

ИСТОРИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

DOI: 10.25990/socinstras.pss-20.vs57-r231

EDN: BXOPGV

УДК 316:61



Ч. Э. СЫМОНОВИЧ

ОРГАНИЗАТОРЫ И ИСТОРИКИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ О ПРОБЛЕМАХ СВОЕЙ ОТРАСЛИ НА ЭТАПЕ 1960–1980-х ГОДОВ

Здравоохранение в СССР активно развивалось примерно с конца 1920-х годов и до начала 1970-х, когда, с одной стороны, сильно возросли требования, стандарты, потребности в «услугах» системы здравоохранения, а с другой — была допущена инерционная модель развития не интенсивного, как в развитых странах, а экстенсивного — наращивания чисто количественных показателей отрасли, с опасным ослаблением внимания к профилактическим задачам, диспансеризации, санпросвету и т. д. В статье описываются особенности организации здравоохранения в СССР в 1960–1980-х годах на основе статистических данных и специальной литературы 1957–2018 годов по истории медицины и организации здравоохранения.

Ключевые слова: советское здравоохранение в условиях «развитого» социализма, экстенсивное и интенсивное развитие здравоохранения, социология и история медицины.

CHESLAV E. SYMONOVICH

ORGANIZERS AND HISTORIANS OF SOVIET HEALTH CARE ON THE PROBLEMS OF THEIR FIELD IN 1960s–1980s

Health care in the USSR has been actively developing since about the end of the 1920s and until the beginning of the 1970s, when, on the one hand, the requirements, standards, and needs for the “services” of the health care system greatly increased, and, on the other hand, an inertial model of development was allowed not intensive, as in developed countries, but extensive — building up purely quantitative indicators of the industry, with a dangerous weakening of attention to preventive tasks,

medical examinations, health education, etc. The article describes the features of the organization of health care in the USSR in the 1960s–1980s. based on statistical data and special literature 1957–2018 on the history of medicine and health care organization.

Keywords: Soviet health care under the conditions of “developed” socialism, extensive and intensive development of healthcare, sociology and history of medicine.

Речь идет об историческом этапе, который примерно со второй половины 1960-х годов официально именовался развитым, или зрелым, социализмом. Рациональное зерно в этом определении было, ибо за три десятилетия создания перед Войной каркаса нового строя последний во многом стал системной реальностью, пусть и не такой, которая предполагалась в теории. Очевидны были достижения во всех основных сферах общества и государства, в том числе в области здравоохранения.

Обращение историка к проблемам этой сферы деятельности представляется своевременным. Во-первых, потому что здравоохранение — одна из главных сторон, одно из главных условий существования человека. Вторая объективно насущная причина — сохранение до сих пор в некотором отношении черт, проблем здравоохранения 1970–1980-х годов, когда выяснилась необходимость перевода его с экстенсивной многозатратной и малоэффективной модели на путь интенсификации, по следам развитых стран. В-третьих, надо признать, что персонажи и массы людей существуют на страницах нашей истории почти бесполо, безвозрастно и без характеристик их физического и психического состояния. Исключения составляют упоминания обо всем этом при освещении историками бед народных — эпидемий, больших войн, стихийных бедствий... Наконец, нельзя не сказать и о почти полном отсутствии упоминаний в вузовских учебниках истории о состоянии и итогах деятельности здравоохранения (Семенникова 2008: 740; Деревянко, Шабельникова 2006: 412; Мунчаев, Устинов 2006: 417; История России с древнейших... 2005: 582; История России XX — нач. XXI вв. 2006: 726)... В этих обстоятельствах явно не лишним видится составление исторического очерка этой сферы на основании имеющихся материалов.

Опубликованная здравоохранительная статистика, общего назначения и специальная, при всем обилии и многообразии не могла стать единственным источником материалов при составлении данного очерка. Ибо одни только числа, и даже включенные в Государственные ежегодные доклады, в такой сфере, как здоровье и его противоположность, не всегда достаточны даже медикам для формирования объективной картины — непрерывно изменяющейся характеристики физического

и психического состояния населения. Тем более что речь идет об огромной стране, расположенной в нескольких природно-климатических зонах, с весьма «неоднородным» населением, с большими различиями в его быте и сознании. Поэтому применительно к СССР, к России на первый план выходят труды специалистов в области организации и развития системы здравоохранения. Но не нам бы и не здесь рассматривать их высоконаучные труды. Мы используем здесь лишь несколько современных доступных для понимания научно-публицистических книг и учебников. Их авторы так или иначе исходили из гуманных принципов и отечественных традиций организации здравоохранения, сохранявших свое значение независимо от особенностей общественного строя. Это видно из руководящих формулировок даже первых послереволюционных лет.

