

История медицины

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 1996

УДК 614.2:364.122/.124]:93(470)

П. И. Сидоров, В. З. Кучеренко, А. М. Вязьмин

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЕВРОПЕЙСКОГО СЕВЕРА В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

В истории послереволюционной России принято выделять несколько периодов развития государства в экстремальных социально-экономических условиях. Историки относят к ним этап конца 20-х — начала 30-х годов (по хронологическим рамкам соответствующий первой и второй пятилеткам), годы Великой Отечественной войны и послевоенного восстановления народного хозяйства. Кризисная ситуация, складывающаяся с начала 90-х годов, также может быть определена как экстремальная.

Формирование экстремальной ситуации связано с обострением общественных противоречий в каждый конкретный исторический период. Стремление властных государственных структур преодолеть эти противоречия обуславливает проведение кардинальных реформ. Радикальная реформаторская деятельность в политической, экономической и социальных сферах государства без строгой научной проработки, в интересах политической и идеологической конъюнктуры, с использованием преимущественно телеологического подхода к вопросам

определения ожидаемых результатов, методов, средств и путей осуществляющихся преобразований, недооценка и прямое пренебрежение к человеческому фактору способствуют созданию экстремальной ситуации в обществе.

Предпосылки развития экстремальной ситуации различны. На рубеже 30-х годов определяющим фактором ее стало сосредоточение всех ресурсов страны на проведении индустриализации промышленности в ущерб остальным сферам общественной жизни, осуществлявшееся в условиях формирования тоталитарного государства и военно-политического, экономического, идеологического противостояния СССР и большинства мировых держав. В 40-е годы потребовалась мобилизация всего потенциала СССР на войну с Германией и дальнейшее послевоенное восстановление народного хозяйства. В 90-е годы произошло крайнее обострение кризисных явлений, связанных с реформированием общественно-экономических отношений в период переходного общества в России.

В 20—30-х годах, в 40-е годы экстремальная ситуация в стране развивалась на фоне усиления государственного начала, преобладания процессов централизации и унифицирования во всех областях общественной жизни. В 90-е годы имеют место прямо противоположные тенденции, базирующиеся на принципе снижения роли государства в разрешении политических, экономических и особенно социальных проблем.

Следует отметить, что на различных исторических этапах социальная доктрина государства менялась. Значительные изменения претерпевали объект и субъект реализации социальной политики, социальная инфраструктура, качество жизни населения. Вместе с тем экстремальность социально-экономической ситуации в указанные периоды характеризуется обострением преимущественно одних и тех же социальных проблем.

На наш взгляд, важнейшей из них является ухудшение общественного здоровья населения, выражавшееся прежде всего в нарастании депопуляционного процесса. В начале 30-х годов — это демографическая катастрофа некоторых социальных групп населения — спецпереселенцы. В 40-е и 90-е годы — демографический кризис, характеризующийся депопуляцией, причиной которой являлись и являются значительный рост смертности, в том числе детской, падение рождаемости. В каждый из описываемых периодов наблюдается отчетливый рост заболеваемости, особенно по классам социально значимых и инфекционных болезней, психических заболеваний. Значительно усугубляет ситуацию сопровождающий дестабилизацию жизни социальный стресс.

Неизбежным следствием общественных кризисов можно назвать массовые миграции населения. На рубеже 30-х годов это выражалось в переселении из села в город, на строительство крупных промышленных объектов. К разряду особых миграционных процессов относится спецпереселение — насильственное переселение в неосвоенные труднодоступные регионы сотен тысяч людей. В 40-е годы основную массу переселенцев составляли беженцы и эвакуированные из оккупированных и прифронтовых областей. В 90-е годы подавляющее большинство мигрантов формируют вынужденные переселенцы и беженцы из "горячих точек" и бывших республик СССР в Россию.

Критическое нарушение экологического равновесия окружающей среды является спутником неблагополучия в обществе. Активное освоение Европейского Севера в 30-е годы сопровождалось тотальной вырубкой леса, сплавом древесины по рекам, строительством крупных предприятий лесохимии без достаточного учета экологических последствий. В 40-е годы на окружающую среду негативно влияли прямые и косвенные последствия военных действий. 90-е годы стали этапом тотального экологического кризиса, во многом подготовленного нерациональным природопользованием в предшествующий период.

