ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АКАДЕМ. И. П. ПАВЛОВА

МИРИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

РЕФЕРАТ

по истории медицины на тему:

"ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ"

Выполнила: студентка I курса (105группа)

лечебного факультета

Тющина А.Н.

Преподаватель: Давыдова Т.В.

г. Санкт-Петербург

апрель, 2015

Содержание

Введение.

I. Основные этапы развития советского здравоохранения.

.1 Период становления советского здравоохранения (1917-1920 гг.)

.2 Здравоохранение в период 1921-1925 гг.

.3 Здравоохранение в довоенный период (1926-1940 гг.)

.4 Здравоохранение в период Великой Отечественной войны и восстановления народного хозяйства (1941-1952 гг.)

.5 Здравоохранение СССР в послевоенный период (1952-1991г.). Основные принципы советского здравоохранения.

.1 Государственный характер

.2 Профилактическое направление

.3 Участие населения в здравоохранении

.4 Единство медицинской науки и практики здравоохранения

Заключение

Используемая литература

ВВЕДЕНИЕ

Двадцатый век дал миру больше достижений в области здравоохранения, чем вся предыдущая история человечества.

В начале Советского периода, с приходом к власти большевиков и установлением нового режима, страна представляла собой картину полного краха, являла собой обломки великой империи, огромной разбитой вдребезги монархии, павшей под гнетом жестоких бессмысленных войн. На тот момент смертность возросла в 3 раза, рождаемость сократилась вдвое. Только организованная система здравоохранения могла спасти страну от вымирания, помочь в борьбе с болезнями и эпидемиями. Такая система стала активно формироваться в 1918 г.

С 1917 г., в условиях формирования нового общественного строя в нашей стране, создаются новые органы управления и формируются теоретические основы здравоохранения. Созданная в СССР система здравоохранения - одно из выдающихся достижений советского народа. Советское здравоохранение внесло большой вклад в медицину нашей страны.

Безусловно, принципы советского здравоохранения не сформировались за час или даже за сутки, они устанавливались годами под "строгим оком" непростых событий, происходивших в 20 веке в нашей стране.

Цель моей работы заключается в том, чтобы рассмотреть основные принципы советского здравоохранения.

Согласно этой цели в работе поставлены соответствующие задачи:

изучение основных этапов развития советского здравоохранения, формулировка и рассмотрение основных принципов здравоохранения в СССР.

I. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На мой взгляд, прежде чем формулировать и рассматривать основные принципы советского здравоохранения, нужно изучить историческую базу, на которой они формировались. Именно поэтому, стоит рассмотреть развитие здравоохранения СССР на разных этапах.

1.1 Период становления советского здравоохранения (1917-1920 гг.)

В первые годы советской власти в России свирепствовали эпидемии сыпного тифа, холеры, брюшного тифа и других инфекционных заболеваний. Медицинское дело было рассредоточено по ведомствам, не имело достаточного финансирования и обеспечивалось главном образом за счет бюджетов земств и самоотверженной работы передовых земских врачей. Повсеместно крайне недоставало квалифицированных медицинских кадров, лечебных учреждении, медикаментов. Гражданская война и военные операции на всей территории страны усиливали , разруху в промышленности и сельском хозяйстве. Население страны голодало. Не хватало топлива. Транспорт, системы водоснабжения и очистки городов и деревень находились в весьма запущенном состоянии, что создавало опасную эпидемиологическую ситуацию.

«Основное впечатление от положения в России - это картина колоссального непоправимого краха, - писал Герберт Уэллс, посетивший нашу страну в сентябре-октябре 1920 г. - Громадная монархия, которую я видел в 1914 году, с ее административной, социальной, финансовой и экономической системами, рухнула и разбилась вдребезги под тяжким бременем шести лет непрерывных войн. История не знала еще такой грандиозной катастрофы. На наш взгляд, этот крах затмевает даже саму Революцию... Большевистская статистика, с которой я познакомился, совершенно откровенна и честна... Смертность в Петрограде--свыше 81 человека на тысячу; раньше она составляла 22 человека на тысячу, но и это было выше, чем в любом. европейском городе. Рождаемость среди недоедающего и глубок ко удрученного населения - 15 человек на тысячу; прежде она была почти вдвое больше»

С 1917 г. в нашей стране вопросы охраны здоровья стали государственной задачей, что обеспечивалось государственным руководством и финансированием служб здравоохранения и медицинской науки. Тяготы революции, гражданская война, разруха, голод, несовершенная организация медико-санитарной помощи, недостаток врачей обусловили перечень неотложных задач этого периода: строительство новой системы организации медикосанитарной службы в Красной Армии; борьба с эпидемиями; привлечение медицинских работников к активной работе и создание необходимых учреждений для оказания медицинской помощи населению; охрана материнства и младенчества.

октября (8 ноября) 1917 г. при Военно-революционном комитете Петроградского Совета рабочих и солдатских депутатов был образован медико-санитарный отдел во главе с М.И.Барсуковым. Этому отделу поручалось начать реорганизацию медико-санитарного дела в стране, а также организовать медицинскую помощь восставшим.

Среди создаваемых в эти годы комиссариатов не было специального Комиссариата здравоохранения, но в различных комиссариатах организовывались медицинские коллегии. 24 января 1918 г. декретом СНК РСФСР медицинские коллегии всех комиссариатов были объединены в Совет врачебных коллегий, который стал высшим медицинским органом в стране. Председателем Совета врачебных коллегий был назначен А.Н.Винокуров, его членами стали Е.А.Артеменко, М.И.Барсуков, В.М.БончБруевич (Величкина), С.Ю.Багоцкий, И.С.Вегер, М.Г.Вечеслов, М.В.Головинский, С.И.Мицкевич, Е.П.Первухин. После переезда советского правительства в Москву в марте 1918 г. в Совет вошли Н.А.Семашко, З.П.Соловьев, В.И.Русаков, А.П.Голубков, А.П.Кост, В.С.Вейсброд.

Состоявшийся 16-19 июня 1918 г. Всероссийский съезд медико-санитарных отделов Советов по докладу З.П.Соловьева и В.М.Бонч-Бруевич принял решение о создании Народного комиссариата здравоохранения, кроме того, на съезде обсуждались насущные проблемы здравоохранения этого периода: «Об организации и задачах советской медицины на местах» (доклад Н.А.Семашко), «Об организации борьбы с эпидемиями в условиях Советской республики» (доклад А.Н.Сысина), «О страховой медицине» (И.В.Русаков и Г.В.Линдов).

июля СНК принял декрет «Об учреждении Народного комиссариата здравоохранения». Народным комиссаром здравоохранения был назначен Н.А.Семашко, его заместителем - З.П.Соловьев, в состав коллегии НКЗ вошли В.М.Бонч-Бруевич (Величкина), А.П.Голубков, П.Г.Дауге, Е.П.Первухин.

На местах создавались медико-санитарные отделы Советов, которые проводили решения центральных органов в области здравоохранения на своих территориях.