Базовыми для советского здравоохранения принципами тут были с 1918 года сформулированные наркомом Н. А. Семашко: *государственный характер; профилактическое направление и его метод — диспансеризация; единство систем здравоохранения; бесплатность, общедоступность медицинской помощи; широкое участие трудящихся в охране здоровья народа* (см.: Лисицын 2008: 205).

...В начале изучаемого нами этапа в третьей Программе КПСС, принятой в 1961 году, задачи перед советским здравоохранением были сформулированы довольно кратко и четко: *дело первостепенной важности — укрепление здоровья советских людей, увеличение продолжительности их активной жизни. Партия ставит задачу добиться повсеместного и полного удовлетворения потребностей жителей города и села во всех видах высококвалифицированного медицинского обслуживания, кардинального повышения его качества. В этих целях намечается ввести систему всеобщей диспансеризации населения; осуществить дальнейшее развитие сети учреждений по охране здоровья матери и ребенка, поликлиник, больниц, санаториев и оснащение их современной медицинской аппаратурой и оборудованием; полное обеспечение лекарственными, лечебными и санитарно-гигиеническими средствами*¹.

В дальнейшем, в 1960–1970-е годы, особенно в ходе устранения последствий «субъективизма и волюнтаризма», в статьях и выступлениях руководителей Минздрава содержалось немало верных оценок успехов и трудностей в работе медиков. Б. В. Петровский говорил на

¹ Новая редакция программы КПСС. 1986 г. // Музей истории российских реформ им. П. А. Столыпина. — URL: <http://музейреформ.рф/node/14030> (дата обращения: 04.03.2023).

сессии Верховного Совета СССР в 1968 году о недостатке финансирования, о трудностях обеспечения оборудованием для родовспоможения, кардиологии, стоматологии. Потребности тут за счет отечественного производства удовлетворялись на 40–50%. Требовалось переоснащение заводов Медпрома. В модернизации нуждались десятки тысяч медучреждений, восстановленных после Войны по «дешевым» проектам. Проблемными участками оставалась подготовка медперсонала, воспитание гигиенических навыков (Петровский 1995: 138–144). С учетом этих оценок ЦК КПСС и Совет Министров СССР приняли в июне 1968 года постановление о мерах по улучшению здравоохранения и развитию медицинской науки, а Верховный Совет утвердил в следующем году Основы Законодательства СССР и Союзных республик о здравоохранении. В документах содержались задания по укреплению и расширению материально-технической базы отрасли, укрупнению ее звеньев, охране окружающей среды, подготовке кадров, созданию и объединению исследовательских учреждений, развитию на новом уровне скорой медицинской помощи, расширению сети аптек, санаторно-курортной отрасли... По некоторым из позиций, например об охране материнства и детства, в документах названы существенные суммы ассигнований. Однако в целом бюджетных средств не хватало. Намеченные и отчасти принятые меры не привели к существенному улучшению показателей состояния здоровья и продолжительности жизни населения. В 1977 году министр здравоохранения СССР вынужден был признать такие отрицательные явления, как рост сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них, и сказать о причинах, свойственных не только нашей стране, но и многим развитым странам. Это увеличение в составе населения людей пожилого и старческого возраста, ускорение жизненного темпа, возрастание нервно-психического напряжения, в том числе в трудовых процессах, уменьшение физической активности, изменение характера питания, распространение курения, злоупотребления алкоголем (60 лет Советского здравоохранения 1977: 23–27, 170).

Следует подчеркнуть, что данный перечень причин отрицательных явлений в физическом и психическом состоянии населения СССР, потом и РФ, с тех пор постоянно повторяется и в руководящих документах, и в справочниках (см., например, статью «Здравоохранение в СССР» в Популярной мед. энциклопедии 1991: 224), в научных трудах и в публицистике, ибо общество т. н. «разумных» людей, независимо от общественного устройства, вкусив толику благоденствия, упорно идет по жизнепрекратительному пути, как назвал бы это Н. С. Лесков (Н. С. Лесков «Воительница»).

