенных в городах, составила 631,4-849,5 коек, центральных районных больниц - 204,0-258,0 коек, участковых 28,0-36,0 коек. Обеспеченность койками на 10000 населения составила 138,7-158,9, что было несколько выше среднереспубликанского уровня ( 135,4 ). На базе крупных больнично-поликлинических отделений создаются специализированные центры разного уровня ( областные, межобластные, районные ).

Несмотря на значительное улучшение обеспеченности населения врачами, в Кокчетавской ( 29,0 ) и Северо-Казахстанской ( 32,4 ) областях показатель был ниже среднереспубликанского уровня ( 40,0 ), а Целиноградская область была в числе наиболее обеспеченных врачами ( 46,6 на 10000 населения ). Происходит дальнейшая дифференциация врачей по специальностям - гастроэнтерология, эндоскопия, кардиология, гематология, анестезиология-реаниматология, неонатология, нейрохирургия и др. Внедряются в лечебный процесс лазеры, бароканары, эндоскопическая, компьютерная и другая аппаратура. В областных центрах стали функционировать службы медико-генетического консультирования, отделения восстановительного лечения, по профилактике и борьбе со СПИДом и др. Большое внимание уделяется вопросам охраны материнства и детства, снижению младенческой смертности. В 90-е годы усилилась тенденция приближения первичной медицинской и санитарной помощи к семье. Приняты дополнительные меры по укреплению материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, разработана национальная

программа первоочередных мероприятий по усилению борьбы с туберкулезом на период до 2000 г.

Несмотря на то, что расходы на здравоохранение ежегодно возрастали, их удельный вес едва достигал 3,0% валового национального продукта, что не позволяло обеспечить лечебные учреждения современными аппаратами, технологией, медикаментами, улучшать их материально-техническую базу; таким образом продолжался путь так называемого экстенсивного развития, который был необходим лишь в годы острого дефицита медицинского персонала и лечебных учреждений.

С началом внедрения нового хозяйственного механизма в здравоохранение, в основном в крупных лечебных учреждениях, получают распространение бригадные методы работы медицинского персонала, открываются стационары на дому и дневного пребывания. Начата разработка дифференцированных нормативов финансирования здравоохранения на одного жителя с учетом половозрастной структуры, состояния здоровья, места жительства, степени обеспеченности материально-техническими ресурсами, основными фондами, а также инфраструктуры отрасли и экологической ситуации в регионе. Однако рост ассигнований был незначительным, а сумма расходов, требуемая на одного жителя в год, возросла в среднем лишь с 57 руб. в 1987 г. до 84 руб. в 1990 г. Расширяется объем оказываемых услуг работающим в организациях и учреждениях на договорных началах, вошло в практику оказание населению платных медицинских услуг, как в хозрасчетных поликлиниках, так и в медицинских кооперативах. В условиях экономической нестабильности и инфляции, суммы возросших ассигнований на здравоохранение не обеспечивают потребности учреждений здравоохранения в медицинском инструментарии, оборудовании, перевязочном материале, лекарственных и других средствах, а проводимые мероприятия пока явились лишь более адекватными организационными формами, вводимыми в целях повышения качества медицинской помощи населению и повышения заработной платы персоналу.

Открытие медицинского института в Целинограде 26.10.64 способствовало быстрому устранению дефицита врачебных кадров и положило начало развитию медицинской науки в регионе. За 25 лет (1964 - 1989) было подготовлено около 7 тысяч врачей на лечебной и педиатрической факультетах. Студенты института представляют дружную интернациональную семью, здесь обучаются представители более 15 национальностей.

Учеными института были решены актуальные для края научные задачи и сформированы самостоятельные научные направления: профилактика и организация медицинской помощи при сельскохозяйственном травматизме; изучение краевой патологии

гии; изучение патогенеза и интенсивной терапии экстремальных и терминальных состояний; изучение влияния факторов окружающей среды на формирование здоровья и течение наиболее распространенных заболеваний у отдельных групп населения.