Для организации медицинского обслуживания бойцов Красной Армии постановлением ВЦИК в октябре 1919 г. был создан специальный комитет помощи раненным и больным красноармейцам. Большая роль в координировании всех вопросов принадлежит З.П.Соловьеву, который в январе 1920 г. возглавил Главное военно-санитарное управление Рабоче-крестьянской Красной Армии. В 1919 г. он избран председателем исполкома Российского общества Красного Креста. Госпитальная база была приближена к местам боевых действий, осуществлена мобилизация медицинских работников. Проводились специальные меры по борьбе с эпидемиями, особенно сыпного тифа, как в войсках, так и среди гражданского населения. Часто устраивались «недели чистоты», «банные недели». На железнодорожных и водных станциях организовывались санпропускники. Для больных сыпным тифом развертывались дополнительные койки. Массовая профилактическая помощь сочеталась с санитарным просвещением, для которого были найдены действенные формы.

Необходимо было налаживать оказание медицинской помощи рабочим. Основополагающее значение имел декрет ВЦИК от 22 декабря 1917 г. «О страховании на случай болезни», который обязывал больничные кассы оказывать застрахованным - рабочим, служащим и членам их семей - бесплатную помощь, что положило начало осуществлению принципа бесплатной, общедоступной и квалифицированной медицинской помощи трудящимся. Больничные кассы, располагавшие определенными средствами, создали ряд крупных амбулаторий, больниц и поликлиник. Таким образом, в первые месяцы советской власти страховая медицина стала превращаться в «грандиозную организацию, о которой вряд ли мечтали страховые деятели прежней эпохи». Но просуществовала она недолго - до февраля 1919 г., так как вскоре после образования Наркомздрава руководители здравоохранения пришли к выводу, что все медицинские учреждения в стране должны быть толь- ко государственными.

В декабре 1918 г. была национализирована вся аптечная сеть, в Нар- комздраве организован фармацевтический отдел.

Несмотря на тяжелейшие условия рассматриваемого периода, именно в эти годы был провозглашен приоритет профилактической медицины, начат комплекс мероприятий по борьбе с социальными болезнями - туберкулезом, венерическими заболеваниями. В Наркомздраве были организованы секция по борьбе с туберкулезом и подсекция по борьбе с венерическими заболеваниями. Начали создаваться лечебно-профилактические учреждения нового типа - диспансеры (противотуберкулезный и венерологический). В 1919 г. в Москве состоялся I Всероссийский съезд по борьбе с социальнымболезнями.

1.2 Здравоохранение в период 1921-1925

здравоохранение профилактический медицинский советский

Здравоохранение в период 1921-1925 гг. Эти годы проходили под знаком восстановления разрушенной медицинской сети. Число медицинских учреждений возрастало, в том числе увеличивалось и число диспансеров. В связи с введением НЭПа появилась необходимость перестройки работы здравоохранения, исходя из новых условий. Большинство медицинских учреждений было переведено с государственного на местный бюджет, который не везде был достаточным. Это приводило к закрытию ряда учреждений и введению платы за лечение. Однако вскоре III Всероссийский съезд здравотделов провозгласил незыблемость основных принципов здравоохранения - государственный характер и бесплатность. К концу этого периода вновь начинает отмечаться рост количества медицинских учреждений не только в городах, но и в сельской местности.

Эпидемическая обстановка в стране продолжала оставаться сложной. В результате огромных усилий эпидемии удалось локализовать. В эти годы большое внимание уделялось борьбе с малярией: при Наркомздраве в 1921 г. была организована Центральная малярийная комиссия, а на местах - малярийные станции и пункты. В 1924 г. издан специальный декрет СНК РСФСР «О мероприятиях по борьбе с малярией». Началась планомерная борьба с оспой, также закрепленная декретами: «Об обязательном оспопрививании» (октябрь 1924 г., как дополнение к декрету 1919 г.), обязывающий проводить ревакцинацию. Важное значение имел декрет «О меpax пo улучшению водоснабжения, канализации и ассенизации». В июне 1921 г. было издано постановление, согласно которому в Наркомздраве сосредотачивалось все дело санитарной охраны жилищ. Началась реализация лозунга «От борьбы с эпидемия- ми к оздоровлению труда и быта», провозглашенного V Всероссийским съездом здравотделов и знаменующего синтез лечебной и профилактической работы.

Значение широких оздоровительных мер, вовлечение трудящих- ся в работу по оздоровлению, санитарному просвещению подчеркнул III Всероссийский съезд Советов (1925 г., по докладу Н.А.Семашко). Именно в это время широкое распространение получили разнообразные формы участия населения и объединений трудящихся в работе лечебно-профилактических учреждений, оздоровлении условий труда и быта.

Особенно остро в эти годы ощущался недостаток врачей и другого медицинского персонала. В связи с новыми условиями, задачами и содержанием советской медицины, а также привлечением в учебные заведения нового студенчества - детей рабочих и крестьянской бедноты - была проведена реформа медицинского образования. Стали открываться новые медицинские факультеты университетов. Особую роль в реорганизации медицинского образования сыграли кафедры социальной гигиены, способствующие внедрению профилактических начал в медицину, изучению социальных проблем медицины.

К концу этого периода наметились некоторые тенденции к улучшению состояния здоровья населения: сократилась заболеваемость и смертность от острозаразных болезней, общая смертность снизилась до 20,3 на 1000 населения, постепенно стала расти продолжительность жизни.

.3 Здравоохранение в довоенный период (1926-1940 гг.)

С началом первых пятилеток в экономической политике страны был взят курс на индустриализацию и коллективизацию. Форсированные индустриализация и экономический рост в условиях нехватки капиталов вели к увеличению разрыва между экономической и социальной сторонами развития. При значительном увеличении капиталовложений в промышленность доля расходов на социальную сферу и здравоохранение сокращалась.

Основным методом лечебно-профилактической помощи провозглашается диспансеризация. Одним из первых диспансерный метод стал внедряться в Московском здравоохранении, возглавляемом В.А.Обу- хом. Активно он применялся в Ленинграде, Киеве и других крупных городах. Опыт диспансеризации этих лет имел положительное значение: диспансерный метод вышел за рамки социальных болезней и стал использоваться во всех медицинских учреждениях. С другой стороны, в конце 1920х годов диспансерный метод пытались внедрять в неоправданно широких масштабах, что привело к теоретическим и практическим просчетам в проведении диспансерной работы, что в значительной мере объясняется недоучетом ограниченных возможностей материально-технической базы здравоохранения, недостатком медицинского персонала.

Жесткое проведение классово-политической линии стало определяющим принципом в организации медицинского обеспечения населения. Главной задачей органов здравоохранения являлось обслуживание промышленных рабочих и колхозного крестьянства. Выступивший на VII Всероссийском съезде здравотделов (1930) с программным докладом нарком здравоохранения М.Ф.Владимирский определил круг задач, требующих неотложного решения: экономических проблем здравоохранения, рациональной организации медицинской помощи как важнейшего фактора повышения производительности труда, снижения потерь рабочего времени в связи с нетрудоспособностью по болезни и др. Большое значение придавалось планированию здравоохранения и медицинской науки. Особая роль отводилась здравпунктам на промышленных предприятиях. Много внимания уделялось борьбе с профессиональными заболеваниями и травматизмом.