Социальную ситуацию в государстве описывает целая система показателей, которые охватывают основные сферы социальной жизни. Пороговые уровни этих показателей, достижение которых является признаком качественного изменения в значимых тенденциях социальных процессов, определяют как социальные индикаторы. К ним относят доходы населения, занятость, демографическое положение, криминогенность, экологию, доступ к системе охраны здоровья и стандартам образования, интенсивность миграционных процессов и др. Пороговые значения показателей-индикаторов являются предельными величинами, несоблюдение которых препятствует нормальному ходу развития различных элементов воспроизводства, способствует формированию негативных, разрушающих тенденций в процессе социогенеза.

Основные индикаторы, очерчивающие порог, за которым степень социального шока становится критически опасной для общественной и политической стабильности государства, образуют внутренне взаимосвязанную систему. Социальный мир в стране может быть гарантирован только в случае предотвра-

щения недопустимого снижения всех без исключения социальных индикаторов.

Социальная деятельность государства проявляется в виде проведения определенной социальной политики. Важной целью социальной политики является поддержка здоровья нации. С одной стороны, это первейшая общечеловеческая ценность, с другой — снижение уровня здоровья ведет к ухудшению качества населения и ограничению его участия в созидательной деятельности¹.

Поэтому одним из показателей зрелости и социальной направленности общества является существование системы охраны здоровья. Определяя общественное здоровье как физическое, психическое и социальное благополучие людей, мы рассматриваем систему здравоохранения в широком смысле как совокупность общественных институтов, оказывающих формирующее воздействие на общественное здоровье, способствующих его сохранению и восстановлению. Среди этих институтов следует назвать службы здравоохранения, социального обеспечения и социальной помощи, труда и занятости, семьи, экологической безопасности, осуществляющих свою деятельность на основании принятых в данном обществе законодательных, идеологических, нравственных норм.

В узком смысле слова под системой здравоохранения понимают службу здравоохранения. Это понятие в большей степени укоренилось и именно в таком смысле чаще всего используется в науке и практике. В нашей работе в зависимости от контекста используются те и другая дефиниции.

Настоящее исследование ставит целью выявление особенностей и закономерностей деятельности органов здравоохранения в экстремальных социально-экономических условиях в различные исторические периоды, оценку результатов воздействия этих условий на систему организации медицинской помощи, это позволяет наметить пути минимизации негативного влияния социальных факторов на формирование общественного здоровья населения в кризисных условиях переходного общества.

Принятый в апреле 1929 г. вариант первого пятилетнего плана развития народного хозяйства СССР явился отправным документом для окончательной разработки плановых показателей деятельности здравоохранения страны на первую пятилетку. Стратегические направления развития здравоохранения определялись постановлением ЦК ВКП(б) от 18.12.29 "О медицинском обеспечении рабочих и крестьян". При этом классовый подход к вопросу охраны здоровья населения стал основным принципом реализации государственной политики в области здравоохранения. Медицинское обеспечение промышленных рабочих и колхозного крестьянства выдвигалось в качестве первоочередной задачи деятельности органов здравоохранения.

План "сверхиндустриализации" страны предполагал значительное увеличение капиталовложений в развитие промышленности, доля расходов на социальную сферу при этом сокращалась. В целом по России расходы на здравоохранение в государственном бюджете с 1929 по 1932 г. снизились с 3,7 до 3,1%².

Все основные виды медицинского обслуживания предполагалось финансировать из местного бюджета, в котором удельный вес ассигнований на здравоохранение также уменьшился с 14,8% в 1929 г. до 14,4% в 1930 г.³ В результате формировалось противоречие между темпами роста промышленности и развитием службы здравоохранения, что не позволяло в достаточной мере организовать медицинскую помощь для всего населения. В целях преодоления этого противоречия государство шло путем выделения приоритетных в отношении медицинского обеспечения социальных групп по признаку их участия в процессе общественного производства. Поэтому изначально здравоохранение Северного края складывалось как отрасль, призванная обслуживать потребности развивавшейся социалистической экономики.