В том году, когда Б. В. Петровский перечислял пагубные причины неблагополучия в сфере здоровья-нездоровья людей, Конституция СССР в ст. 42 провозглашала право граждан на охрану их здоровья. *Это право обеспечивается бесплатной квалифицированной медицинской помощью, оказываемой государственными учреждениями...; расширением их сети; развитием... техники безопасности и производственной санитарии; широкими профилактическими мероприятиями; мерами по оздоровлению окружающей среды; особой заботой о здоровье подрастающего поколения...; развертыванием... исследований, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости, на обеспечение долготей активной жизни...*¹

Однако 1980-е годы не принесли заметного улучшения состояния здоровья и демографических показателей, за исключением года, последовавшего за мерами законодательной оголтелой борьбы с алкоголизацией масс. И все-таки до сих пор концептуальное значение сохраняют десятки тезисов времен перестройки. Тогда были даны задания по увеличению ассигнований на укрепление материальной базы медицины и фармакологии, по разработке конкурентоспособных медицинских приборов и оборудования, по строительству домов престарелых и социальных домов, по оздоровлению среды обитания, по снижению заболеваемости трудоспособных на 15–20%, по повышению физической активности школьников, по расширению возможностей санаторно-курортного оздоровления трудящихся, по усилению охраны материнства и детства... Но, пожалуй, **ключевым было задание переносить центр тяжести медобслуживания со стационаров на амбулаторно-поликлиническую сеть, всесторонне переоснастив ее и повысив стимулирование для ее работников. Медобслуживание в больницах предполагалось вести более интенсивно, насыщенно, добиваясь сокращения срока пребывания пациента и более заметного улучшения его состояния** (см.: Справочник партийного работника. 1987–1989). Намерения эти не могли тогда быть осуществлены. Но направления изменений были указаны в значительной мере правильные...

Цитированные выше директивы партии и государства, естественно, оказывали влияние на исследование и популяризацию положения в советской охране здоровья. Для 1980-х годов заметным явлением стал коллективный труд «Медицина и общество», в котором еще до перестроечных откровений авторы глубоко неформально анализировали

¹ Конституция РСФСР от 12.04.1978 г. // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?doc_itself=&nd=196012643&page=1&rdk=0#10 (дата обращения: 04.03.2023).

совокупные затраты государства на здравоохранение (Щепин и др. 1983: 236). В книгах 1970–1980-х годов Ю. П. Лисицына достаточно подробно и взвешенно были очерчены главные достижения, а также проблемы и беды советского здравоохранения, проистекавшие не только из трудностей финансового и материального порядка, но также из бездумно небрежного отношения значительной части населения к своему здоровью (Лисицын 1986: 45–137).

Еще более реалистичными были очерки и учебники, изданные в 2000-е годы, то есть через 10–20 лет после распада СССР вместе с его системой охраны народного здоровья. Так, в 2002 году не только к специалистам, но и в массовые библиотеки пришла небольшая, но весьма богатая по фактическому материалу, многообразная по методике, по набору аспектов монография одного из ведущих специалистов Минздрава — Т. М. Максимовой. Главная ценность книги — последовательное выстраивание череды факторов, определяющих деятельность отрасли и ее результаты, начиная с демографических процессов и заканчивая «бытием и сознанием» медиков, их трудовым режимом, здоровьем, материальным состоянием их семей (Максимова 2002: 6, 12–13, 18, 131). Для нашего очерка полезны приведенные здесь исходные данные конца 1980-х годов.

Научное осмысление проблем советского наследия в области здравоохранения шло и в местных, областных и республиканских центрах. Положительно оценены коллегами публикации издательства «Феникс» в Ростове-на-Дону, в том числе по экономике здравоохранения. Общеизвестен вклад в разработку проблем организации здравоохранения, вносимый школой проф. В. А. Медика из Новгородского университета им. Ярослава Мудрого. Полезны ориентации авторов «Избранных лекций» на методические принципы ВОЗ в оценке показателей общественного здоровья. Например, учет качества питания детей или гигиенической грамотности населения... Еще одна важная черта работы великоновгородских коллег — конкретное описание потерь трудовой сферы из-за не только профессиональной, но и общей заболеваемости в регионе (Избранные лекции... 2000: 6, 12).