Более основательно в эти годы решаются вопросы санитарного законодательства. Выходит ряд правительственных законов по санитарному делу: постановления СНК РСФСР «О санитарных органах республики» (1927), «Об учреждении Положения о санитарных органах республики» (1927). Результатом явилось установление повсеместного постоянного предупредительного и текущего санитарного надзора, четко определялись права и функции санитарных органов.

В конце 1920х годов появились новые учреждения - санитарно-эпидемиологические станции (СЭС) - органы, управляющие мероприятиями по борьбе с инфекционными и паразитарными болезнями, организующие работу по оздоровлению окружающей среды. В 1933 г. была создана Государственная санитарная инспекция для руководства работой органов санитарной инспекции на всей территории страны.

В 1930 г. происходит реформа медицинского образования, суть которой заключалась в реорганизации медицинских факультетов в самостоятельные медицинские институты и передаче их из Народного комиссариата просвещения в НКЗ, что способствовало совершенствованию планирования приема и выпуска врачей, увеличению числа медицинских институтов, а следовательно, и числа врачей (в 1928 г. - 70 тыс. врачей, в 1940 г. - 155,3 тыс.). Началось профильное обучение, в медицинских институтах организуются лечебный, санитарно-гигиенический и педиатрический факультеты. К 1940 г. в стране насчитывалось 72 медицинских вуза. В 1934 г. наркомом здравоохранения РСФСР назначается Г.Н.Каминский, оставивший заметный след в истории советского здравоохранения. В июле 1936 г. был создан Народный комиссариат здравоохранения СССР, и первым наркомом утверждается Г.Н.Каминский. Так была завершена централизация медикосанитарного дела в стране. В ведение НКЗ СССР перешли республиканские народные комиссариаты здраво- охранения.

Одними из неотложных задач здравоохранения 1930х годов были улучшение внебольничной помощи и снижение заболеваемости населения.

Действовавший в стране так называемый остаточный принцип финансирования здравоохранения обусловил серьезное ослабление внимания к вопросам охраны здоровья и, как следствие, сокращение ассигнований, приостановку роста сети, уменьшение числа лечебно-профилактических учреждений. Начиная с 1934-1935 гг., сеть медицинских учреждений на промышленных предприятиях уменьшалась, качество обслуживания рабочих снизилось, показатели заболеваемости с временной утратой нетрудоспособности возросли. Сказалась, вероятно, и неудовлетворительная работа органов здравоохранения. Поэтому перед Г.Н.Каменским и сменившим его в 1937 г. на посту наркома здравоохранения СССР М.Ф.Болдыревым были поставлены серьезные задачи по ликвидации выявленных недостатков в здравоохранении. Предусматривались введение в работу принципа участковости, организация помощи на дому, нормирование нагрузки врачей и создание единой номенклатуры медицинских учреждений. Основным звеном медико-санитарного обслуживания на селе стал сельский врачебный участок. Началось строительство здравоохранения в союзных республиках. Для каждой республики была утверждена обязательная сеть врачебных участков, обеспеченных врачами. Был предусмотрен бюджет учреждений здравоохранения. Создается медицинская и фармацевтическая промышленность. Проводилось это в тяжелых условиях массовых репрессий и других нарушений законности по отношению ко всем слоям общества, в том числе и к медикам. Не миновали они и первых наркомов здравоохранения СССР.

Статистические данные этого периода отражали в основном количественный рост сети и кадров, не выявляя массы нерешенных проблем здравоохранения. Так, по официальным данным, число больничных коек возросло с 247 тыс. в 1928 г. до 791 тыс. в 1940 г. Снизилась общая смертность (1940 - 18,0 на 1000 населения), возросла средняя продолжительность жизни. Были ликвидированы опасные эпидемические заболевания, сократилась заболеваемость малярией, другими инфекционными и паразитарными заболеваниями.

1.4 Здравоохранение в период Великой Отечественной войны и восстановления народного хозяйства (1941-1952 гг.)

В годы Великой Отечественной войны службы здравоохранения были нацелены на выполнение задач, обусловленных военным временем: оказание медицинской помощи раненым на этапах эвакуации, быстрейшее восстановление их боеспособности, предупреждение эпидемий. Решались эти задачи с неимоверными трудностями.

Еще в мае 1940 г. в секретном докладе правительственной комиссии отмечалось, что санитарная служба Красной Армии, как показал опыт войны с белофиннами, оказалась недостаточно подготовленной: не хватало медицинских кадров, особенно хирургов, неудовлетворительной была подготовка медицинского персонала по вопросам военно-полевой хирургии, организации и тактики медицинской службы.

Накануне войны 1941 г. медицинские учреждения были укомплектованы врачами лишь на 77%. Остро ощущался недостаток в квалифицированных руководителях военно-медицинской службы, не была завершена перестройка медицинской службы Красной Армии, не разработаны основные положения деятельности военных медиков в боевой обстановке.

Особенно тяжелые потери отмечались в первые месяцы войны во время окружения или вынужденного отступления. Были разрушены многие медицинские учреждения, уничтожены имущество медико-санитарных учреждений, запасы лекарств, различное оборудование.

Действиям военных медиков в первые два года войны особенно мешали устаревшие, но оставшиеся руководящими довоенные представления о тактике медицинской службы, в частности жесткая регламентация расположения госпиталей. В этих условиях для выполнения своего профессионального долга от медиков требовались напряжение всех сил, высокое мастерство, самостоятельность в работе. Благодаря этому удалось предотвратить массовые эпидемии, добиться возвращения в строй значительного процента раненых и больных.

Спустя некоторое время на основе единой военно-полевой медицинской доктрины была создана система этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению, которая предусматривала проведение преемственных и последовательных мероприятий в сочетании с эвакуацией по медицинским показаниям и с учетом боевой обстановки. Впервые в истории отечественной военной медицины была организована специализированная медицинская помощь в соответствующих профилированных госпиталях, максимально приближенная к раненому. Раненным в голову, грудь, живот, бедро, суставы оказывали помощь компетентные специалисты. Была разработана и быстро внедрена система лечения легкораненых. Создание терапевтических госпиталей упорядочило систему лечения больных.

Ведущую роль в организации медицинского обеспечения действую- щей армии играло Главное военно-санитарное управление, возглавляемое Е.И.Смирновым. Большое значение в организации медицинского обеспечения боевых действий войск, в совершенствовании методов лечения больных и раненых и обобщении боевого опыта медицинской службы имел Ученый медицинский совет при начальнике Главного военно-санитарного управления.

Для внедрения в практику единых принципов лечения и профилактики, а также для развертывания в условиях войны научных исследований важное значение имело введение в руководящие органы медицинской службы в центре и на фронтах должностей главных специалистов, на которые назначались известные ученые: М.А.Ахутин, С.И.Банайтис, А.А.Вишневский, М.С.Вовси, С.С.Гирголав, Н.Н.Еланский, Ф.Г.Крот- ков, П.А.Куприянов, И.А.Молчанов, В.Н.Шамов, С.С.Юдин и др. Пост главного хирурга Советской Армии занимал Н.Н.Бурденко, а аналогичную должность в Военно-морском флоте - Ю.Ю.Джанелидзе.