Остро стояла проблема медицинских кадров, особенно в сельской местности. Вследствие часто неудовлетворительных материально-бытовых условий наблюдалась высокая сменяемость кадрового состава лечебных учреждений, что отрицательно сказывалось на качестве оказания лечебной помощи. По причине нехватки врачей многие медицинские учреждения

¹Покровский В. И., Щепин О. П. Состояние здоровья нации в условиях перехода Российской Федерации к устойчивому развитию // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. — 1995. — № 4. — С. 13.

²Чикин С. Я. О финансировании здравоохранения за годы советской власти // Советская медицина. — 1990. — № 11. — С. 41.

³Гос. архив Арх. области (ГААО) Ф.621.Оп.1.Д.529.Л.3.

вплоть до 1934 г. возглавлялись заведующими без медицинского образования. Из-за крайне недостаточного финансирования здравоохранения медленно шло строительство новых лечебных учреждений.

Особенности производственного цикла в лесозаготовительной промышленности и в сельском хозяйстве, отмеченные материально-кадровые проблемы здравоохранения вызвали к жизни такие формы организации медицинского обслуживания, как организация сезонных врачебных и фельдшерских бригад. При этом значительная дополнительная нагрузка ложилась на городские лечебно-профилактические учреждения, выделявшие медицинских работников для работы в лесном хозяйстве и сельской местности.

Слабость материально-финансовой и кадровой базы, несмотря на усилия органов здравоохранения, ограничивала возможности отрасли по поддержанию общественного здоровья. Суровый климат, низкая плотность населения, отдаленность населенных пунктов, отсутствие дорог, изначальная неразвитость инфраструктуры предполагали гораздо большие, чем в среднем по стране, затраты на здравоохранение. Особенно это касалось оказания медицинской помощи сельским жителям.

Официальный курс на приоритетное развитие базисных структур общества, декларируемый в директивных документах, стал руководством к действию для местных партийных и советских органов. Естественно, что в условиях экстремальной ситуации местные власти концентрировали усилия преимущественно на реализации экономических задач в ущерб решению вопросов здравоохранения.

Дополнительные возможности сохранения потенциала трудовых ресурсов открывала профилактическая направленность советского здравоохранения. Следует отметить, что на рубеже 30-х годов активно разрабатывались принципы социальной гигиены, изучалось влияние социальных факторов окружающей среды на здоровье человека. Однако стабилизация условий труда, жилища, питания, отдыха требовала значительных материальных затрат, что в сложившейся социально-экономической ситуации было невозможно осуществить. В результате, социальная гигиена как наука была подвергнута остракизму. Тем не менее принцип профилактической направленности реализовывался и выражался в различных формах. Так, в 20—30-х годах предпринималась попытка вовлечь все население страны в борьбу за здоровый образ жизни. После отказа от создания единого диспансера вопросы профилактики заболеваемости и травматизма перешли в ведение пунктов здравоохранения на предприятиях. Одним из используемых организационных приемов деятельности здравпунктов являлась попытка подключения к решению вопросов здравоохранения широких масс трудящихся. В качестве одного из конкретных шагов в направлении реализации этой задачи вводился институт общественных инспекторов. Противоречивость идеи всенародного участия в осуществлении профилактической деятельности состояла в том, что отсутствие реальной возможности улучшить социальные условия (неудовлетворительное состояние цехов вредных производств, жилищ и столовых рабочих, ухудшение показателей здоровья) объяснялось как следствие недостаточной работы общественности⁴. Наряду с определенной дискредитацией идеи профилактики это тормозило развитие профилактического направления как одного из важнейших факторов формирования общественного здоровья.

Подробно останавливаясь на периоде 20—30-х годов, мы попытались обозначить основные характерные черты развития здравоохранения в экстремальных социально-экономических условиях. Этот исторический этап интересен, на наш взгляд, также тем, что в начале 30-х годов в основном сформировалась система медицинского обслуживания, просуществовавшая в России без серьезных изменений в течение последующих шести десятилетий.

Исследование воздействия общественно-экономических преобразований на социальную сферу 30-х годов позволяет рассмотреть проблему экстремальности в другой плоскости, поскольку круг задач, стоявших перед органами здравоохранения, одновременно включал решение медико-социальных вопросов спецпереселения и организации государственной системы медицинской помощи коренному населению Крайнего Севера.