В то же время сложившаяся в стране тенденция недооценки роли высшего и среднего образования, остаточный принцип финансирования, недостаточное внимание к социальным вопросам явились причиной слабой материально-технической базы института, что, естественно, влияет на качество подготовки специалистов, глубину и эффективность научных исследований.

Показаны перспективы развития здравоохранения (схема № 9). В национальной программе, разработанной в Республике Казахстан (1992), намечены пути по улучшению охраны здоровья населения и решения его генерального направления - профилактического. В соответствии с рекомендациями Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате (1978), особое внимание уделено первичным звеньям здравоохранения и их персоналу. Одним из главных элементов реформы здравоохранения является переход на принципы медицинского страхования населения. Важное значение уделяется инвестиционной политике, в частности, обязательности государственных инвестиций, в развитие материально-технической базы здравоохранения, науки, специализированных служб. Выделены приоритетные направления финансирования и развития здравоохранения.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Историко-литературный анализ показал, что комплексного изучения истории медицины и здравоохранения Северного Казахстана не проводилось. Предыдущие исследователи уделяли значительное внимание вопросам изучения народной медицины, заболеваемости, форм организации медицинского обслуживания и, главным образом, достижениям советского здравоохранения. Большинство этих работ носило юбилейный характер, они были сильно идеологизированы, как правило, не содержали критического анализа ошибок и просчетов в области здравоохранения.

Проведенный нами анализ подтвердил, что на территории Северного Казахстана до присоединения к России медицинских учреждений не было. Несмотря на проведение мероприятий по организации медицинского обслуживания казахского населения значение эмпирической медицины сохранилось до 40-х годов текущего столетия. В настоящее время наиболее рациональные методы лечения изучаются и внедряются в практику; координирующую роль в этой работе призван сыграть созданный республи-

канский Центр народной медицины.

С учетом особенностей социально-экономического развития северного региона Казахстана в составе России ( 1740-1921 ) в медицинском обслуживании населения следует выделять три этапа: эмпирический ( с древнейших времен до сороковых годов текущего столетия ); медицинское обслуживание в системе четырех ведомств ( 1752-1917 ) - военного, внутренних дел, земледелия и землеустройства и путей сообщения; объединение функций всех <sup>этих</sup> ведомств и создание органов управления здравоохранением на местах ( 1918-1920 ).

Несмотря на выраженный приоритет в медицинском обслуживании военного и казачьего населения в регионе, в 1822-1868 годах получают развитие некоторые формы медицинского обслуживания гражданских лиц: вводятся должности окружных врачей, повивальных бабок и городских врачей; проводятся мероприятия по борьбе с оспой - создание областного оспенного комитета, привлечение к пропаганде оспопрививания священнослужителей в церквях и мечетях, создание оспенных телятников, подготовка оспопривателей из числа казахских иношей и проведение оспопрививания в казахских волостях. Для координации противозидемических мероприятий, с 1854 г. общее руководство военными и гражданскими учреждениями в крае осуществлялось областным врачом. При нем была открыта для гражданского населения областная аптека. Для казахского населения утверждено содержание в каждом округе трех фельдшерских учеников.

В условиях отсутствия единого руководящего органа медицинским обслуживанием гражданского населения в Российской империи, формирование учреждений здравоохранения в различных ведомствах было положительным явлением.

Формирование самостоятельной гражданской медицины в Казахстане начинается позже ( 1868-1869 ), чем в центральных губерниях России. Недостатками уездной медицины были: разъездная система работы и наличие одинаковых штатов в уездах, вне зависимости от территории обслуживания и численности населения в уездах. Положительным было то, что была создана волостная система медицинской помощи казахскому населению и начата профессиональная подготовка национальных кадров.

В 1897 г. для населения степных областей Казахстана была введена участковая система медицинского обслуживания. Ее содержание осуществлялось за счет средств "земского сбора": с кибитки по 1 руб. 50 коп., с удобных земель, состоящих в пользовании крестьян - по 30% оброчной подати.

С формированием медицинской сети для крестьян-переселенцев ( с 1901 г. ) и работающих на железной дороге, бюджет здравоохранения в Акмолинской области складывался из средств "земских сборов" ( 17-40% ), переселенческой организации

( 28-32% ), городских средств ( 13-39% ); доля средств, выделяемых правительством была лишь 2,4-6,0%.

