

## «КОРЕННОЙ ПЕРЕЛОМ»: ДОВОЕННАЯ РЕФОРМА СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ\*

**Сергей Затравкин**

Национальный научно-исследовательский  
институт общественного здоровья;  
Национальный исследовательский университет  
«Высшая школа экономики»,  
Москва, Россия

**Елена Вишленкова**

Национальный исследовательский университет  
«Высшая школа экономики»,  
Москва, Россия

**Елена Шерстнева**

Национальный научно-исследовательский  
институт общественного здоровья,  
Москва, Россия

## “A RADICAL TURN”: THE REFORM OF THE SOVIET SYSTEM OF PUBLIC HEALTHCARE\*\*

**Sergei Zatravkin**

National Research Institute of Public Health,  
National Research University Higher School of Economics,  
Moscow, Russia

**Elena Vishlenkova**

National Research University Higher School of Economics,  
Moscow, Russia

**Elena Sherstneva**

National Research Institute of Public Health,  
Moscow, Russia

While analysing medical statistics from the Russian archives and the political speeches of medical administrators in the 1930s–1940s, the authors of this article discovered a tendency in the development of the healthcare system which

---

\* Статья подготовлена в рамках программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» и с использованием средств субсидии в рамках государственной поддержки ведущих университетов Российской Федерации «5–100».

\*\* *Citation:* Zatravkin, S., Vishlenkova, E., Sherstneva, E. (2020). “A Radical Turn”: The Reform of the Soviet System of Public Healthcare. In *Quaestio Rossica*. Vol. 8, № 2. P. 652–666. DOI 10.15826/qr.2020.2.486.

*Цитирование:* Zatravkin S., Vishlenkova E., Sherstneva E. “A Radical Turn”: The Reform of the Soviet System of Public Healthcare // *Quaestio Rossica*. Vol. 8. 2020. № 2. P. 652–666. DOI 10.15826/qr.2020.2.486 / Затравкин С., Вишленкова Е., Шерстнева Е. «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения // *Quaestio Rossica*. Т. 8. 2020. № 2. С. 652–666. DOI 10.15826/qr.2020.2.486.

was dramatically different from the post-revolutionary era. The reform was ideologically grounded and consistently conducted in the USSR. During this time, the healthcare system was restructured and expanded in order to treat patients in the state's economic and military interests, which forced doctors to care more about workers' ability to work and production costs than about people's health. For this reason, access to free medical care was severely limited for Soviet citizens, but the range of services provided to workers in leading industries was expanded (including the establishment of medical centres in factories, sanatoriums and resorts, day nurseries, etc.). During the prewar decade, the public healthcare system expanded in terms of the number of hospitals, doctors, and patient capacity while reducing the quality of medical care caused by poor training, poor hospital facilities, lack of medicines and instruments, low-quality catering, etc. The authors reach conclusions about this seeming concern about the development of the healthcare system, comparing statistical data, optimistic official reports and revelatory narrative evidence, political debates of medical managers, and the accusations of party leaders. It is established that during the Great Terror (1937), reform critics were repressed and the assessment of state policy prohibited. In the postwar years, the reform of the 1930s was concealed by medical historians inside a 'grand narrative' of the past, which described the achievements of the healthcare system as aimed at saving the Soviet people's lives and health. The only possible and universally accepted approach was a myth about a consistent policy and quality science-based medicine available to everyone. The authors maintain that discourse control over the circulation of historical evidence about prewar healthcare policy made it impossible for researchers to see the discrepancies between politicians' statements, which were based on selective statistics, and social realities.

*Keywords:* history of Stalinism; history of medicine; Soviet public healthcare; medical education.

Анализируя медицинскую статистику из архивных фондов и политические выступления медицинских администраторов 1930–1940-х гг., авторы статьи обнаружили, что направленность в развитии здравоохранения этого периода радикально отличалась от послереволюционного времени. Реформа была идеологически обоснована и последовательно проводилась в СССР, за это время система здравоохранения была перестроена и развернута с целью излечения пациентов в экономических и оборонных интересах государства, что заставило врачей заботиться не о здоровье, а о трудоспособности рабочих и о себестоимости продукции. В ходе реформы был резко ограничен доступ советских граждан к бесплатной медицинской помощи, но расширен спектр услуг, предоставляемых рабочим ведущих отраслей промышленности (были созданы медицинские пункты на предприятиях, санатории и курорты, открыты ясли). За предвоенное десятилетие государственное здравоохранение нарастило экстенсивные показатели по числу больниц, врачей, больничных коек и снизило качество медицинской помощи из-за слабой подготовки кадров, необустроенности больниц, отсутствия инструментов и лекарств, плохого питания пациентов и т. п. Эта псев-

дозабота о развитии здравоохранения выявлена через сопоставление статистических данных, официальных бравурных отчетов и разоблачительных нарративных свидетельств, через политические дебаты медицинских администраторов и их обвинения в адрес партийных лидеров. Установлено, что во время «большого террора» 1937 г. критики реформы были репрессированы, а ее оценка в последующем дискурсе была запрещена. В послевоенные годы реформа 1930-х гг. была спрятана историками медицины в «большой нарратив» советского прошлого, который демонстрировал успехи здравоохранения в области сохранения жизни и здоровья советских людей. Был принят в качестве единственно возможного широко распространяемый миф о поступательно реализуемой политике и качественной, доступной всем научной медицине. Установленный тогда дискурсивный контроль над циркуляцией исторических свидетельств о довоенной политике здравоохранения не позволял исследователям увидеть расхождения между утверждениями политиков, основанными на выборочной статистике, и социальными реалиями.

*Ключевые слова:* история сталинизма; история медицины; советское здравоохранение; медицинское образование.