Более объемны, историчны по хронологическим рамкам, но однообразны тематически некоторые учебные пособия для вузов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение». Повторяемость методических подходов, количественных показателей отрасли и последовательности разделов очевидно объяснима требованиями государственной программы курса для студентов-медиков (Общественное здоровье и здравоохранение... 2009; Полунина 2010). Одной из положительных сторон этих учебников является внимание не только

к переживаемому моменту, но и к сравнениям ряда медицинских и демографических величин на протяжении всего XX века. Кроме того, в названной дисциплине привлекается внимание к особенностям работы медиков с разными социальными слоями населения.

Разнонаправленность изменений социального состава населения «после социализма», социально-культурных представлений, даже убеждений и правил, — все это способствовало вырастанию из истории медицины и организации здравоохранения дисциплин более частных, специальных. Так, в рамках *социальной медицины* отдельно рассматривается заболеваемость по половозрастным группам. Не повторяя общих мест о массовых самоограничениях воспроизводства, свойственных большинству семей, подчеркивается объективная невозможность или опасность деторождения из-за высокой заболеваемости женскими болезнями. Приведены данные о том, что до $\frac{1}{4}$ девочек и школьников-подростков нуждаются в консультациях и лечении у детского гинеколога... Еще труднее, видимо, проблема невнимания потенциальных родителей и их консультантов к повреждениям генетического фонда в современных «цивилизационных» условиях. Ими обусловлено не менее 7% нарушений развития детей (Назарова, Жиллов 2010: 42, 57). Однако из всех возможных отвлечений от предмета «организация здравоохранения» и параллелей ему наибольшую практическую и теоретическую ценность может иметь, пожалуй, социология медицины, ибо субъективный фактор заботы о здоровье общества, при всей важности материальных факторов, — несомненно главный. И как показывают труды Т. М. Максимовой, повторяю, речь не только о работе с сознанием пациентов, но и об обеспеченности и сознательности врачей и среднего медперсонала. Последнему, заметим, уделено весьма большое внимание и в учебном процессе, и в изданиях последнего десятилетия, ибо роль среднего медперсонала повышается и будет расти в ближайшем будущем. Думается, только социология медицины может когда-либо вооружить авангард общества и власть знаниями о медико-санитарных настроениях людей, а главное — о действенных методах принуждения к здоровьесберегающему поведению... Я имею в виду прежде всего меры экономического воздействия... К сожалению, так прямо о возможностях и о главной миссии «новой» социологии медицины в литературе не говорят, ограничиваясь формулированием бесспорных проблем: отношения в системе «врач — пациент» и формирование идеологии самосохраняющего поведения (Лядова 2018: 318, 324).

Темы не новые, едва ли не вечные для части наиболее состоятельного социального слоя. В начале 1990-х годов соответствующие исследования

велись в ряде областных центров. Определенную роль в выявлении, оценке мнений людей тут играли сотрудники местных медицинских вузов (Сибири, Урала). В трудное переходное время мнения жителей о качестве медицинской помощи были весьма критичны (Гончарова, Артюхов 1991: 29; Смирнов, Трофимова 1991: 29). Но методика этих прикладных социальных исследований была столь проста, что к социологии их причислять не приходится.

Для историков, вероятно, особенно ценен историзм, свойственный начальным этапам работы социологов над избранными проблемами. Работа социолога с документами и литературой до пилотного проекта не всегда заметна. Но без нее не имела бы прочной основы гипотеза исследования. Постоянно и широко пользуясь результатами социологических исследований в работе над историей деревни 1960–1980-х годов, а в последние 20 лет — над историей поколения ровесников Войны, с благодарностью по отношению к коллегам предлагаю теперь их вниманию данный очерк истории медицины и организации здравоохранения в надежде, что он послужит в какой-то мере «подосновой» историко-социологических исследований, хотя бы ретроспективной... Особенно молодым, не заставшим воочию самые разные проявления положительного и негативного в жизни СССР, советских людей, в том числе «общавшихся» с нашей системой сбережения народного здоровья.