Несмотря на значительное увеличение кадров и колючей сети в области за 1868-1915 гг., динамика показателей обеспеченности населения медицинской помощью была ниже, чем прирост населения. Более активное освоение земель в Омском и Петропавловском уездах, наличие железной дороги, большая плотность населения обусловили лучшую обеспеченность медицинской помощью населения этих уездов в сравнении с Кокчетавским, Акиолинским и Атбасарским уездами. В целом, в сравнении с другими областями Казахстана, Акиолинская область занимала первое место по уровню обеспеченности населения врачами и фельдшерами.

Многоукладность бюджета здравоохранения в 1922-1927 гг., в сочетании с революционным натиском и энтузиазмом, при активной всесторонней помощи Народно-го Комиссариата здравоохранения РСФСР, Российского и Международного Красного Креста и других общественных организаций, способствовали ускоренному восстановлению разрушенной за годы войны и голода медицинской сети и ликвидации эпидемий паразитарных тифов и кишечных инфекций, в том числе холеры. В эти годы большое внимание уделяется широкому вовлечению населения в работу здравоохранения, в борьбу за санитарные условия труда и быта.

Тактической ошибкой этого периода было устранение страховой организации и начисление всех средств здравоохранения из государственного бюджета. Не все из назначенных и декларированных мероприятий были осуществлены: бесплатную медицинскую помощь получали лишь застрахованные лица и малообеспеченные слои населения, социальная программа по защите прав медицинских работников не выполнялась, в подборе и расстановке кадров начинает проявляться принцип учета партийной принадлежности и социального происхождения. На селе медицинская помощь оказывалась в основном фельдшерами.

В 1928-1940 гг. в организации медицинской помощи населению региона происходят позитивные сдвиги: улучшается финансирование здравоохранения, формируется санитарно-эпидемиологическая служба, начата подготовка кадров в открывшемся первом медицинском институте республики ( Алма-Ата, 1931 ), проводятся мероприятия по закреплению кадров на селе и по улучшению материального положения работников здравоохранения; это способствовало улучшению обеспеченности населения медицинской помощью.

Однако материально-техническая база здравоохранения оставалась на низком уровне, а рост сети отставал от потребностей. Становление и развитие здравоохранения в регионе задерживала нехватка врачей и другого медицинского персонала.



Поэтому большое значение имела работа подвижных отрядов и красных жрт, а позже специализированных врачебно-обследовательских отрядов.

В то же время, годы форсированного проведения коллективизации, перевода казахов на оседлый образ жизни, индустриализации, массовых репрессий и игнорирование сферы социальной политики, привели к голоду 1930-1931 гг., ухудшению санитарно-эпидемической обстановки, высокой смертности, депопуляции населения, особенно сельского. Истинные данные о состоянии здоровья населения не публиковались в открытой печати; в 1940 г. показатель общей смертности составил 21,4 на 1000 населения ( по СССР 17,3 в 1939 г. ), сохранился инфекционный тип патологий.

В годы войны, в условиях ухудшения материально-технической базы здравоохранения и обеспеченности кадрами, силы медицинских работников, в основном, были направлены на борьбу со вспышками эпидемических заболеваний, оказание помощи работникам оборонной промышленности и детям; резко ухудшилось медицинское обслуживание сельского населения, практически были лишены его репрессированные и депортированные народы.

Успешной работе тыловых специализированных госпиталей в Северном Казахстане способствовали сосредоточение в них лучших кадров края и прибывших в эвакуацию врачей и ученых, использование опыта одного из первых в республике Петропавловского института физиотерапевтических методов лечения, всенерная помощь и поддержка местных органов власти, общественности и населения, использование местных климатических условий и лекарственных средств.

В пятидесятых-шестидесятых годах отнечалось несоответствие между постановлением об улучшении медицинского обслуживания населения и конкретными социальными мероприятиями, в частности, ассигнования на здравоохранение из государственного бюджета составляли лишь 6-7% средств. Это приводило к тому, что продолжал осуществляться экстенсивный путь развития здравоохранения, лечебные учреждения были мало мощными и плохо оборудованными. Несмотря на категоричность принимаемых решений и постановлений, план развертывания коечного фонда ежегодно не выполнялся, особенно в сельском здравоохранении.