Летом 1930 г. на VII Съезде здравотделов нарком здравоохранения М. Ф. Владимирский укорял собравшихся в зале: «Товарищи! А где же ваша пятилетка, где ваши контрольные цифры... нет коренного перелома во всей работе» [Владимирский, с. 3]. С завершением съезда в СССР началась реформа здравоохранения, продолжавшаяся до начала войны.

Ретроспективно она кажется парадоксальной. На фоне высокопарной риторики о здоровье населения в 1930-е гг. ширились практики массового уничтожения людей. При росте численности медицинских кадров и лечебных учреждений был радикально ограничен доступ населения к медицинской помощи. А «освобождение» женщин и вовлечение их в публичное пространство сопровождалось установлением государственного контроля над их телами (запретом аборт) и требованиями репродукции.

Историография советской медицины и сталинизма не проясняет этой картины, в ней сосуществуют взаимоисключающие объяснения указанных противоречий. Одни авторы считают, что политика 1930-х гг. была логическим продолжением принципа «классовости» революционных лет [Сорокина, Морозов, с. 35], другие – что она привела к радикальной трансформации ранее аполитичной и теоретически ориентированной сферы в политизированную и практическую программу по достижению рационального и модернизированного общества [Хоффманн, с. 137].

О коренном переломе заявляли агитационные брошюры 1930-х гг., но протагонисты этой политики постарались об этом

забыть в более поздние времена. И чем больший временной интервал отделял от исследуемого периода, тем лаконичнее становились его описания. Намерения большевистского правительства в годы Гражданской войны и индустриализации рассматривались как единый фронт борьбы с эпидемиями и голодом, заботой о здоровье граждан. В этих летописях славы стерлись имена и споры наркомов здравоохранения, а показатели эффективности обрели статус аксиом. В современных российских учебниках по истории для студентов медицинских вузов 1930-е гг. представлены единой грандиозной стройкой, в которую внесли лепту советские врачи [Лисицын, Улумбекова; Лисицын; Сорокина].

Иную версию предложили исследователи сталинизма, использовавшие подходы М. Фуко. Изучая социальную инженерию и властные практики сталинских сподвижников, они сделали объектом внимания латентные конфликты интересов. Л. Энгельстайн, С. Г. Соломон, Р. Девис, а позднее Д. Хоффманн объясняли разрывы в советской политике утратой медицинской профессией экспертных функций и растущей закапсулированностью партийной элиты [Field; Weissman, p. 97–120; Solomon, p. 206–208]. Поскольку критика действий государства со стороны социалгигиенистов с земским прошлым раздражала партийцев, с конца 1920-х гг. их начали вытеснять из здравоохранения и заменять «красными врачами». А после отставки социалгигиениста Н. А. Семашко построенная по территориальному принципу система здравоохранения, ориентированная на борьбу с эпидемиями, была заменена на производственную, нацеленную на рост трудовых ресурсов. Последующие исследования Д. Хоффмана и М. А. Колерова [Hoffmann, 2003; Hoffmann, 2011; Колеров, 2017; Колеров, 2018] указали на общеевропейский тренд того времени – стремление подчинить медицину экономическим приоритетам государства. Советская специфика, считает А. Сампф, состояла лишь в полном исчезновении частной врачебной практики и провальной политике обеспечения амбициозных проектов партии финансовыми и людскими ресурсами [Sumpf, p. 724–726]. Этим провалом, а также тем, что к 1934 г. ВКП(б) удовлетворилась ликвидацией буржуазных классов и заявила о достижении социализма, Хоффманн объясняет сворачивание реформы здравоохранения [Хоффманн, с. 137].

В силу скудного набора документальных источников, циркулирующих в научном обороте, многие вопросы оказались за пределами исследований и до сих пор остаются открытыми. На некоторые из них мы и намерены ответить в данной статье. В чем заключалась новая программа здравоохранения? Произошел ли в 1930-е гг. отказ советского государства от социально ориентированной медицины? Почему, несмотря на рост численности медицинских учреждений и кадров, преемник Владимирского Каминский критиковал его политику как провальную? Была ли эта критика отказом от реформы?

### Начало реформы: 1929–1934

Установка на переключение здравоохранения с потребностей населения на экономические интересы государства была дана в декабре 1929 г. в постановлении ЦК ВКП(б) «О медицинском обслуживании рабочих и крестьян». Вскоре полномочия наркома здравоохранения были переданы от Н. А. Семашко М. Ф. Владимирскому. Профессиональный революционер, входящий в партийную элиту, задачу партии воплотил в программу конкретных действий. На VII Всероссийском съезде здравоотделов он призвал медиков «вклиниться в хозяйственную работу страны», обеспечить повышение производительности труда и снизить себестоимость выпускаемой продукции [Владимирский].

Новые задачи разъяснились медикам на съездах и совещаниях, в партийной и профессиональной печати, в учебниках для студентов. Не здоровье и жизнь, а себестоимость продукции и производительность труда стали главными ориентирами в работе врачей.

#### Медицинская помощь государству

Реализация этой программы потребовала перестройки системы здравоохранения. Самыми радикальными новшествами стали отказ от принципа общедоступности медицинской помощи и переход к обслуживанию отдельных групп населения, дифференцированных в зависимости от их места в социалистическом строительстве. И хотя большевики говорили о классовой медицине, фактически услуги стали предоставляться не классам, а конкретным производственным группам, приносящим прибыль государству, и объем этих услуг напрямую зависел от размера прибыли, а также от отчислений предприятий на медицинское страхование.