Были не только разработаны методы лечения ран, травм, восстановления трудоспособности, переливания крови и кровезаменителей, борьбы с шоком и послераневыми осложнениями, предложены эффективные лекарственные средства, но и продолжались фундаментальные исследования, определившие перспективу важнейших направлений современной медицинской науки. В 1944 г. была учреждена Академия медицинских наук СССР, объединившая ведущие научно-исследовательские институты медицинского и медико-биологического профиля. Первым президентом АМН СССР стал Н.Н.Бурденко.

Была создана эффективная система санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, охватывающих войска и гражданское население страны. Во всех республиках, областях, городах и районах были созданы чрезвычайные противоэпидемические комиссии, обладавшие широкими полномочиями. Нарком здравоохранения СССР Г.А.Митирев был назначен уполномоченным Государственного комитета обороны по противоэпидемической работе, что позволило сосредоточить в едином органе все меры по предотвращению эпидемий.

Сложные и трудные задачи стояли и перед органами гражданского здравоохранения: необходимо было обеспечивать страну медицинскими кадрами, организовывать лечение в эвакогоспиталях раненых и больных, сохранять санитарное благополучие тыла, оказывать медицинскую помощь гражданскому населению, в том числе женщинам и подросткам, установить медицинский надзор над эвакуированными детьми.

июля 1944 г. издается указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства» в целях "увеличения материальной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, поощрения многодетности и усиления охраны материнства и детства".

Немалую роль сыграли медицинские работники и в обороне Ленин- града: они должны были обеспечить охрану здоровья населения осажденного и обстреливаемого города. Все крупные больницы и медицинские институты значились на немецких картах артобстрелов под специальными номерами как объекты, подлежащие уничтожению. На фронт ушли свыше 2 тыс. врачей. Кроме оказания медицинской помощи гражданскому населению, необходимо было развернуть госпитали для обслуживания раненных и больных бойцов. В короткий срок было организовано большое число таких госпиталей, они были полностью снабжены имуществом и оборудованием.

В первые же месяцы стала формироваться медико-санитарная служба для эвакуированных. Была создана медико-санитарная служба противовоздушной обороны.

На предприятиях, в домохозяйствах, общежитиях были организованы пункты первой помощи. Дружинницы Красного Креста под руководством врачей провели героическую работу по оказанию помощи пострадавшим при воздушных налетах и артиллерийских обстрелах города. Они подбирали больных на улицах, госпитализировали их, выявляли больных на дому, обеспечивали уход за ними.

Организованно работала ленинградская скорая помощь, на долю которой выпала ответственная работа по своевременному оказанию помощи пострадавшим от бомбежек и обстрелов. Немало работников скорой помощи погибли при выполнении своих обязанностей.

Санитарная и противоэпидемическая работа, проведенная работниками здравоохранения и поддержанная жителями города, привела к тому, что в осажденном городе не было эпидемий.

Зимой 1941-1942 гг. до 90% всех коек в больницах занимали больные алиментарной дистрофией, которая часто сопровождалась пневмониями, дизентерией. Значительная часть больных поступала в тяжелейшем состоянии и часто умирала в первые сутки и даже часы после поступления в стационар. За время блокады в городе только от голода умерло более 1 млн. ленинградцев. В конце 1941 - начале 1942 гг. увеличилось число больных с проявлениями авитаминозов. Авитаминозы и алиментарная дистрофия не только сами по себе резко ухудшали состояние здоровья, но значительно осложняли течение и ухудшали исходы других заболеваний. Так, смертность от дизентерии среди больных алиментарной дистрофией и авитаминозами увеличилась в 5 раз, а от сыпного тифа - в 15 раз.

Медицинские вузы города продолжали подготовку врачей для военного и гражданского здравоохранения, организовывали многочисленные курсы усовершенствования и специализации для всех звеньев медицинского персонала по различным актуальным проблемам военного времени.

Особенной интенсивностью отличалась научно-исследовательская работа в медицинских и научных учреждениях города. Большой вклад был внесен в теорию и практику разнообразной патологии военного времени, в том числе особенностей патологии блокированного города. В институтах действовали ученые советы, шла защита докторских и кандидатских диссертаций, издавались научные труды и методические рекомендации для военных медиков. Поражает необыкновенная быстрота внедрения научных достижений в практику здравоохранения в эти годы, не сравнимая с до и послевоенным периодами.

После окончания этой жесточайшей войны, принесшей неисчислимые потери для нашей страны, началось постепенное восстановление разрушенной сети здравоохранения, а затем и дальнейшее ее развитие.

Официальные данные свидетельствуют о том, что к 1960 г. число медицинских учреждений, больничных коек, врачей не только достигло довоенного уровня, но и значительно превзошло его. В сельской местности насчитывалось более 63 тыс. фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов. В 1950 г. показатель общей смертности снизился по сравнению с 1940 г. в 2 раза (9,7 на 1000 жителей), уменьшилась заболеваемость и смертность от инфекционных заболеваний. Число врачей возросло в 1,5 раза.

Важнейшим организационным мероприятием этого периода было объединение амбулаторно-поликлинических учреждений с больницами в комплексы - объединенные больницы. Это решение было одобрено Всесоюзным совещанием работников здравоохранения в 1947 г., обосновывая этот шаг повышением качества медицинской помощи и квалификации врачей. Действительными положительными сторона- ми объединения были: доступность госпитализации, расширение возможностей диагностики, преемственность наблюдения за больными, благоприятные условия для повышения квалификации врачей. Однако объединение часто проходило по формальному принципу: поликлиники объединялись с инфекционными больницами, наблюдалась территориальная разобщенность поликлиники и больницы, преимущественное внимание уделялось стационару: за счет поликлиники укомплектовывались штаты стационара, материальные средства в большей степени расходовались на укрепление базы стационара. Поэтому в конце 1960 - начале 1970х годов появилась тенденция к разъединению таких больниц и поликлиник, а в крупных городах в новых жилых районах было разрешено строительство самостоятельных поликлиник.

1.5 Здравоохранение СССР в послевоенный период (1952-1991 г.)

В эти годы шли поиски новых форм и методов оказания лечебно-профилактической помощи населению.

Была проведена реформа управления здравоохранением в сельской местности. Районные отделы здравоохранения упразднялись, и все административные и хозяйственные функции по отношению к учреждениям здравоохранения района передавались районной больнице, главный врач которой становился главным врачом района. Центральные районные больницы стали организационно-методическими центрами квалифицированной медицинской помощи.

В 1960е годы наряду с дальнейшим развитием сети медицинских учреждений все больше внимания уделялось развитию специализированных служб, обеспечению населения скорой и неотложной медицинской помощью, стоматологической и рентгенорадиологической помощью. Были проведены конкретные мероприятия по снижению заболеваемости туберкулезом, полиомиелитом, дифтерией. Строительство крупных многопрофильных больниц и увеличение мощности существующих центральных районных больниц до 300-400 коек со всеми видами специализированной помощи министр здравоохранения С.В.Курашов рассматривал как генеральную линию развития здраво- охранения.