Сохранялось эпидемическое неблагополучие: снижение показателей заболеваемости паразитарными тифами отмечено только с 1949 г., оставался высоким уровень заболеваемости брюшным тифом, дизентерией, детскими инфекциями, туберкулезом, в том числе бациллярными формами, свежими формами сифилиса. Проведенные мероприятия по укреплению санитарно-эпидемиологической службы, дополнительное финансирование, целенаправленная комплексная работа, помощь братских республик спо-

способствовали тому, что в 1958 г., в сравнении с 1946 г., заболеваемость малярией снизилась на 93,8%, уменьшилось число первичных случаев бруцеллеза, венерических заболеваний. Однако оставалась тяжелой обстановка с туберкулезом, ухудшилась ситуация с детскими инфекционными заболеваниями; показатели смертности составляли 12,0-13,4 случаев на 1000 населения, а младенческой - 76,5 на 1000 живых новорожденных.

Освоение целинных и залежных земель было начато без необходимых жилищно-бытовых условий и на фоне слабо развитой медицинской сети. На этом фоне прибытие большого числа новоселов привело к ухудшению эпидемиологической обстановки: резко повысилось число случаев инфекционной и паразитарной заболеваемости, высоким был сельскохозяйственный травматизм. Потребовалось принятие срочных мер: были направлены бригады специалистов, открывались новые фельдшерско-акушерские пункты, сельские участковые и районные больницы. В большинстве своем все они были малой мощности и, в основном, решали задачи оказания неотложной квалифицированной медицинской помощи. Даже районные больницы не всегда имели в штате основных специалистов. Обеспеченность врачами в Целинном крае в 1961 г. была низкой: на 10000 населения приходилось 6,8 врачей ( в среднем по Казахстану - 11,5, а по СССР - 13,0 ). Малая мощность лечебных учреждений сдерживала развитие специализированных видов медицинской помощи.

В 70-80 годы значительно повысился уровень медицинского обслуживания: был сделан акцент на развитие сети амбулаторно-поликлинических учреждений, особое внимание было уделено укрупнению многопрофильных и специализированных городских и центральных районных больниц, проводилось укрупнение сельских участковых больниц. Одновременно с количественным ростом коечного фонда продолжалась его специализация. Значительные преобразования произошли в вопросах охраны материнства и детства. Открытие Целиноградского медицинского института ( 1964 г. ) способствовало устранению дефицита кадров и развитию медицинской науки в регионе.

Достигнутый рост сети учреждений, кадровых и материально-технических ресурсов здравоохранения не привел к существенным сдвигам в улучшении медицинской помощи населению, особенно в разделе профилактической работы. Отставали модернизация материально-технической базы здравоохранения, обеспечение лечебно-профилактических учреждений современной техникой, оборудованием, лекарственными средствами. В практику слабо внедрялись достижения научно-технического прогресса, планирование и управление здравоохранением не отвечало современным требованиям. Все это сильнее эти недостатки отразились на работе первичного звена здра-

вохранения, учреждениях материнства и детства и сельского здравоохранения.

Но сохранялась жесткая, строго централизованная система управления, планирования и финансирования здравоохранения, исключавшая возможность учета региональных особенностей ( влияющих на потребности населения в медицинской помощи ) и самостоятельность учреждений. Был упущен момент перехода от количественных показателей развития здравоохранения к качественным, не были найдены дополнительные источники финансирования здравоохранения, новые подходы к решению проблем профилактики, повышению уровня догоспитальной помощи, интенсификации использования больничной койки, повышения диагностического и лечебного потенциала; не велись поиски материальных стимулов работников здравоохранения, новых подходов в подготовке кадров.

Рекомендации ВОЗ по развитию первичной медико-санитарной помощи, принятые на Алма-Атинской конференции ( 1978 ), не нашли воплощения: приоритет отдавался развитию стационарных видов медицинской помощи. Причем 70-72% коечного фонда размещено в городах и только 28-30% - в сельской местности.

