

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ПЕРИОД ПОЗДНЕГО СТАЛИНИЗМА И ДУХ ПОСЛЕВОЕННОГО ГОСУДАРСТВА БЛАГОДЕНСТВИЯ, 1945–1953 ГОДЫ

К. Бартон

Автор предлагает новое прочтение советской истории периода позднего сталинизма, выявляя в ней малозаметную тенденцию создания государства благоденствия. Она нашла свое проявление в послевоенной реформе советского здравоохранения, переходе от производственного к территориальному принципу медицинской помощи населению, доступности медицины не только рабочему классу, но и гражданским лицам, не связанным с производством. В правительственных кругах эта трансформация вызвала жаркие дискуссии, ставшие иллюстрацией борьбы двух разных принципов благоденствия — помощи трудящимся и всеохватывающей помощи. По мнению автора, торжество последнего принципа было во многом продиктовано стремлением руководителей советского здравоохранения найти применение огромной армии докторов в условиях послевоенной демобилизации.

Ключевые слова: поздний сталинизм, государство благоденствия, министерство здравоохранения, поликлиника, медсанчасть, население

Поздний сталинизм — период, не совсем подходящий для применения концепции «государства благоденствия», поскольку он обычно ассоциируется с послевоенным хаосом, восстановлением хозяйства и мобилизацией по случаю начала холодной войны. Наиболее известным эпизодом в истории советского здравоохранения 1945–1953 годов был голод 1946–1947 годов, который оказался в фокусе внимания некоторых постсоветских исследователей этого периода [Зима, 1996; Zubkova, 1998; Ellman, 2000; Filtzer, 1999; Filtzer, 2002]. На систему здравоохранения позднего сталинизма, кроме того, сильно повлияли политические

репрессии, связанные с началом холодной войны, — от дела «КР», завершившегося «судом чести» в 1947 году, и до «дела врачей» 1953 года ¹.

Напротив, классическое государство благоденствия было построено в первые послевоенные годы именно в некоммунистических странах. Наиболее известным примером этого было создание в 1948 году Британской национальной системы здравоохранения, однако подобные изменения происходили по всей Западной Европе [Porter, 1994]. Распространение же социальных служб в Советском Союзе ассоциируется не с первыми послевоенными годами, а с периодом правления Хрущева [Towards... 1960]. При этом сам термин «государство благоденствия» был введен для описания особых форм капитализма в работе такого исследователя-компаративиста, как Госта Эспинг-Андерсен, изучавшего, в какой степени в государствах благоденствия рынок замещается социальной политикой. Хотя Эспинг-Андерсен и другие исследователи проанализировали большое число режимов благоденствия, подобные формы анализа не распространяются на государственный социализм [Esping-Andersen, 1990].

В 1964 году видный советолог Алек Нов опубликовал небольшую статью под названием «Является ли Советский Союз государством благоденствия?». Это был довольно незначительный по размерам текст, но в нем удачно кристаллизовалась вся проблематика. Нов исследовал совокупность политик социального благоденствия, в том числе в области здравоохранения, образования, жилищного и пенсионного обеспечения, социального страхования, попытавшись передать советское понимание организации разнообразных социальных услуг. И хотя он не ответил прямо на свой собственный вопрос, все же он допустил существование советского государства благоденствия, выступающего чем-то вроде ансамбля этих служб. Весьма любопытно, что при этом он определил элементы этой системы — наиболее значительным из которых было здравоохранение — как возникшие при Сталине [Nove, 1964]. Данное представление Нова о здравоохранении я и буду развивать в этой статье.

Политика здравоохранения после войны

Начнем с вопроса о финансах. Расходы на советское здравоохранение из государственного бюджета выросли с 4,5 % в 1946 до 5,2 % в 1950 году [Davis, 1979]. Они были все еще достаточно скромными по сравне-

¹ В двух словах, дело «КР» (Клюевой и Роскина. — *Пер.*) — это скандал из-за утечки секретной информации о лечении рака на Запад. Он случился в начале холодной войны, повлиявшей на официальный пересмотр сложившихся в прежние годы научных контактов двух советских ученых с американскими онкологами и дипломатами по причине безответственной и возможно сознательной передачи высших государственных секретов враждебной стороне [Есаков, Левина, 2001; Krementsov, 2002].

нию с более поздними, и к тому же с 1950 года ввиду перевооружения армии на фоне войны в Корее снижались, однако из-за крайне низкой заработной платы советских врачей даже скромный рост расходов способствовал значительному росту числа докторов. Мы все знаем об огромном числе докторов в поздний советский период, но их общее количество почти *удвоилось* всего лишь за 8 лет — с середины 1945 по начало 1953 года. В период между 1940 и 1950 годами удвоилось и число докторов на душу населения [Здравоохранение... 1957]. В кратчайший срок советское общество ощутило переизбыток молодых докторов. К 1951 году их число на душу населения оказалось больше, чем во многих — если не во всех — других странах. Стремительный рост численности медицинского персонала сопровождался изменениями в организации и деятельности советского здравоохранения. Для некоторых эти изменения стали вызовом, выявив основные принципы советского медицинского благоденствия.