Больше внимания стали уделять организации медицинской помощи больным с патологией органов дыхания, сердечнососудистыми, онкологическими, аллергическими заболеваниями.

Однако всё отчетливее было видно, что результаты деятельности органов здравоохранения перестали соответствовать потребностям населения, насущным задачам времени.

Финансирование здравоохранения продолжало осуществляться по остаточному принципу. По сравнению с другими странами мира, где при оценке финансирования исходят из показателей доли национального дохода, идущего на здравоохранение, в 1970-1980е годы СССР занимал место в 7м десятке стран. Оценка по доле госбюджета, идущего на эти цели, показала, что эта доля неуклонно снижалась: 1960 г. - 6,6%, 1970 г. - 6,1%, 1980 г. - 5,0%, 1985 г. - 4,6%, 1993 г. - 3,5%. Рост ассигнований в абсолютных величинах едва покрывал расходы, связанные с ростом населения страны.

Здравоохранение стали включать в сферу обслуживания, внимание административно-управленческого аппарата к охране здоровья людей снизилось.

Профилактическое направление медицины в его традиционном понимании как борьба с массовыми, преимущественно инфекционными, остро протекающими заболеваниями путем санитарно-противоэпидемических мер стало исчерпывать себя. Одна из причин этого - стремительная трансформация патологии: все большее преобладание неэпидемических хронических болезней, составивших основу современной структуры смертности и заболеваемости. Появились новые вопросы, связанные с недооценкой не только в 1930-1940е годы, но и в 1950- 1960е годы проблем окружающей среды и гигиены труда. Таким образом, по-прежнему декларируемое профилактическое направление на практике не выполнялось, у врачей преобладал лечебный раздел работы, профилактикой же врачи занимались формально, часто «для отчета».

Особое место принадлежит значимости экстенсивных путей развития здравоохранения. Несомненно, что на определенном этапе развития, когда многие проблемы охраны здоровья были связаны с нехваткой врачей, больниц, поликлиник, санитарно-эпидемиологических учреждений, эти пути сыграли свою роль. Но они могли привести к успехам лишь до определенной степени, при определенных условиях. Был упущен момент, когда от количественных показателей развития здравоохранения надо было осуществить качественный скачок на основе дополнительного финансирования, иного подхода к использованию ресурсов, поиску новых форм и методов работы всех звеньев здраво- охранения с включением материальных стимулов, с новыми подходами в подготовке кадров. Несмотря на продолжающийся рост сети и числа медицинских кадров, обеспеченность населения врачами и койками была далека от желаемой, доступность высококвалифицированной и специализированной помощи уменьшалась и была недостаточной даже в городах. Не исчезал дефицит лекарств, медицинских приборов и оборудования. Недостаточными темпами снижались заболеваемость и смертность населения. Задачи в области здравоохранения определялись постановления- ми ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению здравоохранения» (1960, 1968, 1977, 1982) : разработать перспективные планы развития и рационального размещения сети амбулаторно-поликлинических учреждений с учетом численности и структуры обслуживаемого населения, имея в виду полное обеспечение населения всеми видами высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи, расширение объема массовых профилактических осмотров и диспансеризации; осуществлять строительство крупных преимущественно самостоятельных поликлиник мощностью на 750 и более посещений в смену; при развертывании новых лечебных и диагностических кабинетов в поликлиниках строго соблюдать санитарные нормы; обеспечить коренное улучшение организации работы регистратур с учетом конкретных условий, внедрять новые формы и методы их работы: самозапись больных, расширение информации о времени работы лечебных, диагностических и процедурных кабинетов, предварительная запись по телефону и другие, шире использовать для этих целей автоматизированные системы; расширить внедрение в деятельность учреждений здравоохранения прогрессивных форм и методов организации труда врачей, направленных на максимальное высвобождение их от работ, не связанных непосредственно с обследованием и лечением больных (диктофонный метод ведения документации, использование штампов клише, рецептотек и др.);организовать по согласованию с исполкомами местных Советов народных депутатов режим работы поликлинических учреждений, обеспечивающий оказание специализированной медицинской помощи в необходимом объеме лечебными, диагностическими, рентгеновскими кабинетами и лабораториями во внерабочее время во все дни недели, в т.ч. субботние дни, а в воскресные и праздничные дни обеспечить дежурства врачей-терапевтов по приему больных в поликлинике и оказанию медицинской помощи и выполнение врачебных назначений больным на дому; осуществить в 1978 - 1985 годах разукрупнение территориальных терапевтических и педиатрических участков, доведя численность обслуживаемого взрослого населения на одного участкового врача-терапевта в 1982 году в среднем до 2 тыс. человек и к 1985 году в среднем до 1,7 тыс. человек, а численность обслуживаемых детей на одного участкового врача-педиатра к 1980 - 1982 годам в среднем до 800 человек. Обеспечить, начиная с 1978 года, ежегодный прирост числа врачебных должностей участковых терапевтов и педиатров и их полное укомплектование врачами; устанавливать, начиная с 1978 года, конкретные ежегодные задания областным (краевым) отделам здравоохранения и министерствам здравоохранения автономных республик по разукрупнению врачебных участков и приросту числа должностей участковых терапевтов и педиатров. Осуществлять строгий контроль за соблюдением на местах плановой дисциплины; Совершенствовать работу учреждений скорой и неотложной медицинской помощи, укреплять их материально-техническую базу, развернуть строительство по типовым проектам станций и подстанций скорой медицинской помощи; обеспечить к 1985 году во всех областных, краевых, республиканских центрах и крупных промышленных городах организацию больниц скорой медицинской помощи, объединенных со станциями скорой медицинской помощи; обеспечить дальнейшее развитие экстренной специализированной медицинской помощи, в первую очередь организацию кардиологических бригад, бригад интенсивной терапии, педиатрических, токсикологических, травматологических, неврологических и психиатрических.

Многое в этих постановлениях оставалось также на уровне деклараций, вместо кардинальных решений предусматривались необязательные полумеры.

С другой стороны, сложившиеся на протяжении десятилетий формы и методы лечебно-профилактической помощи во многом оправдали себя и получили международное признание. ВОЗ позитивно оценила принципы советского здравоохранения. Международное совещание в Алма-Ате (1978) под эгидой ВОЗ признало организацию первичной медико-санитарной помощи в СССР, ее принципы как одни из лучших в мире.

В эти годы проводится большая работа по улучшению качества подготовки врачей. В медицинских институтах совершенствуются учебный план и программы обучения, вводятся 6й курс - субординатура и после окончания института - интернатура с экзаменом по основной специальности.

декабря 1991 года распался СССР. Политические, экономические и социальные изменения привели к необходимости пересмотра системы лечебно-профилактической помощи населению.

Так заканчивается огромная по значимости глава в истории России под названием "Советское здравоохранение". За 74 года государству удалось построить сильную систему здравоохранения (несмотря на все трудности, через которые прошёл СССР) , вызывающую восхищение и уважение у всех, кто ознакомился с постановкой дела охраны здоровья в СССР.

II. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выше я рассказала историю развития здравоохранения в СССР (см. главу 1), выделяя основные моменты, в этой главе мне бы хотелось более подробно остановится на принципах советского здравоохранения.

Охрана здоровья народа была важнейшей социальной задачей партии. Здоровье людей - главное богатство страны. Забота о его сохранении и укреплении вытекало из самой сути социалистического строя и являлось одним из важных направлений социальной политики КПСС. Советское государство постоянно развивало здравоохранение, основанное на гуманнейших принципах: государственном характере, бесплатности и общедоступности медпомощи, профилактическом направлении, единстве науки и практики, активном участии населения в развитии здравоохранения. Эти принципы в совокупности составляют единую доктрину социалистической системы охраны здоровья, которая отражает основные цели, задачи, формы и методы работы государственных, хозяйственных и общественных организаций, а также органов и учреждений здравоохранения по сохранению и укреплению здоровья советских людей. Разработка этих принципов осуществлялась врачами-большевиками под руководством и при непосредственном участии В. И. Ленина задолго до Великой Октябрьской социалистической революции. Эти принципы сохранили основополагающее значение до распада СССР.

Становление здравоохранения в России в годы советской власти проходило на основе четырех ведущих принципов: государственный характер, профилактическое направление, участие населения в мерах по охране здоровья, единство медицинской науки и практики здравоохранения.

2.1 Государственный характер

Государственный характер - ведущий принцип советского здравоохранения, во многом определяющий возможность реального воплощения в жизнь всех его теоретических и организационных основ. Он выражает ответственность государства за состояние здоровья населения, законодательное, плановое, организационное и материально-техническое обеспечение всех экономических, социальных, административно-хозяйственных и медицинских мер по сохранению и укреплению здоровья; за создание, планомерное развитие и совершенствование медицинской науки, системы служб лечебно -профилактической помощи, систематическое проведение санитарно -гигиенической и противоэпидемических мероприятий, подготовку и усовершенствование медицинских кадров, охрану здоровья женщин и детей, лекарственную помощь и др.

Создание государственной системы управления здравоохранением в РСФСР завершилось учреждением Народного комиссариата здравоохранения в 1918 г. Понятно, что в те годы вновь образованный высший орган по охране здоровья народа сосредоточил свое внимание, прежде всего на самой насущной проблеме момента- борьбе с эпидемиями. 18 июля 1918 г. Совет Народных Комиссаров утвердил «Положение о Народном комиссариате здравоохранения», которым определялся круг стоящих перед ним государственных задач:

а) разработка и подготовка законодательных норм в области медико-санитарного дела,

б) наблюдение и контроль за применением этих норм и принятие мер к неуклонимому их выполнению,

в) издание общеобязательных для всех учреждений и граждан Российской Социалистической Федеративной Советской Республики распоряжений и постановлений в области медико-санитарного дела,

г) содействие всем учреждениям Советской республики в осуществлении медико-санитарных задач,

д) организация и заведование центральными медико-санитарными учреждениями научного и практического характера,

е) финансовый контроль и финансовое содействие в области медико-санитарной деятельности центральных и местных медико-санитарных учреждений,

ж) объединение и согласование медико-санитарной деятельности местных Советов депутатов.

Таким образом, Постановление закрепляло жесткую централизацию управления здравоохранением страны. В условиях первых лет советской власти эта система, с одной стороны, обеспечивала необходимые для того времени потребности в оказании медицинской помощи населению. В те годы бесплатность и льготы здравоохранения сделали сеть больниц и амбулаторий (ныне - поликлиники) доступными широким народным массам. Именно в те годы для десятков миллионов людей обращение к врачу, фельдшеру или в государственное медицинское учреждение стало обычной формой поведения в случае болезни. С другой стороны, централизация управления здравоохранением, возведенная в абсолютный принцип, вместе с уже вступавшим тогда в силу остаточным финансированием здравоохранения, закладывали элементы несбалансированного развития системы здравоохранения. Однако в годы коллективизации и индустриализации они не были еще столь очевидны.

Функция охраны здоровья народа слагается из комплекса разнообразных мероприятий, включающих обеспечение материального благополучия и благоприятных условий труда и быта для населения в целом и каждого гражданина в отдельности, социальное обеспечение и социальное страхование, организацию отдыха и культурного досуга, рациональную систему воспитания и обучения и др., и поэтому не может быть полностью осуществлена лишь деятельностью служб здравоохранения. Органы и учреждения здравоохранения в СССР выполняли важные и ответственные задачи, но по сути дела они являлись лишь частью единой общегосударственной системы охраны здоровья. Другими словами, государственный характер советского здравоохранения не ограничивался только руководством и финансированием органов и учреждений здравоохранения, а предусматривал планомерное и систематическое проведение мер, прямо или косвенно способствующих высокому уровню здоровья и активному долголетию отдельных граждан и населения страны в целом, осуществляемых силами и средствами различных подведомственных государству сфер производственной и непроизводственной деятельности.

Конституцией СССР (1977 г. ) обеспечены права всех граждан Советского Союза на охрану здоровья, получение бесплатной и общедоступной квалифицированной лечебной и профилактической помощи, на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности. Законодательно закреплены реальные политические, экономические, правовые и другие виды гарантий полного и безусловного осуществления этих прав. "Граждане СССР имеют право на охрану здоровья. Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями здравоохранения; расширением сети учреждений для лечения и укрепления здоровья граждан; развитием и совершенствованием техники безопасности и производственной санитарии; проведением широких профилактических мероприятий; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения, включая запрещение детского труда, не связанного с обучением и трудовым воспитанием; развертыванием научных исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долголетней активной жизни граждан".

Более чем в 20 других статьях Основного Закона СССР сформулированы положения, которые имеют непосредственное отношение к сохранению и укреплению здоровья населения и развитию здравоохранения. Статья 41 гарантирует право советских граждан на отдых, статья 43 - на материальное обеспечение в старости, в случае болезни, полной или частичной утраты трудоспособности. В статье 24 указано на развитие в СССР государственной системы здравоохранения, социального обеспечения, торговли и общественного питания, а также массовой физической культуры и спорта. Существенное значение для предупреждения заболеваний и сохранения здоровья людей имеют предусмотренные Конституцией меры по охране и оздоровлению окружающей природной среды (ст. 18, 42,67). В этих статьях гарантируется осуществление специальных мер по охране труда и здоровья женщин, правовая, материальная и моральная поддержка материнства и детства (ст. 35), проявление Советским государством заботы о семье, развитии широкой сети детских учреждений (ст. 53), право граждан СССР на судебную защиту от посягательства на жизнь и здоровье (ст. 57). В статье 21 провозглашается забота об улучшении условий труда, о сокращении, а в дальнейшем и полном вытеснении тяжелого ручного труда на основе комплексной механизации и автоматизации производства; в статье 22 провозглашается последовательное претворение в жизнь программы превращения сельскохозяйственного труда в разновидность индустриального, расширение в сельской местности сети учреждений здравоохранения, торговли, общественного питания, превращение сел и деревень в благоустроенные поселки.

Бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи во многом способствовали эффективности работы лечебно -профилактических учреждений. На территории СССР все виды медпомощи - амбулаторная и стационарная (в т. ч. специализированная), хирургические операции, консультации, лабораторные исследования, помощь при родах и др. - предоставлялись бесплатно, независимо от гражданства и подданства. Бесплатными являлись также питание, лекарства и все виды бытового обслуживания больного в период пребывания в больнице и, кроме того, большинство реабилитационно-восстановительных мероприятий. Некоторым группам больных, страдающих онкологическими, гематологическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями, туберкулезом, шизофренией, эпилепсией, сахарным диабетом, аддисоновой болезнью и др., а также инвалидам Великой Отечественной войны, детям в возрасте до 1 года лекарства отпускались бесплатно и при амбулаторно-поликлиническом лечении. Расходы на здравоохранение и физическое воспитание производились за счет средств государственного бюджета, фондов государственных, кооперативных, профсоюзных и других общественных организаций. Государство принимало на себя также расходы по социальному обеспечению, социальному страхованию; из этих средств оплачиваются пособия по временной нетрудоспособности, по беременности и родам, пенсии по старости и инвалидности, большая часть расходов на санитарно -курортное лечение и отдых, лечебное питание, развитие туризма, устройство оздоровительных лагерей для школьников и студентов и др.

Общедоступности и бесплатность медпомощи оказывали существенное влияние на эффективность всех мероприятий по охране здоровья населения и деятельности органов и учреждений здравоохранения. В частности, бесплатность и доступность медпомощи позволяли каждому гражданину без ограничений обращаться к врачу при любом, даже минимальном, ощущении нездоровья, что создавало возможность для раннего выявления заболевших, а также динамического наблюдения за больными с хроническими заболеваниями с целью предупреждения или своевременного выявления обострений, и за состоянием здоровых лиц. Бесплатность и общедоступность медпомощи - одно из важнейших условий обеспечения профилактической деятельности лечебных учреждений, синтеза лечебной и профилактической помощи.

2.2 Профилактическое направление

Профилактическая направленность - краеугольный принцип советского социалистического здравоохранения, его генеральная линия. Идея создания государственной системы охраны здоровья населения, основанной на профилактике, и, самое главное, воплощение этой идеи в жизнь - бесспорная заслуга СССР.

Задачи государства в этой области были определены в специальном разделе второй программы РКП (б), принятой в марте 1919 г. на VIII съезде партии:" в основу своей деятельности в области охраны народного здоровья РКП полагает, прежде всего, проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития заболеваний...".

Долгое время профилактика и борьба с эпидемиями в нашей стране оставались в числе первоочередных государственных задач. Более 100 декретов Совета Народных Комиссаров были направлены на борьбу с эпидемиями и профилактику заболеваний. В те годы в понятие «санитарное дело» входили не только санитарные и противоэпидемические мероприятия, - сюда относились также охрана материнства и младенчества, борьба с туберкулезом, охрана детей и подростков, физическая культура и санитарное просвещение. Поэтому декрет «О санитарных органах Республики» предусматривал не только дальнейшее развитие и укрепление санитарной организации (санитарная охрана воды, воздуха, почвы, пищевых продуктов, общественного питания, жилищ, мест общественного пользования), но и определял меры по предупреждению инфекционных заболеваний и борьбе с ними, по охране здоровья детей и подростков, по санитарному просвещению к физической культуре, санитарной охране труда и санитарной статистике.

Санитарным врачам предоставлялось право входа с целью санитарных осмотров во все без исключения общественные и частные помещения, право ставить перед советскими исполнительными органами вопросы о наложении взысканий в административном порядке за нарушение санитарных требований. Они также имели право возбуждать дела в местных народных судах, привлекать виновных к ответственности за нарушение санитарных требований и выступать в качестве официальных обвинителей или экспертов.

В 1921 г., когда уже ощущались первые результаты борьбы с эпидемиями, по инициативе заведующего Московским отделом здравоохранения В.А. Обуха (1870-1934) был выдвинут лозунг «От борьбы с эпидемиями к оздоровлению труда». Под «оздоровлением труда» понималось тогда не только улучшение условий самого производства, но и изменение быта трудящихся: совершенствование и оздоровление жилищных условий, увеличение заработной платы, рациональное распределение времени труда и отдыха, улучшение питания и т. п. Именно в те годы были разработаны основные теоретические положения диспансеризации; созданы новые виды лечебно-профилактических учреждений - специализированные диспансеры (туберкулезные, психоневрологические, наркологические, венерологические), ночные и дневные санатории, профилактории, диетические столовые; введено диспансерное обслуживание рабочих крупных промышленных предприятий; начато диспансерное наблюдение матери и ребенка. На базе диспансеров стали проводиться научные исследования по изучению здоровья трудящихся.

Изменение задач в области профилактики привело к укреплению санитарно-эпидемиологической службы страны. В послевоенный период были ликвидированы тифы (брюшной, сыпной возвратный), значительно снизилась заболеваемость желудочно-кишечным: инфекциями и трахомой. К I960 г практически была ликвидирована малярия. Структура заболеваемости существенно изменилась: инфекционные болезни отступили и на первый план вышли сердечно-сосудистые и злокачественные заболевания.

Государственный характер советского здравоохранения, предполагающий активное участие и ответственность всех государственных, хозяйственных, общественных и других организаций, учреждений и предприятий страны в деле охраны здоровья, предопределил масштабы осуществляемых в нашей стране профилактических мероприятий. Профилактика в СССР не ограничивалась санитарно -гигиеническими и противоэпидемическими мероприятиями, не сводилась к деятельности только служб здравоохранения. Она была направлена не только на предупреждение болезней, но и предусматривала меры, обеспечивающие гармоничное физическое и духовное развитие граждан.

Кроме профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения профилактика включала систему воспитания подрастающего поколения, социальное страхование, охрану окружающей среды, меры по благоустройству населенных мест, общий подъем культурного уровня населения, массовое физическое воспитание, организацию отдыха трудящихся, обеспечение безопасных условий труда и др. Эти меры осуществлялись не только и не столько медицинскими учреждениями, сколько государством в целом.

Охрана здоровья матери и ребенка, рациональная система воспитания подрастающего поколения - это также забота государства. В выполнении этой гуманнейшей и важнейшей государственной задачи принимают участие все государственные, партийные, советские, комсомольские, профсоюзные, общественные и хозяйственные организации страны. Обеспечению благоприятных условий вынашивания беременности, профилактике послеродовых осложнений, врожденных заболеваний и болезней новорожденных и грудных детей по существу служат такие меры, как систематическое медицинское наблюдение за женщиной в период беременности, обеспечение условий ее труда, вплоть до временного перевода на другую работу, предоставление полностью оплачиваемого дородового и послеродового отпуска, частично оплачиваемого отпуска по уходу за родившимся ребенком до достижения им возраста 1,5 года, установление перерывов в течение рабочего дня для кормящих матерей и т. п.