Недостаточное внимание к первичным звеньям здравоохранения, отсутствие экономических стимулов у населения, предприятий, организаций и медицинских работников в улучшении здоровья в сочетании со слабой материально-технической базой здравоохранения, предопределило невысокий уровень состояния здоровья: в Казахстане увеличился показатель общей смертности с 6,0 в 1970 г. до 8,0 в 1991 г. на 1000 населения; детской смертности с 25,8 до 27,2 на 1000 родившихся живыми, а средняя продолжительность предстоящей жизни уменьшилась с 70,3 до 69,0 лет; возросли уровни показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности ( число случаев с 60,2 до 71,1 на 100 работающих ) и первичного выхода на инвалидность ( с 32,0 до 35,7 случаев на 10000 работающих ).

На данном этапе суверенная республика Казахстан находится в периоде формирования новых общественно-политических и экономических отношений. Радикальные политические и экономические изменения во всем народном хозяйстве страны стимулировали работу по реформированию системы здравоохранения, позволили вплотную подойти к многоукладности в медицине, расширили возможность перехода от монопольного бюджетного финансирования к смешанной системе ( сочетание принципов медицинского страхования и бюджетного финансирования ), определили принципы национальной политики в деле охраны здоровья населения в виде новых законов по переходу к рыночным отношениям.

В Республике Казахстан приняты законы "Об охране здоровья населения Республики Казахстан" ( 1992 г. ), "О предприятии Республики Казахстан" ( 1992 ),

"О медицинском страховании граждан" ( 1992 ). Разработана концепция правительства Республики Казахстан "О реформе здравоохранения в период перехода к рыночным отношениям". Их разработке предшествовал взвешенный анализ позитивных и негативных тенденций в развитии здравоохранения бывшего СССР и зарубежного опыта по охране здоровья народа.

Основным принципом охраны здоровья населения республики является ответственность органов государственной власти и управления, работодателей, должностных лиц за создание условий, способствующих формированию, развитию и укреплению здоровья, а также ответственность граждан за сохранение и укрепление здоровья. В условиях рыночных отношений большое внимание уделяется вопросам равенства граждан в получении гарантированной медицинской помощи и социальной защищенности в случае утраты здоровья.

Намечены радикальные изменения в финансовой, инвестиционной, инновационной, кадровой, экономической и информационной политике в здравоохранении.

При всей многообразии форм собственности в условиях рыночных отношений, управление факторами, формирующими здоровье населения остается прерогативой государства. Только государственные органы будут разрабатывать программы по охране окружающей среды и ее реабилитации и контролировать их реализацию. Это относится к социальным и научно-исследовательским программам. Намечено отказаться от остаточного принципа финансирования; осуществить социальную защиту наиболее уязвимого населения путем медицинского страхования за счет муниципальных средств; осуществить медицинское страхование трудящихся из фондов работодателей; предоставить медицинским учреждениям полную хозяйственную самостоятельность; ввести обязательные контрактные отношения между местной властью и медицинскими учреждениями; осуществлять финансирование муниципального здравоохранения за счет местного бюджета.

Утверждены приоритетные направления развития здравоохранения на долгосрочный период: 1. охрана материнства и детства; 2. развитие сельского здравоохранения; 3. проблемы туберкулеза и бруцеллеза; 4. экологически неблагоприятные регионы; 5. борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Во главу всех приоритетов поставлена и разработана программа "Образ жизни".

Переход к оптимальному сочетанию системного и ситуационного в управлении процессами охраны здоровья населения создает предпосылки для отхода от принципа выраженного централизма и остаточного принципа финансирования, позволяет интенсифицировать деятельность медицинских учреждений, максимально поощрять самостоятельность и самоуправление в коллективах, нацеленность на конечный результат и

оценку эффективности деятельности учреждений здравоохранения, подразделений и каждого работника.