Эти перемены были поначалу почти незаметны из-за проблем с медицинскими последствиями войны и компетентностью советских докторов. Заметную роль сыграл и усиленный политический контроль над здравоохранением. По итогам дела «КР», пагубно сказавшимся на всем высшем руководстве гражданского здравоохранения, со своего поста руководителя медицинского управления Красной Армии в министерство был переведен генерал-полковник Ефим Смирнов, чтобы трудиться там в качестве политически надежного министра [Смирнов, 1989]. Наступила эпоха усиленного контроля над министерством.

Однако Смирнов был весьма энергичным руководителем, и в мае 1947 года в аудитории Второго Московского медицинского института он созвал конференцию для большого числа руководителей здравоохранения и практикующих докторов с тем, чтобы обсудить свою политику в отношении министерства здравоохранения. Большая часть его речи была посвящена статистическим показателям развития послевоенного здравоохранения. Как и следовало ожидать, советское здравоохранение в голодном 1947 году пребывало в плачевном состоянии. Даже информация, доступная для анализа, была скудной. Смирнов остановился на анализе ситуации с весьма высоким расхождением в определении заболеваний и установлении причин смерти, во-первых, между докторами в клиниках для приходящих пациентов (амбулаториях и поликлиниках) и больницах и, во-вторых, между больничными специалистами и патологоанатомами. Это говорило об очень большом количестве ошибочных диагнозов и применении неправильного лечения, что, в свою очередь, указывало на плохую подготовку и низкий уровень компетентности большинства советских медиков после войны ¹.

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 622. Л. 8–10, 15.

Смирнов сфокусировал свое внимание на расхождении в диагнозах между докторами из поликлиник и стационаров. Предлагаемое им решение должно было связать между собой персонал больниц и поликлиник, чтобы доктора тех и других физически работали вместе, повышая компетентность последних ¹. В такой ситуации доктора из поликлиник с ходом времени научились бы точнее ставить диагнозы и лучше лечить приходящих пациентов.

Выбранный способ повышения компетентности докторов из поликлиник путем вмешательства больничных специалистов был весьма знаменателен. Программа Смирнова полностью соответствовала международной тенденции на усиление специализации в области медицины и доминирование специалистов над врачами общей практики. Как утверждал Висенте Наварро, эта интеграция усилила влияние позднего сталинизма на крупномасштабную науку через расширение власти больниц и больничных специалистов над средствами, выделяемыми для клиник. Она подразумевала перетекание финансов из поликлиник в бюджеты больниц [Navarro, 1977].

Однако, что более относится к данной дискуссии, Смирнов также утверждал, что основное значение имеет качество оказываемой помощи в поликлиниках и амбулаториях, *поскольку* те являются самыми важными элементами советского здравоохранения. При этом он предлагал, чтобы они играли решающую роль в профилактике болезней ². Оба элемента этой программы были весьма ориентированы на улучшение здоровья *населения в целом*, о чем нам еще предстоит сказать позднее.

Как полагал Смирнов, решение этой проблемы требовало несоразмерного числа докторов к числу доступных больничных коек — и ради их последующего обучения, и ради дублирования [Смирнов, 1989]. И это был верный план, поскольку в то время как число больничных коек с 1940 по 1950 годы выросло на 25 %, число докторов за тот же период увеличилось на 75 % [Здравоохранение... 1960. С. 135]. Попросту говоря, теперь в учреждениях появилось слишком много докторов по сравнению с прошлым.

Минздрав последовал плану Смирнова, издав осенью 1947 года и в апреле 1948 года два постановления, устанавливающих порядок взаимодействия амбулаторий и поликлиник с соответствующими больницами ³. К 1949 году министерство здравоохранения опубликовало ключевой приказ № 870, утвердивший необходимость следовать предложенной системе [Барсуков, 1957. С. 311]. И хотя в период позднего сталинизма никогда не удавалось полностью интегрировать помощь для приходящих

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 622. Л. 51.

² ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 622. Л. 9.

³ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1126. Л. 28–29.

пациентов и помощь для пациентов стационара, тем не менее к 1953 году 92 % учреждений для приходящих были связаны с больницами ¹.

Второй инициативой Смирнова было широкомасштабное налаживание службы здравоохранения в сельской местности. В самом деле, в конце войны сельская медицина оказалась на очень низком уровне. Даже до войны подавляющее большинство докторов пребывало в городах, а непосредственно после войны только 20 % сельских районных центров имели трех и более докторов, в то время как 40 % имели лишь одного. Имевшиеся там больничные койки были отданы под общую практику, а хирургическая помощь могла быть оказана лишь в 29 % районных больниц [Смирнов, 1989. С. 232–233].

Скрытая направленность поликлинической реформы против села, далекого от каких бы то ни было поликлиник и больниц, была компенсирована, поскольку Смирнов бросил всю свою энергию на решение проблем сельской местности. В своих мемуарах он подчеркивал слабость сельской медицины в конце Второй мировой войны. Окончание же войны привело к увольнению массы молодых, недавно подготовленных медработников с воинской службы. Сопоставление этих двух явлений породило логику последующих инициатив по укреплению сельского здравоохранения, все более очевидную для министра здравоохранения. В тезисе, касающемся реформы поликлиник, он допускал, что доступные трудовые резервы — не без учета некоторой дополнительной подготовки — способны исправить ситуацию. После *массового* перемещения «медицинских кадров» в сельскую местность — процесса, который Смирнов оставил без пояснений, — можно было бы перейти к другим вопросам, таким, как обеспечение медицинским оборудованием и расширение районных больниц [Смирнов, 1989. С. 232].