Профилактической направленностью была проникнута и деятельность органов и учреждений здравоохранения. Санитарно -эпидемиологическая . служба обеспечивала контроль за соблюдением всеми предприятиями, организациями и учреждениями, а также отдельными гражданами действующих норм сан. законодательства и, кроме того, участвовала в организации и проведении многих санитарно -гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Конкретным проявлением профилактического направления советского здравоохранения являлось единство лечебного и профилактического дела. Примерами его являлись периодические медосмотры, системы профессионального отбора, врачебный контроль в физической культуре и спорте, диспансеризация.

Важным звеном профилактической работы являлось санитарное просвещение, представляющее в СССР комплекс организационных, законодательных, научных и профилактических мероприятий, обеспечивающих систематическое гигиеническое обучение и воспитание населения путем распространения научных медицинских и гигиенических знаний.

2.3 Участие населения в мерах по охране здоровья

Социальная сущность этого принципа заключается в том, что советское здравоохранение строилось и развивалось при активном участии широких масс трудящихся, ибо усилия государства в борьбе за революционные преобразования общества оказались бы бесплодными, если бы оно не опиралось на энергию и творческую активность широких масс населения. На протяжении всей истории советского здравоохранения общественные организации наряду с медработниками участвовали в строительстве медицинских учреждений, содействовали проведению санитарных, противоэпидемических и других профилактических мероприятий. На разных этапах менялись организационные формы этого участия. При Верховных Советах СССР и союзных республик, а также в местных Советах народных депутатов образованы постоянные комиссии по здравоохранению и социальному обеспечению. Активное участие в работе органов и учреждений здравоохранения принимают профсоюзы, Союз обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (в СССР), Всесоюзное общество "Знание" и другие организации. Характерной формой самодеятельности населения является народное движение за сан. благоустройство, чистоту и сан. культуру. Создаются народные университеты здоровья (их в СССР более 5 тыс. ), школы здоровья, где ученые и врачи доводят до населения достижения мед. науки, рассказывают о поисках новых путей предупреждения и лечения болезней. Возрастающая роль и активность общественности в организации здравоохранения отражают общую закономерность повышения роли народных масс в управлении, а заинтересованность населения в успехах здравоохранения, растущее понимание населением своей ответственности за охрану здоровья каждого человека и общества в целом - свидетельство подлинной народности советского здравоохранения.

2.4 Единство медицинской науки и практики здравоохранения

Единство науки и практики - один из ведущих принципов советского здравоохранения. Уровень развития науки - ведущий критерий, определяющий потенциальные возможности медицины в борьбе за жизнь и здоровье человека. Раскрывая тайны жизни, закономерности функционирования организма и его отдельных органов и систем, причины возникновения, механизмы развития и пути распространения болезней, сущность влияния различных природных, производственных и социальных факторов на здоровье человека, наука разрабатывает не только методы диагностики, лечения и предупреждения болезней, но и меры, обеспечивающие гармоничное физическое и духовное развитие человека. Общеизвестны возможности и достижения современной мед. науки. Однако ее эффективность определяется не только уровнем развития, но и быстрым внедрением результатов научных исследований в практику работы органов и учреждений здравоохранения. Только внедряя свои достижения в практику, наука становится мощным оружием в борьбе за охрану здоровья человека. В СССР научные медицинские учреждения органически входили в структуру органов и учреждений здравоохранения и финансировались за счет ассигнований на здравоохранение. Для непосредственного руководства, планирования и координации научных мед. исследований создавались научно-организационные учреждения. Штабом советской медицинской науки являлась Академия медицинских наук СССР, планирующая научные исследования в области медицины в целом и на основе единого общегосударственного плана координирующая деятельность всех научных медицинских учреждений страны через создаваемые научные советы и проблемные комиссии.

Организационное единство медицинской науки и практики здравоохранения обеспечивали равномерное распределение сил и средств между фундаментальными и прикладными исследованиями, активное участие научных коллективов в разрешении актуальных практических задач, комплексность научных исследований. Наука в СССР должна была определять пути и перспективы развития здравоохранения, разрабатывать конкретные формы и методы практического воплощения в жизнь современных достижений. В научном предвидении перспектив и путей развития практической деятельности и активном разрешении текущих задач, поставленных жизнью, и состояла суть принципа единства науки и практики в советском здравоохранении.

Таким образом, на основе организационных принципов советского здравоохранения в СССР впервые в мире была создана централизованная общедоступная бесплатная система здравоохранения. Эти принципы стали примером и образцом строительства общенациональных государственных систем здравоохранения во многих странах (Китае, Монголии, Северной Корее и др.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Подводя итог всему вышесказанному, стоит отметить, что созданная в СССР система здравоохранения - одно из выдающихся достижений советского народа. Чуть более, чем за семь десятилетий СССР удалось построить сильную систему здравоохранения (тем не менее, имеющую свои недостатки), вызывающую восхищение и уважение у всех, кто ознакомился с постановкой дела охраны здоровья в СССР ( несмотря на все трагические исторические события, через которые прошла наша страна). На основе организационных принципов советского здравоохранения в СССР впервые в мире была создана централизованная общедоступная бесплатная система здравоохранения. Опыт СССР в области охраны народного здоровья влиял на постановку дела здравоохранения во многих странах. Принципы советского здравоохранения использовались другими социалистическими странами.

Используемая литература

1."Краткая Медицинская Энциклопедия". Б.В.Петровский. Издание второе. Москва. Издание "Советская Энциклопедия" 1989

."Общественное здоровье и здравоохранение " Под ред. проф. В.А. Миняева, проф. Н.И.Вишнякова Шестое издание, 2012 год

."Популярная медицинская энциклопедия." Гл. ред. П58 Б. В. Петровский. В 1-м томе. М.: «Советская энциклопедия», 1987

."История медицины", Т.С. Сорокина, Издание "Academa" 2004 год

5."Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941-1945" Н. Г. Иванов <http://www.booksprice.ru/author/%D0%9D.%20%D0%93.%20%D0%98%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B2>, А. С. Георгиевский <http://www.booksprice.ru/author/%D0%90.%20%D0%A1.%20%D0%93%D0%B5%D0%BE%D1%80%D0%B3%D0%B8%D0%B5%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9>, О. С. Лобастов <http://www.booksprice.ru/author/%D0%9E.%20%D0%A1.%20%D0%9B%D0%BE%D0%B1%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BE%D0%B2> 1985

.Конституция (Основной Закон) Союза Советских Социалистических Республик от 7 октября 1977 г . Глава 7. Статья 42 ( с сайта http://www.hist.msu.ru)

.Юрий Комаров: "Основные принципы российского здравоохранения" (статья с сайта http://viperson.ru/articles)

.Информационно-аналитический портал "Русская народная линия", статья "Сталинский прорыв" от 6.03.2015 (Сергей Голик)

. Интернет-источники://www.medical-enc.ru/gigiena-o/principy-sovetskogo-zdravoohraneniya.shtml://studopedia.ru/1\_15751\_printsipi-sovetskogo-zdravoohraneniya.html://glazikplus.info/index.php?article=304&page=4://vestnik.mednet.ru/content/view/216/30://viperson.ru/wind.php?ID=640175://www.bibliotekar.ru/423/35.htm://03book.ru/upload/iblock/44c/44c08ee87f23cd0bbed0c820f2a4d138.pdf