Спецпереселение 30-х годов, основывавшееся на официальной версии выселения противников колхозного строительства из районов сплошной коллективизации, осуществлялось с целью колонизации и развития экономики труднодоступных регионов СССР. В соответствии с директивными документами контингент спецпереселенцев предназначался для использова-

ния в качестве дешевой рабочей силы на лесозаготовках, строительстве дорог, в сельском хозяйстве.

Переселение большого количества людей значительно осложнило социально-экономическую ситуацию на Европейском Севере России, заставило местные власти срочно мобилизовать все финансовые, транспортные, продовольственные, кадровые и другие резервы в ущерб реализации региональных социальных программ.

Антисанитарные условия транспортировки и содержания спецпереселенцев стали причиной возникновения и распространения среди них острозаразных инфекционных заболеваний (сыпной тиф, брюшной тиф, дифтерия, дизентерия, скарлатина). Для борьбы с эпидемиями потребовались значительные усилия медицинской службы. Органам здравоохранения пришлось работать в режиме постоянного высокого напряжения, что отвлекало их внимание от решения текущих задач по охране здоровья населения Северного края.

Отсутствием в Северном крае материально-бытовой базы для переселения объясняются сложные условия жизни мигрантов. Плохое санитарно-гигиеническое состояние жилищ, неудовлетворительное обеспечение продовольствием, физическое и нервное перенапряжение, сложные климатические условия приводили к высокой заболеваемости и развитию стойкой нетрудоспособности. Согласно данным за 1933 г., смертность среди спецпереселенцев Северного края составила 136,7 на 1000, рождаемость — 14,3 на 1000, естественный прирост (убыль) — (-) 122,4 на 1000 населения спецпереселенцев⁵. Детская смертность доходила до 192,5 на 1000 родившихся⁶.

Таким образом, организация системы медицинского обеспечения спецконтингента, осуществлявшаяся за счет ограниченных материальных и кадровых ресурсов здравоохранения Северного края, с одной стороны, не давала возможности поддерживать надлежащий уровень здоровья спецпереселенцев, с другой — значительно осложняла деятельность медицинской службы по охране здоровья местного населения региона.

Процесс становления государственной системы медицинского обслуживания коренных жителей Крайнего Севера, начавшийся на рубеже 30-х годов, безусловно, отразился на характере и результатах социальной деятельности в сфере здравоохранения. Следует отметить, что незначительная роль северных окраин в едином экономическом пространстве дореволюционной России предопределила неразвитость всей инфраструктуры региона. Медицинская помощь ненцам-кочевникам не получила практического развития.

Благодаря участию Комитета Севера при ВЦИК в 1925—1926 гг. в Европейскую тундру было направлено два медицинских отряда РОКК и три передвижных врачебных пункта НКЗ РСФСР. Они инициировали формирование в тундровой зоне медицинской сети, имевшей определенную специфику: создание больниц в наиболее посещаемых кочевниками населенных пунктах, организацию разъездных бригад, фельдшерских пунктов в различных точках тундры⁷.

Деятельность медицинских работников, трудившихся в экстремальных условиях, не ограничивалась проведением лечебных мероприятий. Наследуя гуманистические традиции российской общественной медицины, базировавшейся на принципе "врач—социальный работник", медики решали широкий спектр социальных вопросов.

С момента образования в 1929 г. Ненецкого национального округа перед органами здравоохранения возникла сложнейшая задача: в условиях материально-финансового и кадрового дефицита отрасли создать систему охраны здоровья с учетом уровней специализации, культурных и бытовых традиций коренного и некоренного населения Севера. Однако имевшиеся проблемы здравоохранения, направленность государственной социальной политики встали непреодолимым препятствием на пути создания такой уникальной системы здравоохранения. В результате в округе сложилась общепринятая в стране организация медицинской помощи.

Своеобразие деятельности органов здравоохранения в экстремальных условиях в полной мере проявилось в годы Великой Отечественной войны. Мы исследовали особенности оказания медико-социальной помощи населению тыла. Критическому обострению ситуации в сфере здравоохранения Архангельской области в немалой степени способствовала недостаточная работа отрасли в предвоенный период по ряду ведущих направлений. Серьезные недоработки имелись в решении вопросов охраны здоровья и профилактики заболеваемости де-

⁵ Земсков В. Н. "Кулацкая ссылка" в 30-е годы // Социологические исследования. 1991. — № 10. — С. 3.