Самыми привилегированными в новой схеме оказались рабочие химической, горной и металлургической промышленности (I группа). Если рассмотреть объем планируемой внебольничной помощи, то для этой категории был установлен норматив в 16,5 посещения в год на одного застрахованного, и 8 – для каждого члена семьи. Следующую категорию составляли пищевики, текстильщики, бумажники, швейники, кожевники (II группа). Для них устанавливался норматив из расчета 13,5 посещения на одного застрахованного (на члена семьи – 7,4). Прочие застрахованные и приравненные к ним городские жители формировали III группу и обеспечивались амбулаторной помощью из расчета 10,2 посещения на одного застрахованного (на члена семьи – 6,8). Рабочим совхозов полагалось 6, а застрахованным труженикам колхозов – 4 посещения в год. Таким же образом выстраивались и нормативы стационарной помощи: 11,08, 9,85 и 5,84 койки на 1 тыс. застрахованных каждой группы соответственно (на иждивенцев – 6,5; 4,95; 4 койки на 1 тыс. соответственно) [Материалы к пятилетнему плану, с. 16, с. 25–26].

На этом пациенты со свободным доступом к государственной медицине заканчивались. Незастрахованным колхозникам был уста-

новлен показатель стационарной помощи в одну-две койки на 1 тыс. чел., а индивидуальный сектор деревни мог рассчитывать лишь на получение «родильной, заразной и неотложной помощи» [Там же, с. 16]. Из незастрахованных горожан бесплатную помощь получали лишь дети, а взрослые – только в неотложных случаях и при острых заразных заболеваниях (2,15 койки на 1 тыс. чел.).

Все остальные виды медицинской помощи незастрахованные горожане могли обрести за личные средства. У нас нет оснований согласиться с утверждением А. Сампфа об исчезновении в 1930-е гг. частной врачебной практики, она не была запрещена. Более того, по постановлению ВЦИК и СНК 1930 г. частному врачу полагалась дополнительная площадь для ведения приема, он лишь должен был зарегистрироваться в местном органе здравоохранения, вести журнал пациентов и книгу доходов. Сегментация и ограничения в доступе к благам государственной медицины позволили плановикам построить в социалистическом государстве новую социальную иерархию.

### **Лицом к производству!**

В начале 1930-х гг. произошел «поворот лечебно-профилактических учреждений лицом к производству» [Владимирский, с. 4]. Это означало перераспределение ресурсов с направлением их в главные промышленные районы страны. Участие медицины в производстве было институционализировано в здравпункты, действующие на предприятиях, МТС, в колхозах и совхозах<sup>1</sup>.

На Первом совещании врачей промышленных предприятий РСФСР (октябрь 1930 г.) здравпункты были объявлены «аванпостом советского здравоохранения» [Владимирский, с. 12]. Наряду с оказанием первой помощи при травмах, внезапных заболеваниях и профессиональных отравлениях, производственные врачи были обязаны проводить санитарно-гигиенические мероприятия, заниматься их санитарным просвещением, попутно формируя идейные установки для поддержания трудового энтузиазма.

В тандеме со здравпунктами повсеместно должны были появиться ясли<sup>2</sup>. Их задача состояла в том, чтобы обеспечить максимальное использование женского труда, не лишив страну естественного прироста населения. Для перестройки сознания женщин была развернута широкая агиткампания с выпуском плакатов, демонстрирующих радость матерей, освобожденных от детей. В той же экономическо-маскулинной логике принимались и последующие решения. Так, для освобождения женщин от ухода за больными детьми в 1931 г. ясли

---

<sup>1</sup> В течение 1930-х гг. было создано в общей сложности 9 824 постоянных здравпункта на промышленных предприятиях и бесчисленное число здравпунктов при МТС, в колхозах и совхозах, действовавших во время посевных и уборочных кампаний.

<sup>2</sup> Историю и идеологию появления ясель и детских садов в России начиная с конца XVIII в. см.: [Кароли].

обязали обслуживать и заболевших младенцев; были открыты круглосуточные ясли для детей, чьи матери работали в ночные смены.

Динамика роста постоянных ясельных мест в 1930-е гг. была колоссальной: в 1928 г. в стране их насчитывалось только 62 054, а в 1932 г. – уже 600 178! Кроме того, более 4 млн мест числилось в сезонных яслях, создававшихся на селе во время посевной и страды [РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192. Л. 42].

### **Санитарное законодательство**

Санитарная ситуация в стране, порождавшая высокую инфекционную заболеваемость, вела к потерям рабочей силы, а значит, ущемляла экономические интересы государства. Но решение санитарных задач было сопряжено с финансовыми затратами, а следовательно, увеличивало себестоимость продукции и снижало темпы промышленного роста.

Власти попытались справиться с этой дилеммой традиционно – посредством декларативных постановлений и приказов, изданных в 1930-е гг. в огромном количестве. Они установили жесткие требования к строительству и санитарному благоустройству населенных мест и предприятий, к санитарной охране атмосферного воздуха, почвы и водоемов, к озеленению и др. Более того, в 1931–1939 гг. Наркомздрав РСФСР разрабатывал Санитарный кодекс, призванный кодифицировать все законодательные акты в области санитарии. В конце 1933 г. была учреждена Государственная санитарная инспекция, наделенная широчайшими полномочиями. По закону санинспекторы могли привлекать виновных в санитарных нарушениях к административной и уголовной ответственности и даже до решения суда закрывать предприятия, если их эксплуатация была сопряжена с вредом для здоровья и др.

Творчество чиновников в установлении санитарных норм позволило им решить три задачи: убедить современников, а затем и историков в неустанной заботе партии и правительства о здоровье граждан [Егорова]; возложить ответственность за санитарное благополучие на местные власти; наконец, действительно улучшить состояние единичных предприятий, сумевших изыскать на это средства без ущерба для промфинплана.