Четвертый пятилетний план в качестве одной из своих задач включал в себя меры по существенному улучшению здоровья сельского населения. Предшественник Смирнова Георгий Митерев уже объявил о массовой переброске медицинских специалистов в районные центры с тем, чтобы развивать сельское здравоохранение [Митерев, 1945. С. 2]. Поэтому Смирнов всерьез рассчитывал, что вновь прибывшие кадры всецело перестроят его работу. Опять же «присутствие медицинских кадров в сельской местности» позволяло трансформировать районные больницы в более специализированные подразделения. Многие из новых докторов были переквалифицированы в специалистов в ходе программы ускоренной переподготовки, начавшейся в соответствии с приказом минздрава № 360 от 6 сентября 1947 года [Смирнов, 1989. С. 232].

Непрерывно издавались и другие постановления, которые выстраивали сельскую медицину. В одном только 1948 году эти меры включали

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1126. Л. 106.

в себя выделение значительных средств для приобретения хирургических инструментов и оборудования, особенно для неоснащенных сельских районных больниц [Смирнов, 1989. С. 235]. Такая политика, ориентированная на районные центры, сводилась к распределению медицинских ресурсов в соответствии с размерами населения в районе. Например, количество коек в районных больницах определялось в зависимости от численности населения района [Там же. С. 234].

Эти новшества едва ли были чем-то неожиданным. Опять же акцент на специализированной сельской медицине вытекал из того факта, что больничные специалисты играли ведущую роль в поликлинической интеграции, а медицинская наука — в рамках профессиональной иерархии. Однако здесь важно указать на то, как эти изменения превратили именно *район*, то есть территориальный округ, а не колхоз, в основную единицу по предоставлению услуг здравоохранения.

Интеграция больниц и поликлиник и движение к модернизированной сельской медицине побуждают думать о квазиуниверсальной ориентации позднего сталинского здравоохранения. Запаздывание же с организацией охраны здоровья на рабочем месте усиливает это впечатление. В связи с появлением большого числа доступных докторов заводской *здравпункт* с единственным доктором в штате должен был подвергнуться преобразованию. На советских заводах здравпункты появились в больших количествах во времена первой пятилетки. Перед ними ставились всеобъемлющие задачи — от улучшения повседневной жизни рабочих, условий их проживания и питания до руководства *активистами*, занятыми организацией санитарной помощи на заводах [Барсуков, 1957. С. 235–236]. На практике же, поскольку они испытывали нехватку персонала, а уровень производственного травматизма среди рабочих только что построенных заводов взметнулся до небес, здравпункты использовались лишь для оказания первой помощи.

К концу 1940-х годов в связи с большим количеством новых докторов заводское здравоохранение предполагалось реорганизовать. Каждый из них должен был быть закреплен за отдельным участком — маленьким участком или какой-то группой рабочих. Этот участок должен быть достаточно небольшим, чтобы доктор мог знать всех людей лично, более хорошо их обслуживать и вести постоянное наблюдение с профилактическими целями. Доктора должны были войти в штат новых *медсанчастей* — оборудованных стационаров с достаточным количеством коек и медицинского персонала.

В то время как медсанчасти удостаивались большего внимания и похвалы, существующие здравпункты по большей части подвергались нападкам многих медицинских чиновников. По сравнению с медсанчастями, здравпункты испытывали серьезную нехватку оборудования,

и даже самый талантливый доктор там не мог многого сделать ¹. Работа в одиночку в здравпункте или сельском врачебном участке для компетенции доктора, безусловно, была губительной. Коллективная работа воспринималась как решение всех проблем ². Смирнов утверждал, что близость докторов из здравпункта к производству не влияла на точность поставленных ими диагнозов, которая была не выше, чем у врачей из амбулаторий ³. В минздраве преобладала точка зрения, что доктор имеет более полный клинический опыт именно вне здравпункта, да и работает там лучше ⁴.

Основное недовольство здравпунктом было вызвано ощутимым падением авторитета доктора на данном рабочем месте. В сущности, Смирнов рассматривал доктора из здравпункта в роли просителя, умоляющего директора завода избавиться от сквозняков или снизить количество опасных газов в заводском цехе. Он был убежден в неэффективности отдельно взятого медицинского работника в пределах заводской иерархии ⁵.

В цветистых выражениях Смирнов обозначил и другие недостатки здравпунктов. Он сравнил «профилактику», предпринимаемую доктором из здравпункта, с тем, как дворник посыпает песком обледелую дорожку. К тому же, фокусируя свое внимание на заводских цехах, эти доктора растеряли знания об этиологии и причинах заболеваний и стали «горе-терапевтами». Следовательно, назначать докторов в здравпункты — пустая трата ресурсов. Докторов, связанных с рабочим местом, следовало бы организовать как участковых (территориальных) врачей и не побуждать их сосредоточиваться на заводских цехах ⁶. В результате здравпункты должны были утратить свое значение, поскольку доктора отзывались из них, и их место занимали *фельдшеры*. Одновременно с этим должны были вводиться медсанчасти, чтобы не утратило значение само заводское здравоохранение.