⁶ ГААО. Ф.1224. Оп.8. Д.1498. Л.12.

⁷ Центральный гос. архив РФ (ЦГА РФ) Ф.3977. Оп.1. Д.334. Л.102.

⁴ ГААО. Ф.621. Оп.1. Д.95. Л.103.

тей, организации медицинского обслуживания на селе, санитарно-эпидемиологического благополучия. Четвертая сессия Архангельского областного Совета депутатов трудящихся, состоявшаяся 21.01.41, признала "состояние здравоохранения неудовлетворительным"⁸.

Начавшаяся война обострила существовавшие проблемы и вывела на первый план широкий спектр принципиально новых и жизненно важных для страны задач. Значительная часть ресурсов здравоохранения направлялась на нужды фронта. Однако деятельность по поддержанию здоровья в тылу не утратила актуальности и приобрела новое значение.

За вторую половину 1941 г. из Архангельской области в армию было призвано свыше 50% врачей, более 70 сельских врачебных участков остались без персонала⁹. Несколько крупных больниц было передано под госпитали, среди них клиническая больница № 2 на 240 коек, главный корпус больницы им. Н. А. Семашко, больницы в Коноше на 60 коек и Няндоме на 85 коек¹⁰.

Вследствие сокращения бюджетного финансирования были закрыты два родильных дома и несколько участковых больниц, уменьшилось количество штатных единиц врачей и среднего медицинского персонала.

В условиях продолжения войны перед здравоохранением области встали сложнейшие задачи, связанные с необходимостью решения проблем медико-социального характера. Уже с первых месяцев войны в область начало прибывать большое количество эвакуированного населения. На 01.11.42 в Архангельской области проживало 74 548 эвакуированных, в том числе 36 372 ребенка¹¹. Появились вспышки особо опасных инфекций. За 1942 г. в области зарегистрировано 2333 случая сыпного тифа, из них в Онежском районе 505 случаев, в Каргопольском — 347, в Архангельске 420 случаев¹². Катастрофически ухудшилось снабжение продуктами питания, что разрушительно влияло на здоровье людей. За 1942 г. только по Архангельску зафиксировано 16 522 случая заболевания цингой. Алиментарная дистрофия диагностирована у 26 618 жителей города¹³. На фоне общего ухудшения здоровья населения выросла детская заболеваемость и смертность, особенно среди детей эвакуированных¹⁴.

Мобилизация значительной части мужского населения в армию предопределила необходимость медико-социального обеспечения семей военнослужащих. Высокая инвалидизация как следствие боевых и производственных травм потребовала дополнительных усилий по организации медико-социальной помощи инвалидам войны и труда.

Особая задача органов здравоохранения тыла заключалась в обеспечении работы эвакуогоспиталей. На 07.09.43 в Архангельской области функционировало 18 эвакуогоспиталей, из них 9 в Архангельске¹⁵.

В экстремальных условиях военного времени деятельность по поддержанию общественного здоровья населения полностью контролировалась государством, что в условиях чрезвычайного положения сыграло безусловно положительную и решающую роль. Адекватно возникшим проблемам были четко определены приоритетные направления функционирования органов здравоохранения тыла: лечение раненых (эвакогоспитали), медико-социальная помощь инвалидам войны и труда, проведение противоэпидемических мероприятий, организация медицинского обеспечения рабочих оборонных предприятий, оказание медико-социальной помощи семьям военнослужащих, медицинской помощи детям, организация медицинского обслуживания эвакуированных.

В соответствии с этим определялись приоритетные группы населения. К ним относились раненые, инвалиды войны и труда, рабочие оборонных предприятий, семьи военнослужащих, дети, эвакуированные. Согласно приоритетам осуществлялась работа медицинской службы тыла. На протяжении 1941—1945 гг. издан целый ряд правительственных постановлений, регламентирующих деятельность органов здравоохранения на местах. В октябре 1941 г. в Архангельской области был образован комитет помощи по обслуживанию больных и раненых бойцов и командиров Красной Армии, при облздравотделе организован отдел эвакуогоспиталей. При каждом райздравотделе созданы медико-санитарные советы, при исполко-

мах местных Советов — чрезвычайные полномочные противоэпидемические комиссии.