### **В старые кадры влить новых людей!<sup>3</sup>**

Новая программа здравоохранения нуждалась в новых («красных») врачах. Вместо земского врача-универсала с широкой теоретической и клинической подготовкой требовалось поставить стране медиков «с широким общественно-политическим кругозором и организаторов активности широких масс трудящихся» [Резолюции VII Всероссийско-

---

<sup>3</sup> Название раздела из доклада Владимирского [Владимирский, 1930, с. 14].

го съезда здравотделов, с. 137]. Для этого в 1930 г. медицинские факультеты были преобразованы в самостоятельные институты и переданы из Наркомпроса в Наркомздрав. В институтах появились специализированные факультеты: лечебно-профилактический, санитарно-гигиенический, охраны материнства, младенчества и детства (далее – ОММ). Для повышения пропускной способности вузов сроки обучения были сокращены до 3,5–4 лет за счет уменьшения объема общетеоретической и клинической подготовки, что следовало компенсировать непрерывной производственной практикой и методами массового обучения (бригадно-лабораторный метод, Дальтон-план и др.).

Через рабочие факультеты в медицинскую специальность пришли рабочие. Их доля среди студентов-медиков была установлена партийным постановлением в 75 %. «Через пять лет мы будем иметь врачей – бывших текстильщиков, металлистов и т. п., – рисовал будущее Владимирский, – они сейчас работают на фабриках, а через пять-шесть лет будут лечить рабочих этих фабрик» [Владимирский, с. 10]. В 1930 г. в медицинских институтах решили открыть вечерние отделения и ввести «две смены непрерывного года и два приема в год» [Резолюции VII Всероссийского съезда здравотделов, с. 138]. Так что индустриальные принципы ускорения и увеличения выпускаемой продукции применялись и в образовании.

### **Корректировка реформы: 1934–1941**

Но вскоре обнаружили неожиданные негативные последствия реформы для государства и его граждан. Перекосы дали о себе знать уже в конце первой пятилетки, когда в кабинетных интригах рождались «контрольные цифры» следующего пятилетнего плана. На волне обнаружившихся конфликтов к управлению здравоохранением в 1934 г. пришел Г. Н. Каминский. Имея большой опыт партийно-хозяйственной работы, он решительно взялся за новое дело. Вполне вероятно, что он был частью команды С. Орджоникидзе, отвечавшего за подъем тяжелой промышленности. Это дало ему некоторые бонусы, например, возможность перевести медико-инструментальные и химико-фармацевтические заводы из Наркомтяжпрома в Наркомздрав.

В полемике с Госпланом и ВЦИК новый нарком отстаивал отраслевые интересы, объяснял специфику медицинской сферы, ее несводимость к инструментам индустриализации. В 1936 г. ему удалось получить добро на учреждение Наркомздрава СССР и возглавить эту общегосударственную структуру. При этом Каминский был не противником, а скорее протагонистом начатой реформы. Именно поэтому в течение второй и третьей пятилеток нормативы оказания медицинской помощи по группам рабочих хоть и пересматривались, но сам подход оставался прежним [Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год]. Так что гипотеза Д. Хоффмана о свертывании в 1934 г. политизированной программы Владимирского не подтверждается.

## Санитария на предприятиях

Несмотря на создание Госсанинспекции и серию строгих законов, санитарное состояние большинства предприятий и населенных пунктов оставалось удручающим. Но в условиях приоритета промфинплана чиновники убеждали врачей не замечать санитарные нарушения. Власть директоров заводов была выше авторитета Госсанинспекции [Поддубный].

Инспекторы знали, что во всех случаях, когда они встанут на защиту санитарных норм, за нарушителей вступятся профильные наркоматы, которые не допустят остановки предприятия. В свою очередь, прокуратура и суды под разными предлогами отказывали в возбуждении дел и преследовании нарушителей санитарных законов [Поддубный, с. 29]<sup>4</sup>, причем не только Госсанинспекции, но даже органам ОГПУ! Одно из спецсообщений секретно-политического отдела ОГПУ с описанием чудовищной обстановки в рабочих бараках на Сталинградском тракторном и ряде других заводов завершалось словами: «Материалы были переданы в прокуратуру, но результатов по ним до сих пор нет» [ЦА ФСБ России. Ф. 2. Оп. 11. Д. 47. Л. 479–480].

Суммировав эти сведения, Каминский добился Постановления XVI Съезда Советов (1935), в котором признавались «слабость и безвластность санитарного надзора, приводящие к безнаказанности администраторов и хозяйственников» [Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа, с. 244]. Но и оно не привело к улучшениям. По всей видимости, санитарные законы принимались декларативно, и их соблюдение мешало ускоренной индустриализации. Поэтому Санитарный кодекс также не был принят. В 1939 г., когда окончательный вариант текста поступил в СНК на согласование, промышленные наркоматы отказались его визировать [Поддубный, с. 26].

## Больницы и ясли: количество и качество

В результате переброски основных финансовых и кадровых ресурсов на приоритетные для страны направления образовался их дефицит в других сферах здравоохранения, прежде всего в больничном строительстве. Формально число больниц и коек неуклонно росло (в 1928 г. – 5 700 больниц и 247 тыс. коек, в 1940 г. – 13 666 больниц и более 790 тыс. коек [РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192; Оп. 41. Д. 65. Л. 213]), но цифры не должны вводить исследователей в заблуждение. Во-первых, это количество не покрывало потребностей страны в стационарной помощи. По расчетам Наркомздрава, потребность в больничных койках в 1932 г. составляла 8,5 на 1 тыс. населения. На деле даже в 1940 г. в СССР име-

<sup>4</sup> Исключением из этой практики были лишь предприятия пищевой промышленности, в отношении которых советская власть позволила провести несколько десятков показательных процессов. Так, в 1933 г. было закрыто 16, а в 1934 г. – 172 пищевых предприятия [Каминский, 1935, с. 22].