Оценки ее в былые годы встречались сверхположительные: *«Воздвигнуто несокрушимое здание цивилизованности нового типа и заложен фундамент здорового образа жизни... На него опирается политика здравоохранения...»* (Лисицын 1986: 4). Немалая часть публикаций 1970-х — середины 1980-х годов была выдержана в таком стиле — первые представительские разделы юбилейных изданий, статей в популярных справочниках (Большая медицинская... 1978. Т. 8: 357). Однако, следуя примеру руководящих критических оценок на Пленумах ЦК конца 1970-х годов, подражая статьям руководителей Отдела науки и учебных заведений ЦК КПСС (например: Щепин 1980: 3–9), справочная литература, освященная авторитетом редакторов — видных представителей АН и АМН СССР, ограниченно отразила негативные явления в медико-демографической сфере. Указывали на то, что успехи в продлении жизни больных-«сердечников» способствует НАКОПЛЕНИЮ в составе населения таких больных, полное излечение коих невозможно. Совершенствование диагностики увеличивает выявление и статистический учет таких заболеваний. Отмечалось более широкое распространение респираторных, желудочно-кишечных заболеваний, рост травматизма, несчастных случаев от «внешних» причин, в том

числе связанных с алкоголизацией... А в остальном энциклопедические статьи были выдержаны в позитивных тонах: рост обеспеченности больничной помощью за годы Советской власти в 9 раз, амбулаторно-поликлинической с 1940 года — в 4 раза, отдых и оздоровление трудящихся в 9 тыс. санаториев и домов отдыха на полтора миллиона мест, наличие 26 тыс. аптек и рост обеспеченности лекарствами по сравнению с 1913 годом в 50 раз (СССР. Энциклопедический... 1979: 271–272). Хорошо еще, что такого рода литература была не столь популярна... Ибо сравнения с 1913 и 1940 годами мало утешали людей, которым недоступна была по разным причинам высококвалифицированная медицинская помощь. Но эти цифры, столь же вероятно, завышали руководство страны, мешая принятию решений о коренной перестройке системы здравоохранения. Тем более что нужд, нехваток средств в сферах, казавшихся более важными, всегда было много...

Иногда профессионалов «заносило», и встречались фантастические утверждения — советская-де медицина имеет конечной целью *полную ликвидацию заболеваний в стране...* (Кузьмин 1978: 160). Так ведь и в книгах 2000-х годов встречались «преувеличения»: якобы с 1950-х годов высококвалифицированная медицинская помощь доступна стала каждому гражданину независимо от социального положения, места и времени обращения (Сорокина 2008: 520). (Возможно, автор имел в виду снятие или ослабление поражения в правах политических высланных, спецпоселенцев и т. д.)

Итак, в целом литературы научной и учебной о развитии и нынешнем этапе советской-российской системы здравоохранения достаточно. Научной — благодаря вниманию специалистов Минздрава и НИИ санитарии, гигиены и организации здравоохранения. Учебной — вследствие стремления столичных и провинциальных вузов обеспечить студентов собственными пособиями по истории медицины и сангигиены. Основной материал об изучении развития советского здравоохранения частично описан в историографической отраслевой литературе (Шлюбом и др. 2008: 9–32) и в уже названных выше работах историков и организаторов здравоохранения.

Последние нередко признавали несовершенство, неполноту статистического учета в медицине. Это относилось не к очевидным количественным показателям системы здравоохранения. Тут рост был постоянный. За 1970–1988 годы количество врачей на 10 тыс. человек населения (далее — т. ч. н.) увеличилось с 27 до 44, больничных коек — со 109 до 131 (СССР и зарубежные... 1990: 78, 82). В общем и целом была построена пирамида учреждений здравоохранения начиная

со здравпунктов и медсанчастей на производствах, с фельдшерско-акушерских пунктов в селениях, с поликлиник и до республиканских и союзных учебных и научно-исследовательских институтов, объединяемых или нет в специализированные центры... Приводились данные о небольших различиях в показателях здоровья и нездоровья социальных слоев населения СССР — в отличие от капиталистических стран. Слабым местом этих пассажей было умолчание или приглушение данных о существенных различиях в уровне и доступности медицинской помощи для жителей города и деревни, для людей, различавшихся не столько по душевым доходам, сколько по образованности, по общей культуре, сильно влиявшей на самосохранительное (и противоположное) поведение и его результаты — измеряемые показателями здоровья и определяющие моральную обстановку в коллективах, в семьях, передачу детям важнейших духовных ценностей и «ценностей». Одной из главных причин небрежного, небережного отношения части населения к своему здоровью была бесплатность лечения.