В действительности возник разрыв, поскольку доктора покинули здравпункты быстрее, чем были открыты медсанчасти. Эта проблема всплыла в апреле 1952 года на встрече Смирнова с чиновниками из Всесоюзного Центрального Совета Профсоюзных Союзов. Секретарь ВЦСПС Соловьев утверждал, что здравпункты зачастую оказались в состоянии хаоса, поскольку заведование ими стало делом низкостатусного медицинского персонала ⁷. Здравпункты представляли собой в целом

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 72–73.

² ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 985. Л. 15.

³ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 730.

⁴ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 985. Л. 16.

⁵ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 731.

⁶ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 72–73.

⁷ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 62.

важные учреждения, когда были укомплектованы докторами, так как доктора из здравпунктов были заняты борьбой с производственным травматизмом и профессиональными заболеваниями, профилактической работой на своем участке, организацией медицинского обследования работников и систематическим санитарным просвещением¹. Председательствующий на встрече Кузнецов резюмировал неудовлетворенность профсоюзов сложившейся ситуацией: здравпункты, несмотря на их «средневековую» отсталость, следовало бы сохранить, если гарантировалось присутствие доктора на предприятии. Хотя квалификация доктора и могла оказаться под вопросом, обычно они работали два или три года в самом заводском цехе².

Ввиду промедления с созданием медсанчастей, руководство ВЦСПС жаловалось, что с тех пор как начались проводимые Смирновым изменения, на большинстве предприятий не было докторов. Профсоюзные чиновники с негодованием сообщали, что 90 % промышленных предприятий оказались без медсанчастей, из-за чего 85 % заводских рабочих и служащих вообще не обслуживались медсанчастями³. Из-за перехода здравпунктов от докторов к фельдшерам или их полного закрытия большинство предприятий оказалось без профессиональной медицинской помощи и должно было иметь дело с медицинскими работниками среднего звена⁴.

Принципы советского медицинского обеспечения

В сложившейся ситуации были поставлены на карту принципы советского здравоохранения. На это намекал в своем захватывающем, но коротком и без ссылок, пассаже Майкл Кейзер, много лет назад описавший, как в конце 1940-х годов произошел сдвиг от «индустриального принципа» в здравоохранении к «районному принципу» [Kaser, 1976. Р. 42]. Давайте вернемся к этой эпохе, чтобы установить общие принципы этого процесса применительно к советскому случаю. По-видимому, мягкий «районный принцип» (*участковый принцип*), иначе говоря, предоставление медицинских услуг на территориальной основе, уходил корнями в хорошо известную историю медицинского подвижничества *земского* движения. Для того чтобы земская система эффективно противодействовала всевозможным эпидемиям и ослабляла недоверие между сельскими жителями и врачами, медицинское обслуживание было сделано совершенно бесплатным, а для того чтобы охватить всю сельскую

¹ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 717.

² ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 739–740.

³ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 680–681.

⁴ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 644–646.

местность, было создано большое количество маленьких клиник. Это и были две составляющие «районного принципа», сформировавшего суть ранних представлений об общественной медицине. В России с самого начала систематическое обслуживание, воспринимавшееся как синоним здравоохранения, было тесно связано с идеей массового доступа к бесплатному здравоохранению ¹.

Бесплатное обслуживание и массовый охват подразумевали теорию социального гражданства. Земская система предвосхитила создание законодательно оформленной национальной системы здравоохранения. Присутствовали и другие мотивы: земские врачи руководствовались желанием достичь большего медицинского профессионализма, который, как они думали, им могла обеспечить такая система [Frieden, 1981. Р. 103–104]. Весьма важно, что земская система предложила профилактический принцип в дореволюционном здравоохранении.

Основным элементом советской теории общественного здоровья стала профилактика. В соответствии с этим в социально-гигиенических проектах 1920-х годов проводился участковый принцип, а для оказания бесплатной помощи на географической основе организовывались диспансеры.

Однако к началу 1930-х годов применение участкового принципа, в сущности, прекратилось. Здравоохранение было увязано с экономическими задачами, что еще недавно критиковалось как реакционная практика. Социальная гигиена не была забыта, но горизонты советского здравоохранения сильно сузились — от внимания к жизни пациентов на всей ее протяженности до времени их пребывания в заводском цехе. С началом первой пятилетки службы здравоохранения были реорганизованы в интересах производства. В области здравоохранения план «исходил из принципа дифференцированного медицинского обслуживания отдельных групп населения в соответствии с их ролью в социалистическом строительстве» [Барсуков, 1957. С. 234]. Тем самым всякое утверждение относительно общедоступности здравоохранения отбрасывалось или, по крайней мере, откладывалось на более позднее время.

Между тем привязанность здравоохранения, как и всего остального, к производству стала скользким местом, и этот план был заменен еще более крайним вариантом — переключением здравоохранения на преимущественное обслуживание ведущих групп работников промышленности и сельского хозяйства [Барсуков, 1957. С. 228–254]. С точки зрения размещения медицинского персонала многие доктора должны были быть распределены в узловые пункты производства — в город и деревню [Там же. С. 228–254]. Этот принцип получил в русском языке

¹ Этот участковый принцип был более значительным, чем ранняя западная «окружная медицина», занятая исключительно общей санитарией.

различные названия, например, «принцип распределения докторов в промышленные районы». Однако обычно он описывался как *производственный принцип*, или, по Кейзеру, индустриальный принцип. Я буду ссылаться на него как на «производственный принцип»¹.