лось всего 4,36 койки на 1 тыс. населения [Здравоохранение в СССР, с. 48–49]. Во-вторых, этот рост был обеспечен за счет снижения качества больниц и обслуживания в них. Чаще всего они не строились, а открывались в непригодных зданиях (бараках, избах и др.) [Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год, с. 7], планировка которых не допускала развертывания важных структурных подразделений больниц, многие не имели водопровода, канализации, электроснабжения, нуждались в ремонте.

Каминский сокрушался: «Придите во многие больницы, которые имеют всесоюзные имена... в качестве больного, и вы рискуете иногда получить... нервную травму только от одного факта помещения вас в эту больницу. Антисанитария, грубость... Больница сразу производит на вас тягостное впечатление» [Каминский, 1936, с. 18]. Он приводил и противоположные примеры, но как исключение, как результат самоотверженной работы главврачей, и то лишь тогда, когда им удавалось получить помощь от колхозов и предприятий.

Морально устаревшее оборудование и аппаратура в больницах дополняли безрадостную картину. По подсчетам Наркомздрава, в середине 1930-х гг. обеспеченность лечебных учреждений даже таким оборудованием составляла около 20 % [Каминский, 1936, с. 24], инструментами – 5–25 %, медикаментами – около 20 % [Каминский, 1935, с. 68]. Купить лекарства в аптеках тоже было непросто [Там же, с. 26].

О том, что представляли собой ясли, свидетельствуют результаты их проверок. В постановлении ВЦИК и СНК РСФСР сообщалось об их скудном обеспечении и антисанитарном состоянии [О ясельном обслуживании, с. 467–468]. У воспитателей не было возможности изолировать больных детей, что поддерживало постоянные вспышки инфекций. Сельские ясли нередко размещали в домах колхозников: днем там находились младенцы, а вечером – хозяева. Воспитателей использовали на полевых работах, а за грудничками следили дети и подростки. Проверяющие от Наркомздрава сокрушались, что колхозное руководство больше переживает за гибель телят, нежели детей [ГАРФ Ф. А-482. Оп. 24. Д. 1277. Л. 7, 9, 13, 14, 32, 36].

Тем не менее необходимость яслей никто не подвергал сомнению. К 1940 г. число постоянных мест в них выросло до 854 046, а расходы на содержание учреждений системы ОММ достигли 25 % от общих расходов на здравоохранение [Ковригина, с. 18–30].

### **Распределение и подготовка врачей**

Поскольку врачей тысячами направили в здравпункты и на санитарную работу, в больницах и амбулаториях возник острый дефицит кадров. Концентрация ресурсов на обеспечении промышленных рабочих привела к фактическому отказу в медицинской помощи сельчанам. В 1930-е гг. на 10 тыс. сельского населения приходился 0,7–1 врач. Каминский разоблачал цифры Госплана: «В 1930 г. в деревне работало 8 280 врачей, а в 1933 г. – 6 180. Две тысячи врачей за три года

сбежали из деревни... Мы обслуживаем сейчас только 20 % рожениц, 80 % наших колхозниц еще вынуждены пользоваться помощью бабок и повитух или обходиться вообще без всякой родильной помощи» [XVI Всероссийский съезд Советов, с. 427, с. 435].

Снижение уровня подготовки врачей обернулось беспрецедентным ростом ошибок в диагностике и лечении, пугающими результатами так называемого «хирургического хулиганства». Но поскольку такие случаи были массовыми, «красных» врачей не судили даже за гибель пациента, а отправляли доучиваться.

Слушавший обличительные выступления Каминского Сталин назвал на XVII съезде ВКП(б) низкий уровень медицинского образования «недостатком, граничащим с нарушением интересов государства». Это позволило наркомун принять контрмеры. В 1934 г. в медицинские вузы был возвращен пятилетний срок обучения. Вскоре были восстановлены вступительные экзамены, отменены новаторские педагогические технологии, восстановлены прежние объемы теоретических и клинических дисциплин.

Однако установка на удвоение числа врачей сохранялась. В 1928 г. в стране было 25 медицинских вузов, а к 1940 г. – 72. Экспансия породила дефицит преподавателей, помещений, лабораторного оборудования, аппаратуры, учебников. Тем не менее численность лиц с врачебным дипломом увеличилась в СССР почти вдвое: с 63 219 чел. в 1928 г. до 122 796 в 1940 г. Но достигнуто это было только ценой снижения качества их подготовки.

### Результаты реформы

Каминскому и его команде удалось сгладить остроту реформы, но они не изменили ее направления. Подчинение человеческого фактора экономическим задачам диктовало решения, далекие от социальной справедливости и декларируемой гуманности. Чтобы представить, сколько людей оказались лишены бесплатной специализированной медицинской помощи, следует соотнести число застрахованных и общую численность населения. К началу 1930 г. из 157 млн граждан застрахованными были лишь 10,5 млн чел. [Вопросы труда в цифрах, с. 78]. К 1940 г. их число увеличилось до 32 млн, но и общая численность населения – до 192 млн.