### ВЫВОДЫ

1. Добровольное присоединение Среднего жуза Казахского ханства к России ( 1740 ) сыграло положительную роль в развитии здравоохранения на его территории. Анализ исторического пути, пройденного здравоохранением края, показывает, что большую роль в организации медицинского обслуживания гражданского населения сыграли военные медики. В округах Омской области были введены должности медиков, обслуживавших чиновников окружных приказов и коренное население ( окружные врачи и повивальные бабки ). С созданием уездной медицины была сформирована и волостная фельдшерская организация, а затем открыты приемные покои для казахского населения.
2. Казахское население и после присоединения к России, вплоть до 40-х годов текущего столетия, широко прибегало к помощи народных лекарей, прежде всего в силу недоступности квалифицированной медицинской помощи. Традиционная казахская медицина, имея много общего с древнейшей медицинской культурой других народов Востока, включала и особые, весьма своеобразные эмпирические приемы врачевания и рациональные гигиенические навыки. В приемах врачевания причудливо сочетались рациональные методы лечения с культовыми и мистическими элементами.
3. В 1921-1940 гг. в регионе была создана система государственной медицины с едиными принципами, формами и методами работы, осуществлена в общенациональных масштабах подготовка кадров и борьба с инфекционными заболеваниями. Однако в силу социально-экономической отсталости региона здесь были позже начаты мероприятия по охране материнства и детства, заложены основы санитарно-эпидемиологической службы, развернуты специализированные виды медицинской помощи. Сложившаяся в Северном Казахстане неблагоприятная санитарно-эпидемиологическая обстановка и процессы депопуляции населения явились следствием ошибок и просчетов в народном хозяйстве, таких, как ускоренный перевод кочевого населения на оседлый образ жизни, насильственная коллективизация, раскулачивание и массовые репрессии, что привело к голоду тридцатых годов.
4. В годы Великой Отечественной войны ( 1941-1945 ) на территории областей Северного Казахстана был обеспечен высокий уровень оказания медицинской помощи в тыловых специализированных госпиталях. В то же время, несмотря на громадные усилия по предупреждению эпидемий, в регионе резко ухудшилась санитарно-

эпидемическая обстановка: это было следствием слабости материально-технической базы, дефицита кадров, тяжелых экономических условий и прибытием в регион большого количества населения (эвакуированные, беженцы, репрессированные и депортированные народы). И в первые послевоенные годы существенных сдвигов не произошло: уровень обеспеченности населения медицинской помощью оставался недостаточным, практически не строились новые учреждения, декларировавшиеся меры по улучшению здравоохранения, особенно сельского, фактически не осуществлялись.

5. Мощным стимулом для развития здравоохранения стало освоение целинных и залежных земель в Северном Казахстане. Хотя в первые годы такого освоения и были решены задачи оказания квалифицированной и неотложной помощи, однако в последующем процесс реорганизации маломощных лечебных учреждений и строительства типовых зданий затянулся, что препятствовало развитию специализированных видов медицинской помощи.

6. Значительные преобразования в здравоохранении региона происходят лишь в 70-80-е годы: укрупнение лечебных учреждений, строительство типовых лечебных учреждений, улучшение показателей обеспеченности населения кадрами и койками, расширение специализированных видов медицинской помощи. В регионе получает развитие и медицинская наука - открыт Целиноградский медицинский институт (1964), занявшийся научными исследованиями по изучению краевой патологии и разработкой перспективных и актуальных для Северного Казахстана проблем медицины и здравоохранения.

7. На всех выделенных нами этапах развития здравоохранения в крае, особенно за годы Советской власти, характерной очень важной тенденцией являлась тесная связь Северного Казахстана с народами России и других республик, оказывавших постоянную помощь в подготовке кадров, внедрении научных достижений медицины, проведении научных исследований, улучшении материально-технической базы здравоохранения.

8. В отличие от промышленно развитых регионов республики в Северном Казахстане до конца шестидесятых годов сохранялась неблагоприятная санитарно-эпидемическая обстановка. Комплексный анализ показателей заболеваемости, причин общей и детской смертности и их уровней, рождаемости и возрастной структуры населения позволяет утверждать, что несмотря на выраженную трансформацию типа патологии в последние десятилетия (увеличение удельного веса хронически протекающих неэпидемических поражений) в регионе сформировался промежуточный тип патологии. Поэтому говорить о решении проблемы острозаразных инфекционных забо-

леваный преждевременно.