Мнимый баланс города и деревни был сразу же и явным образом нарушен во имя заботы о здоровье занятых в промышленности. Высоко ценимый до этого момента диспансер неожиданно оказался несоответствующим требованиям времени, поскольку он не был обращен «лицом к промышленности», обслуживая географический регион, а не производственное предприятие [Владимирский, 1931. С. 12]. Пятая пятилетка заменила диспансеры здравпунктами, организованными в заводских цехах [Барсуков, 1957. С. 235–236].

Производственный принцип в здравоохранении более всего ассоциируется с первой пятилеткой, но он никогда формально не был отменен. Например, сталинская Конституция 1936 года содержала в себе противоречие в вопросе о доступности здравоохранения, обещая медицинское обслуживание всем «трудящимся» и поистине библейские казни всем другим [Конституция... 1938. С. 8, 21].

Как эти два принципа существовали после 1945 года? Участковый принцип, по крайней мере на уровне программных заявлений, был возрожден в послевоенное время и даже раньше. Третья пятилетка ставила обширные задачи и направляла все больше ресурсов в больницы и «санитарное просвещение», поскольку предыдущий интерес здравоохранения к промышленному производству ослаб [Барсуков, 1957. С. 273]. Оба элемента программы Смирнова, действительно, не были инициированы им самим: интеграцию поликлиник и больниц впервые предложил в 1938 году минздрав (тогда наркомздрав), но она была отложена из-за войны, в то время как стремление к крепкой сельской медицине также датируется этим периодом².

Приоритетными областями охраны здоровья во время четвертой пятилетки были строительство больниц, санаториев и снабжение медицинскими средствами — лекарствами, инструментами и протезами³. Две из трех перспективных задач четвертой пятилетки в области охраны здоровья включали в себя специализированную медицинскую помощь в сельской местности и повышение общего качества здравоохранения для всего населения. В официальных сообщениях о целях советского здравоохранения на период четвертой пятилетки перечислялись различные области медицины — всякий раз прежде недофинансируемые, — которые были определены с целью их поддержки.

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1116. Л. 198.

² ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 62.

³ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 309.

Борьба принципов благоденствия

Удалив докторов из здравпунктов, но запоздав с их перемещением в медсанчасти, Смирнов получил поддержку и одновременно столкнулся с критикой, и это противоречие со здравпунктами оказалось более значимым, чем текущие проблемы. На карту были поставлены основные принципы советской системы медицинского обеспечения. Отражением обостренного восприятия проблемы здравпунктов был тот факт, что обращение Смирнова от 19 декабря 1951 года, касающееся этого, было удалено из архивных записей ¹. Комментарии со стороны приверженцев этих принципов отражали как реальные изменения в организации советского здравоохранения, так и перспективы, которые должны были ожидать советскую систему медицинского обеспечения.

Прежде всего, чиновники ВЦСПС набросились на медсанчасти как структуры, совершенно не способные соответствовать профилактическому принципу советского здравоохранения. Соловьев доказывал, что они были ничем не лучше, чем здравпункты, поскольку доктора из медсанчастей были увлечены процессом интеграции поликлиник и больниц. Рабочее время докторов было занято разными проблемами, в результате чего у них было всего 10–12 часов в месяц для работы на своих участках, и они не успевали заниматься организацией эффективной профилактики и диспансерного наблюдения ². Председатель профсоюза медицинских работников Ильина усмотрела, что в медсанчастях рабочий график докторов складывался таким образом, что они не могли как следует изучить ни условия производства, ни возможности для профилактики ³.

Сами доктора были уволены с производства, поскольку отныне они обслуживали население всего района. Промышленные рабочие, как и остальное население, должны были проводить много времени в очередях у кабинетов врачей ⁴. Соловьев жаловался, что знания докторов об условиях труда на производстве были слабыми и продолжали понижаться в ходе реализации смирновской программы, названной «отрывом докторов от промышленных предприятий и производства» ⁵. Профессор Либерман из Свердловского медицинского института красноречиво уверял, что забота о здоровье промышленных рабочих была хуже, чем о здоровье домохозяек, приходивших в районные поликлиники ⁶.

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 985. Л. 17. Нумерация листов в стенографическом отчете перескакивает с 17 на 52, то есть листы с 18 по 51 были удалены.

² ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 680–681.

³ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 680–681.

⁴ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 717.

⁵ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 720.

⁶ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1041. Л. 90.

Явные сторонники производственного принципа нашлись даже в минздраве. В своем докладе об очевидном ухудшении здоровья заводских рабочих представитель минздрава Булкина открыла основную причину этого: руководство здравоохранения не *дифференцировало медицинское обслуживание для рабочих ведущих отраслей промышленности* и остального населения ¹.

Некоторые считали, что процесс укрепления здоровья рабочих попросту выходил за рамки сопровождающего его промышленного производства и тем самым обеспечивал им позицию привилегированной социальной группы. Ильина утверждала, что многие из существующих медсанчастей нарушали «фундаментальный принцип льготного лечения промышленных рабочих», открывая свои двери всему населению окружающего района ². Глава Наркомздрава Российской Федерации Третьяков говорил об «исключительной ответственности» докторов по отношению к промышленности в ноябре 1945 года: «У нас есть моральное и юридическое право отправлять докторов на заводы и шахты. Но у нас нет морального права отправлять их из городов в деревни» ³.