Достаточно прямо об этом стали говорить и писать по миновании советских времен. И, пожалуй, самым редким, но важным источником сведений о состоянии отрасли являются размышления и оценки самих врачей. Не включенные в рамки и подсчеты социологов, а развернутые в «инициативных» публикациях. Такова, в частности, достаточно резкая оценка профессором гастроэнтерологом В. А. Лисовским бесплатности лечения. Последняя-де *«породила односторонние требования: медицина для народа — значит для меня, с долженствованием выполнения всех „пожеланий“ пациентов и их близких... С другой стороны, бесплатность медицины влечет за собой равнодушие врача, халатность, торопливость, отчужденность от больного. Зарплата врача должна быть высокой. Это — забота государства»* (Лисовский 2000: 16–17).

Между тем, **как и в экономике**, в 1970-е годы эффективность расширения материальной и кадровой базы здравоохранения снижалась. А характеристики заболеваемости по т. н. «болезням цивилизации» росли. Полную картину восстановить удавалось с трудом, — отмечала Т. М. Максимова, — ибо, например, *ИБС (ишемическая болезнь сердца) фиксировалась в качестве причины смерти в середине 1980-х годов в 400 случаях, а заболеваемость — лишь в 180–250 случаях на 100 тыс. человек населения...* По данным Ю. П. Лисицына об обращениях в медучреждения, *заболеваемость сердечно-сосудистыми болезнями поднялась с 4–5% до 8–10%, и доля «сердечников» среди хронических больных в 1970-е годы составила ¼* (Максимова 2002: 17–18; Лисицын 1986: 22).

Весьма вероятно, что многие организаторы медицины, гигиенисты и социологи, врачи в 1970-е — середине 1980-х годов видели причины неблагополучия в отрасли. Но во всеуслышание о них было заявлено лишь начиная с периода перестройки и позже, «благодаря» горькому опыту 1990-х годов. Последний советский министр здравоохранения Е. И. Чазов на 19-й партконференции говорил о том, что «мы гордились системой охраны здоровья, тем, что у нас больше всех врачей, больниц, но молчали, что по детской смертности — на 50-м месте в мире, что по средней продолжительности предстоящей жизни занимаем 32-е место...» (цит. по: Лисицын 2008: 214).

В специальной литературе с тех пор постоянно указывают на запоздание с поворотом от экстенсивного пути развития системы здравоохранения на интенсивный. Его-де надо было осуществлять с 1960-х годов и даже раньше, с 1950-х годов, закончив послевоенное восстановление. Относительно последней временной вехи для поворота сильно сомневаюсь. Не все последствия Войны были преодолены. Прежде всего в плане кадров.

Но действительно, в 1950-е годы достижений в здравоохранении было немало. Один за другим созывались съезды специалистов-медиков, учреждались медицинские общества, НИИ (вирусологии, экспериментальной патологии и терапии рака, полиомиелита, патологии кровообращения...). Сессия АМН подтвердила неотложность диспансеризации нескольких больших групп населения. С 1956 года открывались кардиоревматологические, а с 1973-го — кардиологические отделения в стационарах. Объединялись службы санитарного надзора и противоэпидемиологическая. Министр здравоохранения СССР М. Д. Ковригина признавала, что смертность в основном определяют не инфекционные, а сердечно-сосудистые заболевания ревматического характера и рак. В практику внедрялись новые приборы и методы обследования пациентов. Соответствующие задачи по выпуску аппаратов для сшивания сосудов, искусственного кровообращения, внутрисердечного зондирования и т. д. были включены в главный документ 6-й пятилетки — Директивы XX партсъезда (Организация здравоохранения... 1958. Т. 1: 162; Очерки истории... 1957: 312–314, 334–338; Богданов 1984: 13).

В 1960-е годы, как и в другие десятилетия советского периода, основные количественные показатели материальной и кадровой базы медицины увеличились в полтора-два раза. Для борьбы с распространением заболеваний органов кровообращения за десятилетие прибавилось около 100 учреждений кардиохирургии и за 1967–1970 годы было сделано 32 тыс. операций. Самостоятельным разделом становится

научная геронтология (Фролькис 1969: 3–5). Задача интенсификации здравоохранения стала еще более неотложной. И был положительный пример не только механического расширения, а и качественного совершенствования — кадровой базы. С 1969 года внедрялась трехступенчатая последовательность подготовки врачей-специалистов: общий 5-летний курс, годичная субординатура и годичная интернатура по специальности в крупной больнице под руководством зав. отделением. К другим попыткам частично реформировать достаточно инертную систему здравоохранения относят в литературе акцент, к сожалению — лишь недолгий, на развитие первичных звеньев системы — амбулаторно-поликлинических, создание диагностических центров при самых крупных новых больницах, основание научных центров по десятку основных разделов медицины.