Реформа даже в откорректированном виде радикально не изменила санитарное состояние страны. Оставаясь тяжелым, оно обеспечивало рост заболеваемости и смертности от инфекций, болезней органов пищеварения и дыхания. Если в 1929 г. суммарная заболеваемость 11 основными острозаразными заболеваниями (брюшным, сыпным и возвратным тифом, оспой, малярией, скарлатиной, корью, коклюшем, дифтерией, дизентерией и гриппом) составляла на 10 тыс. населения 678,7 случая, то к 1940 г. – 1060,5 [Затравкин, Харбриев, Щепин, с. 350–356] (+ 56,3 %). Как свидетельствуют архивные документы, за период с 1935 по 1940 г. показатель смертности горожан от болезней органов

дыхания вырос с 15,9 до 35,9 (+125,8 %), от болезней органов пищеварения – с 20,4 до 35,5 (+ 74 %), от инфекционных заболеваний – с 32,8 до 53,9 на 10 тыс. населения (+ 64,3 %) [РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 2638].

В 1940 г. показатель общей смертности в СССР превышал аналогичный показатель в США более чем в два раза (в СССР – 21,7 на 10 тыс. населения [Андреев, Дарский, Харькова, с. 120], в США – 10,8 на 10 тыс. населения). По младенческой смертности различия были еще существеннее: в СССР умирало 184 младенца из 1 тыс. родившихся живыми, в США – 55 [Андреев, с. 108–128]. Ясли внесли в это свою лепту.

Что же касается выполнения промфинплана и увеличения производительности труда, то здесь цели были достигнуты. Было организовано около 237 тыс. колхозов, 4 159 совхозов и 7 069 МТС, построено около 9 тыс. крупных промышленных предприятий, созданы новые отрасли – автомобилестроение, станкостроение и др. Промышленное производство росло ежегодно на 11–16 %, к 1940 г. СССР по объему выпускавшейся промышленной продукции вышел на второе место в мире, уступив США. По оценкам Госплана и ряда исследователей, с 1928 по 1940 г. производительность труда в промышленности выросла в 3,4 раза, а объем валового национального продукта – на 60 %.

Вычислить вклад реформы здравоохранения в достижение этих результатов невозможно, поскольку народнохозяйственный эффект любого мероприятия никогда не проявляется прямо и подвержен влиянию очень многих факторов. Но, вероятнее всего, реформа 1930-х гг. имела негативные следствия для экономики страны. Прямые и косвенные потери от роста заболеваемости и смертности перекрывали прибыль, полученную ценой интенсификации труда. Косвенно об этом свидетельствует тот факт, что сразу после войны власти пошли на требующее больших инвестиций преобразование здравоохранения с деконструкцией системы 1930-х гг.

### Список литературы

*Андреев Е. М., Дарский Л. Е., Харькова Т. Л.* Население Советского Союза. 1922–1991. М. : Наука, 1993. 143 с.

*[Андреев Е. М.]* Снижение младенческой смертности в России в 1940–1958 гг. // Развитие населения и демографическая политика. Памяти А. Я. Кваши : сб. ст. / под ред. М. Б. Денисенко, В. В. Елизарова. М. : МАКС Пресс, 2014. С. 108–128.

*Владимирский М. Ф.* Задачи органов здравоохранения и социалистическое строительство // На фронте здравоохранения. 1930. № 5–6. С. 3–15.

Вопросы труда в цифрах : Статистический справочник за 1927–1930 гг. М. : Гострудиздат, 1930. 72 с.

ГАРФ. Ф. А-482. Оп. 24. Д. 1277.

*Егорова Д. В.* Правовая политика в сфере здравоохранения и правовая охрана здоровья населения в советском государстве (1917–1991 гг.) : дис. ... канд. юридич. наук. Саратов : [Б. и.], 2011. 181 с.

*Затравкин С. Н., Хабриев Р. У., Щепин В. О., Саркисов А. С.* Заболеваемость инфекционными болезнями в СССР. Сообщение 1. 1919–1949 годы // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2018. № 5. С. 350–356.

Здравоохранение в СССР. М. : Изд-во ЦСУ при Совете министров СССР, 1966. 447 с.

*Кароли Д.* Распространение европейской образовательной модели детских яслей (crèches) в России // *Quaestio Rossica*. Т. 4. 2016. № 3. С. 141–158. DOI 10.15826/qr.2016.3.180.

*Каминский Г. Н.* Охрана здоровья в Советском союзе. М. : Биомедгиз, 1935. 118 с.

*Каминский Г. Н.* Задачи советского здравоохранения. М. : Биомедгиз, 1936. 164 с.

*Ковригина М. Д.* Забота государства о матери и ребенке. М. : Госполитиздат, 1946. 32 с.

*Колеров М. А.* Сталин: от Фихте к Берия : Очерки по истории языка сталинского коммунизма. М. : Модест Колеров, 2017. 640 с.

*Колеров М. А.* Тоталитаризм: русская программа для западной доктрины. М. : Изд. кн. магазина «Циолковский», 2018. 152 с.

*Лисицын Ю. П.* История медицины : учебник. 2-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 398 с.

*Лисицын Ю. П., Улумбекова Г. Э.* Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для мед. вузов. 3-е изд. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 544 с.

Материалы к пятилетнему плану здравоохранения РСФСР. М. : Гос. мед. изд-во, 1930. 152 с.

Об основных установках плана по здравоохранению на 1937 год. М. : Биомедгиз, 1936. 28 с.

*Поддубный М. В.* Санитарная охрана окружающей среды в России и СССР в первой половине XX века. Киев : Киевский эколого-культурный центр : Центр охраны дикой природы СоЭС, 1997. 111 с.

О ясельном обслуживании детей в городах, промышленных центрах, совхозах, МТС и колхозах : постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 20 сентября 1932 г. // *СУ РСФСР*. 1932. № 78. Ст. 345. С. 467–468.

Постановления КПСС и Советского правительства об охране здоровья народа. М. : Гос. изд-во мед. лит., 1958. 338 с.

РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 192; Оп. 41. Д. 65; Оп. 33. Д. 2638.

Резолюции VII Всероссийского съезда здравотделов // На фронте здравоохранения. 1930. № 5–6. С. 134–140.

*Сорокина Т. С.* История медицины : учебник для студ. высш. мед. учеб. заведений. 8-е изд. М. : Академия, 2008. 560 с.

*Сорокина Т. С., Морозов А. В.* Отечественное здравоохранение и медицинское образование в первой половине двадцатого века. М. : РУДН, 2017. 55 с.

*Хоффманн Д. Л.* Взращивание масс : Модерное государство и советский социализм. 1914–1939 / пер. с англ. А. Терещенко. М. : Новое лит. обозрение, 2018. 424 с.

ЦА ФСБ России. Ф. 2. Оп. 11. Д. 47.

XVI Всероссийский съезд Советов : 15–23 января 1935 г., [Москва] : стеногр. отчет: бюллетени. № 1–17. Постановления. М. : ВЦИК, 1935. 708 с.

*Field M.* Soviet Socialized Medicine. N. Y. : Free Press; L. : Collier – Macmillan, 1967. 231 p.

*Hoffmann D. L.* Stalinist Values: The Cultural Norms of Soviet Modernity, 1917–1941. Ithaca : Cornell Univ. Press, 2003. 264 p.

*Hoffmann D. L.* Cultivating the Masses. Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914–1939. Ithaca : Cornell Univ. Press, 2011. 327 p.

*Solomon G. S.* The Expert and the State in Russian Public Health: Continuities and Changes across the Revolutionary Divide // *The History of Public Health and the Modern State* / ed. by D. Porter. Amsterdam : Rodopi, 1994. P. 183–223.

*Sumpf A.* Book Review : David L. Hoffmann, Cultivating the Masses // *Cahiers du Monde Russe*. Vol. 52. 2011. № 4. P. 724–726.

*Weissman N. B.* Origins of Soviet Health Administration : Narkomzdrav, 1918–1928 // *Health and Society in Revolutionary Russia* / ed. by G. Solomon and J. F. Hutchinson. Bloomington : Indiana Univ. Press, 1990. P. 97–120.

## References

- [Andreev, E. M.]. (2014). Snizhenie mladencheskoi smertnosti v Rossii v 1940–1958 gg. [The Decline in Infant Mortality in Russia between 1940 and 1958]. In Denisenko, M. B., Elizarov, V. V. (Eds.). *Razvitie naseleniya i demograficheskaya politika*. Moscow, MAKS Press, pp. 108–128.
- Andreev, E. M., Darskii, L. E., Khar'kova, T. L. (1993). *Naselenie Sovetskogo Soyuz. 1922–1991* [The Population of the Soviet Union. 1922–1991]. Moscow, Nauka. 143 p.
- Caroli, D. (2016). Rasprostranenie evropeiskoi obrazovatel'noi modeli detskikh yaslei (crèches) v Rossii [The Introduction and Spread of European-Style Crèches in Russia]. In *Quaestio Rossica*. Vol. 4. No. 3, pp. 141–158. DOI 10.15826/qr.2016.3.180.
- Egorova, D. V. (2011). *Pravovaya politika v sfere zdravookhraneniya i pravovaya okhrana zdorov'ya naseleniya v sovetskom gosudarstve (1917–1991 gg.)* [Legal Policy and Legal Protection of Public Health in the Soviet Union (1917–1991)]. Dis. ... kand. yuridich. nauk. Saratov, S. n. 181 p.
- Field, M. (1967). *Soviet Socialized Medicine*. N. Y., Free Press, L., Collier – Macmillan. 231 p.
- GARF [State Archive of the Russian Federation]. Stock A-482. List 24. Dos. 1277.
- Hoffmann, D. L. (2003). *Stalinist Values: The Cultural Norms of Soviet Modernity, 1917–1941*. Ithaca, Cornell Univ. Press. 264 p.
- Hoffmann, D. L. (2011). *Cultivating the Masses. Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914–1939*. Ithaca, Cornell Univ. Press. 327 p.
- Hoffmann, D. L. (2018). *Vzrashchivanie mass. Modernoe gosudarstvo i sovetskii sotsializm. 1914–1939* [Cultivating the Masses. Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914–1939] / transl. by A. Tereshchenko. Moscow, Novoe literaturnoe obozrenie. 424 p.
- Kaminskii, G. N. (1935). *Okhrana zdorov'ya v Sovetskom soyuze* [Health Care in the USSR]. Moscow, Biomedgiz. 118 p.
- Kaminskii, G. N. (1936). *Zadachi sovetskogo zdravookhraneniya* [Aims of the Soviet Health Sector]. Moscow, Biomedgiz. 164 p.
- Kolerov, M. A. (2017). *Stalin: ot Fikhte k Beriya. Ocherki po istorii yazyka stalinskogo kommunizma* [Stalin: From Fichte to Beria. Essays on the History of the Language of Stalinist Communism]. Moscow, Modest Kolerov. 640 p.
- Kolerov, M. A. (2018). *Totalitarizm: russkaya programma dlya zapadnoi doktriny* [Totalitarianism: A Russian Programme for Western Doctrine]. Moscow, Izdanie knizhnogo magazina “Tsiolkovskii”. 152 p.
- Kovrigina, M. D. (1946). *Zabota gosudarstva o materi i rebenke* [State Care of Mother and Child]. Moscow, Gospolitizdat. 32 p.
- Lisitsyn, Yu. P. (2008). *Istoriya meditsiny. Uchebnik* [History of Medicine. Textbook]. 2<sup>nd</sup> Ed. Moscow, GEOTAR-Media. 398 p.
- Lisitsyn, Yu. P., Ulumbekova, G. E. (2011). *Obshchestvennoe zdorov'e i zdravookhranenie* [Public Health and Healthcare]. 3<sup>rd</sup> Ed. Moscow, GEOTAR-Media. 544 p.
- Materialy k pyatiletnemu planu zdravookhraneniya RSFSR* [Materials for the Five-Year Health Plan of the RSFSR]. (1930). Moscow, Gosudarstvennoe meditsinskoe izdatel'stvo. 152 p.
- О yasel'nom obsluzhivanii detei v gorodakh, promyshlennykh tsentrakh, sovkhozakh, MTS i kolkhozakh. Postanovlenie VTsIK i SNK RSFSR ot 20 sentyabrya 1932 g. [On the Nursery Services in Cities, Industrial Centres, State Farms, Machine Tractor Stations and Collective Farms. Resolution of the Central Executive Committee and the Council of People's Commissars of the RSFSR as of September 20, 1932]. (1932). In *Sobranie uzakonenii RSFSR*. No. 78. Article 345, pp. 467–468.
- Ob osnovnykh ustanovkakh plana po zdravookhranenyu na 1937 god* [About the Main Points of the Health Plan for 1937]. (1936). Moscow, Biomedgiz. 28 p.
- Podubnyi, M. V. (1997). *Sanitarnaya okhrana okruzhayushchei sredy v Rossii i SSSR v pervoi polovine XX veka* [Sanitary Protection of the Environment in Russia and the USSR in the First Half of the 20<sup>th</sup> Century]. Kiev, Kievskii ekologo-kul'turnyi tsentr, Tsentr okhrany dikoi prirody Sotsial'no-ekologicheskogo soyuza. 111 p.