Идеи приверженцев производственного принципа были во многом предсказуемыми. Так, глава управления по обслуживанию рабочих промышленных предприятий настаивал, что ради улучшения своей работы и продолжения льготного лечения промышленных рабочих доктор из медсанчасти вовсе не должен становиться участковым врачом ⁴. Другая идея состояла в том, что большинство докторов — «эти превосходные кадры», — следуя производственному принципу, должны быть заняты обслуживанием промышленных рабочих и *служащих* ⁵.

Дисфункция благоденствия?

Но имел ли какие-то реальные последствия частичный уход медиков из заводских цехов? Многие приверженцы производственного принципа считали, что итоги были весьма плачевными и даже многие их оппоненты явно или открыто соглашались с их точкой зрения.

Ближайшим поводом этого было явное ухудшение показателей заболеваемости по данным профсоюзов. К концу 1940-х годов те, кто нес главную ответственность за охрану здоровья промышленных рабочих и, в конечном итоге, за их производительность труда, забили тревогу,

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1119. Л. 169.

² ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 680–681.

³ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 518. Л. 172.

⁴ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 985. Л. 11–13.

⁵ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1041. Л. 86.

опасаясь ухудшения в статистике заболеваний в отдельных отраслях промышленности. С 1949 года и до конца эпохи позднего сталинизма, и даже позднее, рабочие в ключевых отраслях, как выяснилось, потеряли значительно больше дней из-за болезни, чем в предыдущие годы ¹.

Однако реальная ситуация сильно отличалась от данных, предоставленных профсоюзами. Подводя итоги своего противостояния со Смирновым в апреле 1952 года, Соловьев резко и открыто заявил, что, *как правило*, по сравнению с учреждениями, занятыми исключительно обслуживанием заводских рабочих, те, что открыты для всего населения, при одних и тех же заболеваниях предоставляют более продолжительный отпуск по болезни ². Было отмечено, что в медсанчастях такой отпуск был короче, поскольку доктора там лично знали работников (в отличие от обычных учреждений), условия их труда и то, как лучше поступать в случае временной нетрудоспособности ³.

Данные о заболеваемости не учитывали отлучки на работе, мотивируемые проблемами со здоровьем, которые не были, строго говоря, болезнями. Например, существовал весьма заметный рост числа женщин детородного возраста, получавших освобождение от работы по причине заболевания ⁴. Однако это происходило не потому, что они сами оказывались больными, а из-за необходимости присматривать за своими маленькими детьми. Поскольку же дети более склонны к болезням, чем взрослые, то последние чаще отсутствовали на работе. Как сказала Булкина, причины явного роста уровня заболеваний были очень разными, при этом она поспешила добавить, что недостаточные финансовые вложения в детские ясли со стороны министерств промышленности усугубляли эту ситуацию ⁵. И вот итог этой относительности в трактовке данных, предоставленных профсоюзами: в то время как с 1949 года показатели здоровья рабочих стали хуже, руководители системы здравоохранения, отстаивающие интересы производства, рапортовали о том, что показатели здоровья всего населения улучшились ⁶.

Интеграция больниц и поликлиник также подверглась критике ввиду плохих показателей по здоровью. В мае 1952 года Соловьев утверждал, что ошибки в диагнозах, поставленных докторами из поликлиник, продолжались, несмотря на интеграцию. В отдельных городах специалисты из больниц опровергали диагнозы докторов из клиник в 20–30 % случаев

¹ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 1 и об.

² ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 714.

³ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1041. Л. 42.

⁴ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1119. Л. 170.

⁵ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1119. Л. 170.

⁶ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 45.

для таких болезней, как малярия и ревматизм. Продолжающиеся же ошибки со стороны больничных докторов были вызваны их перегрузкой в работе с амбулаторными пациентами ¹.

В ответ на это Смирнов просто отмечал, что несколько лет назад расхождения были намного выше ². Другие руководители минздрава указывали, что благодаря уменьшению расхождений между диагнозами у амбулаторных и стационарных больных интеграция сказалась на улучшении охраны здоровья в городах с тяжелой промышленностью: например, в Кемерово разница снизилась с 24 % в 1949 году до 11,8 % в 1950 году, в Сталинске с 30 % в 1949 году до 8,7 % в 1950 году ³. В объединенной больнице Шаумяна в Баку расхождение в диагнозах, характерное для больниц и поликлиник, составляло в терапевтическом отделении больницы 15 % по сравнению с 32 % в 1948 году ⁴.

Смирнов и другие чиновники считали, что его «клиническая революция» оказывала положительное воздействие на качество здравоохранения. Восторженные статьи в газетах заявляли, что специалисты из больниц и поликлиник так слаженно работали вместе, как если бы это один доктор заполнял собой две позиции [Бейлин, 1948. С. 3]. Смирнов сам возвещал статистику, которая показывала крутой спад количества ошибок в диагнозах, поставленных поликлиниками. В заключительной главе своих мемуаров он приводил множество свидетельств из больниц и поликлиник по всей стране, а также указывал на удивительные улучшения в статистике здоровья, включая резкое падение уровня общей смертности [Смирнов, 1989. С. 421].