Основным смыслом учреждения подобных институтов являлись объединение и координация усилий органов власти, здравоохранения, социального обеспечения, образования и общественности в направлении поддержания здоровья населения. Таким образом, в период Великой Отечественной войны были сделаны первые шаги по формированию в широком смысле системы здравоохранения.

Обращал на себя внимание факт возрастания роли медико-социальной работы в экстремальных условиях военного времени. Значительная часть нагрузки по социальной и медико-социальной реабилитации населения (инвалидов, семей военнослужащих, детей, эвакуированных) выполнялась медицинскими работниками. Помимо должностных лиц, медико-социальная работа осуществлялась многочисленными добровольными помощниками. Широкое привлечение гражданского населения, объединенного одной идеей, к социальной деятельности имело в годы войны важное значение в ослаблении многоуровневого проявления социально-стрессовой реакции.

Чрезвычайные условия существования явились катализатором профилактики как защитного медико-социального механизма. Это свидетельствует об усилении общесоциальной функции медицины и здравоохранения в экстремальной ситуации. Активизация профилактической деятельности и самосохранительного поведения стали важнейшим элементом в процессе многоуровневой адаптации (государство—социальная группа—личность) к экстремальным социально-экономическим условиям военных лет.

Цикличность развития общества предполагает повторяемость различных его состояний. В связи с этим тезис о правомерности изучения исторического опыта приобретает соответствующее значение.

Начавшийся в современных условиях процесс реформирования российского общества сопровождается ухудшением социальной ситуации в стране и разрушением общественного здоровья россиян. В этих условиях неразвитость системы охраны здоровья (в широком смысле) не позволяет ей противостоять деградирующим социальным условиям жизни людей. По сложившейся традиции обязанности по охране общественного здоровья возлагаются на службу здравоохранения, что концептуально неверно. Финансово обескровленные органы здравоохранения с трудом справляются только с лечебной функцией. Появившийся в медицине частный сектор не получил широкого распространения. Структуры медицинского страхования до сих пор не функционируют с ожидавшейся от них эффективностью.

В процессе формирования новых общественных отношений, основанных на законах рынка, направленность государственной социальной политики меняется. Перспективная социальная доктрина не выработана. Однако очевидно, что в ней будут преобладать тенденции, ориентированные на снижение вмешательства государства в решение индивидуальных проблем граждан, в том числе и в сфере охраны общественного здоровья.

Отход от материалистических принципов в области здравоохранения обуславливает необходимость срабатывания дискретных механизмов самосохранительного поведения. Основой этого самосохранительного действия является здоровый образ жизни, роль которого в значительной степени возрастает именно в экстремальных социально-экономических условиях. В то время как высококвалифицированная медицинская помощь становится недоступной для значительной части населения, профилактика заболеваемости на индивидуальном уровне, уровне социальной группы приобретает новое значение.

Следует отметить, что рыночное управление по сути не приспособлено обрабатывать профилактическое направление. Сегодня в России профилактический принцип поддерживается во многом благодаря гуманистическим традициям общественной медицины, сохранившимся в среде медицинских работников. Вместе с тем роль общественности в вопросе поддержания здоровья прогрессивно снижается. В России существует серьезная проблема исчезновения реального субъекта профилактической деятельности.

Рассматривая общество как саморегулирующую систему, применительно к нашему исследованию, уместно выделить две важные черты функционирования этой системы в экстремальных условиях — повышение частоты ошибок в работе и преимущество межсекторальных форм перед специализацией. Поэтому в период социально-экономического кризиса, сопровождающегося разрушительным воздействием негативных социальных условий на здоровье нации, использование медико-социальных реабилитационных технологий может явиться, по видимому, одним из выходов из сложившейся социальной ситуации. Перспективным в этом отношении представляется уже

⁸ГАО. Ф.2063.Оп.1.Д.1246.Л.14.

⁹ГАО. Ф.1932.Оп.1.Д.476.Л.6.