Наибольшие трудности роста и развития пережило здравоохранение в 1970-е годы, особенно в конце десятилетия. Не только из-за отставания отрасли от требований момента, но и от социальных перекосов, диспропорций в демографических процессах и их отражения в социальном самочувствии. Т. М. Максимова указывает на то, что мировые тенденции низкой рождаемости и в отдельных случаях естественной убыли численности населения были ускорены в СССР социально-экономическими проблемами и проявились в ряде областей уже в 1970-е годы. В том числе высочайшая в мире смертность от травматизма, от болезней кровообращения (Максимова 2002: 8). Таково мнение исследователя системы в целом. Но организаторы кардиологии приводили в защиту свои доводы: к концу 1970-х годов кардиологические кабинеты были в каждой десятой поликлинике, в больницах в начале 1980-х годов действовало 600 кардиологических отделений на 51 тыс. коек. Соответствующая специализация продвигалась в скорой медицинской помощи и в санаторном деле (Богданов 1984: 16).

Как и в экономике 1970-х годов, в здравоохранении была попытка повысить самостоятельность органов управления и учреждений, распределять средства отрасли в расчете на душу населения региона, отойти от принципа полной бесплатности медицинского обслуживания... Но, видимо, коренная перестройка всех сторон системы здравоохранения, нацеленная на повышение ее эффективности, представлялась тогдашнему руководству несвоевременной. Потребовалось бы и значительное увеличение финансирования, и материальное его наполнение.

В современной литературе постоянно указывают на недостаточное (по меркам развитых стран) финансирование отрасли и обеспечивающих ее секторов экономики. Причины известны: непомерные задачи,

поставленные советским руководством перед хозяйственно-финансовой системой, долженствовавшей обеспечивать удовлетворение не только внутренних нужд, но и поддержку всевозможных союзников... Что касается самого тезиса, то здесь, наверно, как и в оборонной области, надо различать прямые вложения средств в медицину и в сферы деятельности, обеспечивающие ее продукцией, в том числе интеллектуальной. При первом подходе, опираясь на госстатистику, имеем, округляя, ряд чисел для СССР, Великобритании и США за 1980-е годы: соответственно 3,2, 5,7 и 9,7% от валового национального продукта (СССР и зарубежные... 1990: 52). Опубликованный в том же году международный справочник дает величину в 5% (Статистический ежегодник... 1990: 645). Несколько иные данные в учебнике 2009 года: по финансированию здравоохранения СССР был в 1970–1980-е годы в седьмом десятке стран мира с удельным весом таких расходов от 6,6% в 1960 году до 4,6% в 1985-м (Общественное здоровье... 2009: 34). Наиболее углубленный подход встречаем в доперестроечной книге руководителей головного НИИ по данному кругу вопросов. Прямые затраты для 1978 года оцениваются здесь в 18 млрд рублей, то есть 4,2% национального дохода, а полные, считая затраты на подготовку кадров, науку, на развитие медицинской промышленности, капитальное строительство, — 31 млрд рублей, то есть близко к 6,2% национального дохода (Щепин и др. 1983: 236). В принципе последний вариант видится более правильным, но сравнения с другими странами, приводимые в специальной литературе, тоже надо учитывать. Тема эта долго была неудобной для обсуждения. Только с 1970-х годов ученым разрешили прямо сказать: удлинение жизни больных-хроников отрицательно сказывается на экономике. Общество, в нарушение естественного отбора, заботится об инвалидах с рождения, которых трудно назвать людьми. Применение ряда лекарств, химиотерапия, некоторые прививки — это вмешательство в генетический фонд нации. Нам, гражданам, нашему государству не по средствам сложнейшие операции, спасающие индивидуальную жизнь. По данным за 1973 год, расходы общества на содержание больных болезнью Дауна равны расходам на борьбу с гриппом, на спасение десятков и сотен тысяч людей. Авторы, не решившись идти в выводах до конца, предлагали лишь совершенствовать методы медицинской помощи (Щепин и др. 1983: 281–282). Может быть, окажись они во главе не только отрасли, но и страны, их действия были бы более решительными. Впрочем, для наших целей достаточно ориентира: названные прямые затраты на здравоохранение в СССР были раза в полтора-два ниже развитых стран в 1970–1980-е годы.