Мария Ковригина, предшественница Смирнова на посту министра здравоохранения, несмотря на критику в его адрес, соглашалась, что интеграция имела успех. Разница в диагнозах для амбулаторных и стационарных больных была сокращена. Более того, благодаря «взаимодействию» с больничными специалистами, доктора из амбулаторий улучшили свои познания в технике и лечении. Хотя лишь 20 % всех терапевтов самостоятельно могли делать рентген грудной клетки, в объединенных учреждениях его выполняли уже 61,5 % терапевтов. Из 18 % терапевтов, которые могли читать электрокардиограмму, 82 % терапевтов выучились этому вследствие интеграции. 53 % терапевтов благодаря работе в объединенных институтах научились переливать кровь, и почти 88 % всех терапевтов были способны выполнить эту процедуру ⁵.

¹ ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 719.

² ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 24. Д. 1051. Л. 719.

³ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 88.

⁴ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 943. Л. 89.

⁵ ГАРФ. Ф. 8009. Оп. 1. Д. 1126. Л. 25.

Дух послевоенного государства благоденствия

Открытость основополагающих принципов советского медицинского обеспечения, как и связанная с ними реорганизация системы снабжения медицинских учреждений в 1945–1953 годах, подразумевает некоторые изменения советской государственной модели в период позднего сталинизма. Чтобы должным образом говорить об этом, следует разобраться с концепциями государства благоденствия при рыночном капитализме. В концептуальном плане критерием для меня выступает совокупность работ, анализирующих *весь диапазон форм социальной политики* в послевоенных государствах благоденствия. В работе Эспинг-Андерсена изображаются три рода таких форм: основанная на поддержке нуждающихся, ориентированная на помощь работающим и всеохватывающая [Esping-Andersen, 1990]. Это было улучшенной версией концепции Ричарда Титмусса, разработанной в середине XX века, который выделял три рода режимов благоденствия: фискальный, профессиональный и универсальный. Позднее Титмусс изменил эти характеристики, хотя в основном они остались теми же: резидуальный, экономический и универсальный. Первый режим, минималистский, предлагал социальную помощь только тогда, когда все прочие экономические и социальные институты не могли больше ее обеспечивать, второй оказывал социальную помощь на рабочих местах и был ориентирован на осуществление экономической поддержки, тогда как третий, максималистский, полностью отделял социальные службы от экономической сферы и был направлен на достижение справедливости через распределение [Titmuss, 1959. P. 34–55].

Производственный и участковый принципы были близки двум из трех моделей государства благоденствия Титмусса и двум из трех форм Эспинг-Андерсена ¹: участковый принцип может быть в какой-то мере синонимом для всеохватности, в то время как производственный принцип можно рассматривать как экстремальную версию модели благоденствия для советских трудящихся ².

В широком понимании «государство благоденствия» часто отождествляется *только* со всеохватностью. Это неверное понимание, тем

¹ Майкл Райен замечает, что Ричард Титмусс довольно давно идентифицировал «модель» советского социального обеспечения как ориентированную преимущественно на поддержку трудящихся, передовиков производства и работающую меритократию, хотя Титмусс никогда открыто не указывал на Советский Союз как прекрасный пример своей модели [Ryan, 1978. P. 110].

² Для Соединенных Штатов, где «благоденствие» и «государство благоденствия» обладают строго негативными связями с минималистской программой, верно как раз противоположное. Американцы обычно не рассматривают универсальную социальную безопасность как программу благоденствия.

не менее всеохватность с ее коннотациями включенности и равенства доступа к социальным программам представляет максималистский, легко узнаваемый вариант государства благоденствия XX века. Начиная с Томаса Маршалла и продолжая современными феминистскими исследованиями, существование государства благоденствия тесно связано с социальным гражданством, а следовательно, с универсальностью помощи и вопросами включения и исключения из нее [Marshall, 1950. P. 10–85; Pateman, 1988. P. 231–260; Gordon, 1994].

То, что экспансия позднего сталинского здравоохранения напоминала стремление к такого рода всеохватывающему идеалу, должно быть принято с оговорками. Прежде всего, профилактическая медицина — другой ведущий принцип советской системы здравоохранения — лучше всего работает тогда, когда имеет дело с большим количеством населения. Именно так можно было добиться медицинской пользы. Самый сильный аргумент против всякой манифестации «социального гражданства» оказался связан с сельской местностью. Несмотря на то, что колхозники были обеспечены медицинским обслуживанием, улучшенным на территориальном уровне, они оказались лишены других социальных прав, в частности права на пенсию, а также такого фундаментального права, как право на свободное передвижение.

Несмотря на эти оговорки, в период позднего сталинизма обычное население на практике получило более широкий доступ к здравоохранению. Существуют некоторые признаки того, что уже тогда было сформулировано понятие социального гражданства. Когда закончилась война, и начало холодной войны сделало упоминания о нем непопулярными, руководители советской системы здравоохранения вплоть до предшественника Смирнова Георгия Митерева открыто апеллировали к примеру земской медицины как модели для восстанавливаемого сельского здравоохранения [Митерев, 1945. С. 2]. Земская медицина не только подражала форму социального гражданства, сама ее программа «всеохватывающей помощи» доказывала существование социального гражданства как одной из возможных мотиваций наряду с другими.