9. Опыт развития здравоохранения Северного Казахстана показывает, что в условиях острого дефицита обеспеченности кадрами и лечебными учреждениями экстенсивный путь развития здравоохранения необходим, но его следует сочетать с достаточным вниманием к социальным нуждам населения. Так называемый остаточный принцип в здравоохранении особенно негативно сказался в сельской местности, что проявилось в постоянном отставании медицинской помощи сельскому населению.

10. Разработанная в Республике Казахстан национальная программа охраны здоровья народа включает накопленный в стране опыт организации системы первичной медико-санитарной помощи профилактическую направленность, как основной приоритет в деле охраны здоровья. Взвешенный анализ позитивных и негативных тенденций в развитии здравоохранения, опыт России и других стран СНГ, наконец, зарубежный опыт - все это положено в основу радикальных изменений в системе здравоохранения в финансовой, инвестиционной, инновационной, кадровой, экономической и информационной политике в отрасли. Есть основания считать, что в перспективе будет создана система общественного здравоохранения, более полно обеспечивающая право граждан на высококвалифицированную медицинскую помощь и адекватное развитие системы охраны здоровья народа.

#### ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

1. Издана монография "Вглядимся в пройденное. Из истории здравоохранения и медицины Северного Казахстана", М., 1990 (тираж 5000 экз.), адресованная специалистам, студентам медицинских вузов и техникумов и широкому кругу читателей.

2. Издан курс лекций по истории медицины на казахском и русском языках, включивший материалы по истории здравоохранения и медицины Казахстана; широко освещен этот раздел по Северному Казахстану. - Целиноград, 1991 г. (тираж 200 экз.); утвержден на Центральном методическом Совете Целиноградского медицинского института 14 апреля 1991 г. Лекции используются в практике преподавания в институте, на факультете средних медицинских работников и в медицинских училищах.

3. Материалы монографии и диссертации использованы при комплектовании фондов и экспозиций музея истории медицины и здравоохранения Минздрава Казахстана, фонда Центрального Государственного архива Казахстана, областных историко-краеведческих музеев и государственных архивов Акмолинской (Целиноград-

ской), Кокчетавской, Северо-Казахстанской областей.

4. Материалы диссертации включены в очерковую статью "Здравоохранение" (период от установления Советской власти до начала освоения целины, 8750 знаков), Казахская Советская энциклопедия; "Целиноградская область" (10.12.1990 г.).

5. Материалы диссертации используются в процессе преподавания на кафедрах социальной гигиены и организации здравоохранения с курсом истории медицины Алма-Атинского, Целиноградского, Карагандинского медицинских институтов.

#### СПИСОК ОСНОВНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Монография "Вглядимся в пройденное. Из истории медицины и здравоохранения Северного Казахстана." - М.: Высшая школа, 1990. - 174 с.
2. История медицины (на казахском и русском языках). Курс лекций. - Целиноград, 1991. - 224 с.
3. По пути совершенствования // Здравоохранение Казахстана, 1969. № 7. - С. 7-9.
4. Некоторые данные о воспроизводстве населения Целиноградской области // Труды ЦГМИ. Т.Ш, 1969. - С. 414-415 / в соавторстве с Шитиковым Ю.Д. /.
5. К вопросу о распространении заболеваемости среди рабочих // Материалы II пленума терапевтов Казахстана. - Семипалатинск, 1975. - С.23-24 / в соавторстве с Кравцовой А.И. /.
6. Пути совершенствования акушерско-гинекологической помощи на уровне сельского врачебного участка // Тезисы докладов конференции молодых ученых. - Караганда, 1984. - С. 86 / в соавторстве с Коваленко Л.Г. /.
7. К вопросу о совершенствовании тактики оказания неотложной помощи при сердечно-сосудистой и бронхолегочной патологии на догоспитальном этапе // Патогенез, клиника и лечение терминальных состояний. - Новосибирск, 1985. - С. 89-91 / в соавторстве с Рубежанским Ю.А., Рахманом Ф.И., Штейнбух Б.Я. /.
8. Особенности обращаемости больных бронхиальной астмой за скорой помощью в условиях г. Целинограда // Физиология и патология органов дыхания. - Новосибирск, 1988. - С-70-74 / в соавторстве с Карпом Л.Л. /.
9. Снижение временной нетрудоспособности работников сельского хозяйства в условиях диспансеризации // Здравоохранение Казахстана, 1988. № 11. - С.15-16. / в соавторстве с Карпом Л.Л. /.