¹⁰ГАО. Ф.1932.Оп.1.Д.455а.Л.2.

¹¹ГАО. Ф.2063.Оп.1.Д.1483.Л.2.

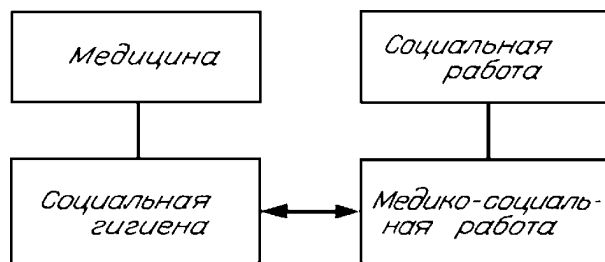
¹²ГАО. Ф.1932.Оп.1.Д.470.Л.75.

¹³ГАО. Ф.1932.Оп.1.Д.468.Л.78.

¹⁴Ф.2063.Оп.1.Д.1483.Л.58.

¹⁵Ф.2063.Оп.1.Д.1629.Л.64.

начавшийся процесс становления медико-социальной работы как нового направления профессиональной деятельности. При этом место медико-социальной работы среди смежных специальностей можно графически изобразить в виде следующей схемы:



Возникшая на стыке двух профессий медико-социальная работа предполагает соответствующую целенаправленную подготовку кадров. В Архангельской государственной медицинской академии с 1991 г. функционирует факультет социальных работников. Накопленный за 4 года опыт переподготовки социальных работников и специфика вуза позволили в 1995 г. начать очное пятилетнее обучение специалистов по медико-социальной работе. В основу предложенной концепции их образования положены традиции российской общественной медицины и социальной работы. Активно изучается опыт и развивается сотрудничество со школами социальной медицины и социальной работы Швеции, Финляндии, Норвегии, США. Подготовка квалифицированных кадров медико-социальных работников позволит более эффективно решать задачи охраны общественного здоровья на Европейском Севере России.

В 1991 г. при Архангельской государственной медицинской академии открыт первый в России диссертационный совет по специальности "Безопасность, защита, спасение и жизнеобеспечение населения в чрезвычайных ситуациях". Создание подобного диссертационного совета в Архангельске связано с уникальными региональными особенностями северо-европейского региона, отличающимися спецификой социально-эконо-

мической, экологической, этно-социальной ситуации, своеобразием процессов освоения Севера.

Приведенный в статье материал позволяет сделать следующие обобщения по изучаемой проблеме.

Экстремальность социально-экономических условий развития государства обуславливает возникновение чрезвычайной ситуации в социальной сфере, в частности в здравоохранении. Не относясь к разряду приоритетных направлений государственной деятельности, здравоохранение в сложные периоды новейшей истории России становится одним из наиболее уязвимых звеньев в системе общественных отношений.

Стратегия и тактика здравоохранения в экстремальных условиях на различных исторических этапах формировалась в соответствии с принципами официальной политики. Это подтверждает тот факт, что охрана здоровья как сфера общественной деятельности носит чрезвычайно социализированный характер.

Отсутствие достаточного потенциала системы здравоохранения на фоне разрушающего воздействия негативных социальных факторов является важнейшей причиной снижения уровня общественного здоровья населения.

Материально-финансовый и кадровый дефицит отрасли на различных этапах ее развития в экстремальных условиях не позволяет в достаточной мере реализовывать декларируемые принципы здравоохранения. Это явилось причиной выделения приоритетных направлений деятельности и предопределяло неодинаковые для различных социальных групп объем, качество, своевременность оказания медицинской помощи.

Разрушающее воздействие социальных условий и недостаточная способность системы здравоохранения противостоять им в кризисные периоды обуславливают многократное возрастание роли профилактики и пропаганды сознательного отношения к образу и стилю жизни.

Особая значимость влияния социальных условий на общественное здоровье предполагает в целях его поддержания использование новых медико-социальных технологий. В связи с этим оптимальным представляется объединение усилий ряда служб, осуществляющих свою деятельность в социальной сфере (здравоохранение, социальная защита, образование и т. д.).

Важное значение приобретает организация медико-социальной работы на основе межсекторального подхода в профессиональной деятельности.

Поступила 29.11.95