Несмотря на глубокую двойственность «всеохватности» в период позднего сталинизма, то, что до 1953 года Советское государство хотя бы отчасти смогло быть переориентировано на модель благоденствия, в действительности подкрепляется улучшениями в охране здоровья на рабочем месте. Переход от здравпунктов к медсанчастям, не завершённый, однако, к 1953 году, состоял в движении от режима экономического развития, который экономил скудные ресурсы здравоохранения, держа единственного доктора на заводе, к режиму благоденствия, который в изобилии расточал медицинский персонал, оторвав его от завода и направив на отдельное, самостоятельное рабочее место. Понятно, что Советский Союз пересекал «порог благоденствия» в начале 1950-х, по

крайне мере по отношению к здравоохранению. То, что охрана здоровья промышленных рабочих имела столь сильную поддержку в политических и интеллектуальных кругах вплоть до 1953 года, и то, что это стало официальной политикой при Третьякове в 1953 году, а затем при Ковригиной 1953–1957 годах, само по себе не опровергало аналогии с западными режимами благоденствия. Различия касались лишь *формы* режима благоденствия.

В целом, период 1945–1953 годов выглядит не подающим никаких надежд для анализа государства благоденствия по причине огромных проблем со здоровьем у населения в некоторых регионах, из-за голода, повсеместного плохого питания, последствий политических чисток времен холодной войны, милитаристского и авторитарного характера медицинского управления. Всегда опасно переносить западные аналогии и концепции на советскую историю, а перенос термина «государство благоденствия» на поздний сталинизм, на первый взгляд, кажется весьма странным. Однако именно из-за подобных ассоциаций анализ послевоенной социальной политики в системе здравоохранения оказывается наиболее интересным.

Список литературы

- Барсуков М. И. Очерки истории здравоохранения СССР. М.: Медгиз, 1957.
- Бейлин П. Об ответственности врача: заметки инспектора // Медицинский работник. 1948. 27 октября. С. 3.
- Владимирский М. Здравоохранение на пути к производству. М.; Л., 1931.
- Государственный Архив Российской Федерации (далее ГАРФ).
- Есаков В. Д., Левина Е. С. Дело КР. Суды чести в идеологии и практике послевоенного сталинизма. М.: ИРИ РАН, 2001.
- За медицинские кадры. 1947. 28 марта. С. 1.
- Здравоохранение в СССР: Статистический справочник. М.: Госстатиздат, 1957.
- Здравоохранение в СССР: Статистический сборник. М.: Госстатиздат, 1960.
- Зима В. Ф. Голод в СССР 1946–1947 годов: происхождение и последствия. М.: ИРИ РАН, 1996.
- Конституция и конституции союзных республик. М.: Юридическое изд-во НКЮ СССР, 1938.
- Митерев Г. А. Задачи здравоохранения в послевоенный период // Медицинский работник. 1945. 24 мая. С. 2.
- Смирнов Е. И. Медицина и организация здравоохранения. М.: Медицина, 1989.
- Davis C. The Economics of the Soviet Health System: An Analytical and Historical Study, 1921–1978. PhD. diss., Cambridge University, 1979. P. 71.
- Ellman M. The 1947 Soviet famine and the entitlement approach to famines // Cambridge Journal of Economics. 2000. Vol. 24. P. 603–630.
- Esping-Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton: University Press, 1990.

- Filtzer D.* Soviet Workers and Late Stalinism: Labour and the Restoration of the Stalinist System after World War II. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.
- Filtzer D.* The Standard of Living of Soviet Industrial Workers in the Immediate Postwar Period, 1945–1948 // *Europe-Asia Studies*. 1999. Vol. 6. P. 1013–1038.
- Frieden N.* Russian Physicians in an Era of Reform and Revolution, 1856–1905. Princeton: University Press, 1981.
- Gordon L.* Pitied But Not Entitled: Single Mothers and the History of Welfare, 1890–1935. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1994.
- Kaser M.* Health Care in the Soviet Union and Eastern Europe. London: Westview Press, 1976.
- Krementsov N.* The Cure. A Story of Cancer and Politics from the Annals of the Cold War. Chicago: University of Chicago Press, 2002.
- Marshall T. H.* Citizenship and Social Class // *Citizenship and Social Class and Other Essays*. Cambridge: Cambridge University Press, 1950. P. 10–85.
- Navarro V.* Social Security and Medicine in the USSR: A Marxist Critique. Lexington: D.C. Heath, 1977.
- Nove A.* Is the Soviet Union a Welfare State // *Readings in Russian Civilization*. Vol. III. / Ed. by Thomas Riha. Chicago: University of Chicago Press, 1964. P. 45–56.
- Pateman C.* The Patriarchal Welfare State // *Democracy and the Welfare State* / Ed. by Amy Gutman. Princeton: Princeton University Press, 1988. P. 231–260.
- Porter D.* (Ed.). The History of Public Health and the Modern State. London: The Wellcome Institute, 1994.
- Ryan M.* The Organization of Soviet Medical Care. Oxford: Basil Blackwell, 1978.
- Titmuss R.* The Social Division of Welfare: Some Reflections on the Search for Equity // *Essays on 'The Welfare State'*. New Haven: Yale University Press, 1959. P. 34–55.
- Towards a «Communist Welfare State»? Social Welfare in the USSR* // *Problems of Communism*. 1960. January-February. Vol. 9. P. 1–10.
- Zubkova E.* Russia after the War: Hopes, Illusions and Disappointments, 1945–1957. Armonk, New York: M.E. Sharpe, 1998.

Кристофер Бартон
PhD, профессор факультета истории,
университет Летбридж, Альберта, Канада
электронная почта: christopher.burton@uleth.ca
(Пер. с англ. Д.В. Михеля и В.А. Шубениной)