10. Комплексная программа "Здоровье" // Информационный листок № 89. - Целиноград; ЦНТИ, 1988. - 3с. / в соавторстве с Сергеевым В.Н., Хасиним В.Б. /.
11. Здравоохранение Целиноградской области / 1918-1953 / . Казахская Советская энциклопедия, разд. "Целиноградская область", - Алма-Ата, 1990. - 6с.
12. Охрана здоровья женщин и детей в Целиноградской области // Социально-политическая история Приишнья. - Целиноград, 1990. - С. 190-192.
13. Из истории кумысолечения в Казахстане // Из истории медицины: Овотс, 1990. - Т.19. - С.124-128 / в соавторстве с Карпом Л.Л. /.
14. Сравнительный анализ показателей физического развития у девочек-казашек за 50 лет // Социально-политическая история Приишнья. - Целиноград, 1990, - С. 189-190 / в соавторстве с Томашовой С.А. /.
15. Изучение репродуктивного поведения - важнейший источник обоснованной демографической политики // Демографические процессы на Урале, в Сибири, Средней Азии и в Казахстане, XIX-XX вв. - Целиноград, 1991. - С. 25-27.
16. О медицинском обслуживании застрахованных в Казахстане в первые годы Советской власти // Депонирована. - № 208837, 1991. - 11 с.
17. О медицинском обслуживании застрахованных в первые годы Советской власти в Северном Казахстане // Страховая медицина / Вопросы теории, истории, опыт, перспектива развития / . - Москва-Луганск, 1991. - С.86-88.
18. История становления офтальмологической службы в Северном Казахстане / / Депонирована. № Д-208837, 1991. 4 с. / в соавторстве с Соколовой Э.Я. /.
19. Из истории призрения детей в Акиолинской области ( II половина XIX-начало XX века ) // Милосердие, благотворительность и медицинские музеи. Тезисы докл. II Международного симпозиума. Окт. 1992. - М., 1992. - С.98-100.
20. Казахстан в судьбе выпускников украинских медицинских ВУЗов // Тезисы докл. Международной конференции. - Николаев, 1993. - 0,1 п.л. / в соавторстве с Карп Л.Л. /.
21. У истоков совместного сотрудничества: представители Украины в Северном Казахстане в конце XIX века // Тезисы докл. Международной конференции. - Николаев, 1993. - 0,1 п.л.

**МАТЕРИАЛЫ ДИССЕРТАЦИИ ДОЛОЖЕНЫ И ОБСУЖДЕНЫ НА:**

- Научных конференциях Целиноградского медицинского института ( 1986-1992 );

- Республиканском совещании руководителей интернатуры ( Степногорск, 1989; Кокчетав, 1991 );
- Всесоюзной конференции "Демографические процессы на Урале, в Сибири, Средней Азии и Казахстане. XIX-XX вв. - Целиноград, 1991;
- Республиканской конференции "Социально-политическая история Приишнья". - Целиноград, 1990 г.;
- Всесоюзных семинарах историков медицины "Актуальные вопросы истории медицины" ( Оренбург, 1988; Владикавказ, 1991; Москва, 1993 );
- Заседаниях Целиноградского областного общества гигиенистов, инфекционистов и эпидемиологов ( Целиноград, 1983, 1986, 1989, 1990, 1991, 1992 );
- Научной конференции отдела истории медицины ВНИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко ( Москва, 1990 ).

Музей истории медицины  
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Инв. № 1755

Акционерное общество АЗИЯ-ТЕХНО-СЕРВИС

Республика Казахстан

Акмолла, ул. Ленина, 57.

20 экз.

С ПОДЛИННЫМ ВЕРНО