*Postanovleniya KPSS i Sovetskogo pravitel'stva ob okhrane zdorov'ya naroda* [Decisions of the CPSU and the Soviet Government on the Protection of Public Health]. (1958). Moscow, Gosudarstvennoe izdatel'stvo meditsinskoi literatury. 338 p.

Rezolyutsii VII Vserossiiskogo s'ezda zdravotdelov [Resolutions of the 7<sup>th</sup> All-Russian Congress of Health Units]. (1930). In *Na fronte zdravookhraneniya*. No. 5–6, pp. 134–140.

*RGAE* [Russian State Archive of Economics]. Stock 1562. List 18. Dos. 192; List 41. Dos. 65; List 33. Dos. 2638.

Solomon, G. S. (1994). The Expert and the State in Russian Public Health: Continuities and Changes across the Revolutionary Divide. In Porter, D. (Ed.). *The History of Public Health and the Modern State*. Amsterdam, Rodopi, pp. 183–223.

Sorokina, T. S. (2008). *Istoriya meditsiny. Uchebnyk dlya studentov vysshikh meditsinskikh uchebnykh zavedenii* [History of Medicine. A Textbook for Students of Higher Medical Educational Institutions]. 8<sup>th</sup> Ed. Moscow, Akademiya. 560 p.

Sorokina, T. S., Morozov, A. V. (2017). *Otechestvennoe zdravookhranenie i meditsinskoe obrazovanie v pervoi polovine dvadtsatogo veka* [Russian Healthcare and Medical Education in the First Half of the 20<sup>th</sup> Century]. Moscow, Rossiiskii universitet druzhby narodov. 55 p.

Sumpf, A. (2011). Book Review: David L. Hoffmann, *Cultivating the Masses*. In *Cahiers du Monde Russe*. Vol. 52. No. 4, pp. 724–726.

*TsA FSB Rossii* [Central Archive of the Federal Security Service of the Russian Federation]. Stock 2. List 11. Dos. 47.

Vladimirskii, M. F. (1930). Zadachi organov zdravookhraneniya i sotsialisticheskoe stroitel'stvo [Tasks of the Health Authorities and the Construction of Socialism]. In *Na fronte zdravookhraneniya*. No. 5–6, pp. 3–15.

*Voprosy truda v tsifrakh. Statisticheskii spravochnik za 1927–1930 gg.* [Labour Issues in Numbers. Statistical Compendium 1927–1930]. (1930). Moscow, Gostrudizdat. 72 p.

Weissman, N. B. (1990). Origins of Soviet Health Administration. *Narkomzdrav, 1918–1928*. In Solomon, G., Hutchinson, J. F. (Eds.). *Health and Society in Revolutionary Russia*. Bloomington, Indiana Univ. Press, pp. 97–120.

*XVI Vserossiiskii s'ezd Sovetov. 15–23 yanvarya 1935 g. [Moskva]. Stenograficheskii otchet: byulleteni. № 1–17. Postanovleniya* [16<sup>th</sup> All-Russian Congress of Soviets: 15–23 January 1935 [Moscow]. Verbatim Transcripts. Newsletters. No. 1–17. Regulations]. (1935). Moscow, Vserossiiskii tsentral'nyi ispolnitel'nyi komitet. 708 p.

Zatravkin, S. N., Khabriev, R. U., Shchepin, V. O., Sarkisov, A. S. (2018). Zabolevaemost' infektsionnymi boleznyami v SSSR. Soobshchenie 1. 1919–1949 gody [Incidence of Infectious Diseases in the USSR. Message 1. 1919–1949]. In *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. No. 5, pp. 350–356.

*Zdravookhranenie v SSSR* [Public Health in the USSR]. (1966). Moscow, Izdatel'stvo Tsentral'nogo statisticheskogo upravleniya pri Sovete ministrov SSSR. 447 p.

*The article was submitted on 07.04.2019*