Как это совместить с большим преимуществом СССР по формальным, внешним показателям системы? Оно ведь было. За 1970–1988 годы численность врачей на 10 т. ч. н. увеличилась с 27 до 44, в то время как в КНР — с 8,5 до 15, в США — с 20 до 27, в Германии — с 20 до 33. Численность среднего медперсонала увеличилась в СССР за 1975–1989 годы в расчете на 10 т. ч. н. с 98 до 118 человек, мощность амбулаторно-поликлинических учреждений за 1980-е годы — с 4,3 млн посещений в смену до 5,4 млн. Количество людей, прошедших профилактические осмотры, выросло за 1975–1989 годы с 107 до 122 млн, то есть превышало 90% от численности лиц, подлежащих осмотрам. Число больничных коек за 1970–1988 годы в расчете на 10 т. ч. н. увеличилось в СССР со 109 до 131, в КНР — с 13 до 23, а в США и Великобритании сократилось примерно в 1,3–1,5 раза (соответственно, с 76 до 51 и с 96 до 72) (СССР и зарубежные... 1990: 78, 82–83; Социальное развитие СССР 1991: 285).

Учитывая результаты развития систем здравоохранения в названных странах Запада, уместно предположить, что, уступая советской системе в количестве, объеме, в форме системы, они превосходили ее в содержании — по удельному весу врачей-специалистов, по насыщенности более современным оборудованием, активности процедур, по удельному весу специализированных коек. В СССР эти показатели были невысоки. Так, из примерно 1,3 млн врачей было в 1989 году невропатологов 33 тыс., невропатологических коек — лишь 5,5 из 133 в расчете на 10 т. ч. н. (Социальное развитие СССР 1991: 276, 284).

Задумываясь о том, какие факторы, объективные или субъективные, играли главную роль в отставании советской системы здравоохранения от развитых стран, трудно ответить на этот вопрос однозначно. Фактор возрастного состава населения становился все более важным по мере старения населения. Но старело население и развитых стран. Данные о заболеваемости там и здесь в тенденции совпадали — в СССР и в США в изучаемый период злокачественные опухоли выявлялись у мужчин 60–69 лет в 20 раз чаще, чем у 30–39-летних, у женщин — в 8–9 раз чаще. Тогда же было установлено, что смертность от сердечно-сосудистых заболеваний поражает людей начиная с 20-летнего возраста, в 35 лет наблюдается первый ее подъем, затем — рост в полтора раза каждые 5 лет. В 1990-е годы роль возрастного фактора на постсоветском пространстве не стала меньше. Напротив, ибо к соматическим недугам для лиц среднего и старшего возраста добавились тяжелейшие переживания по поводу обстановки в странах СНГ, крушения жизненных карьер, невыплат зарплат и т. д. Тогда в РФ, по данным об обращаемости за медицинской помощью, в среднем

на человека 40–49 лет приходилось 1,3–1,6 заболеваний, на следующую возрастную когорту — 1,7–2 заболевания, и на людей старше 60 лет — по 2,2–2,8 недугов (Лисицын 1986: 23; Максимова 2002: 34).

Возможно, при слишком гуманной советской системе соцстраха, обеспечивающей щедрую оплату больничных листов начиная с минимального трудового стажа, часть работников не была заинтересована в скорейшем врачебном заключении о трудоспособности и выходе на работу. В 1989 году ежедневно не работало, пребывая на больничном, 4 млн человек, в том числе 0,8 млн — по уходу за больными членами семьи. Количество и распределение дней пребывания на больничном трудоспособных по группам заболеваний было в 1980-е годы в среднем следующим: на одного работника за год приходилось 11,4 дня; из них по болезни — 9,2 дня; в том числе по гриппу — около 3-х дней, по травмам — 1,1 дня, по болезням системы кровообращения и костно-мышечным — меньше, чем по одному дню, по желудочно-кишечным — полдня; по осложнениям беременности и послеродовым — треть дня; по уходу за больными — 2 дня (Социальное развитие... 1991: 285).

В основном речь шла об уходе за заболевшими детьми. Их заболеваемость имела существенные особенности. По сравнению со взрослыми в конце 1980-х годов обращаемость по поводу заболеваний детей была выше: по инфекционным и паразитарным болезням — в 4–5 раз, по болезням органов дыхания — в 6 раз. Меньше, чем у взрослых, в 2–3 раза наблюдалась детская патология органов пищеварения, в 7–10 раз меньше — болезни костно-мышечной системы.

Следует подчеркнуть, что данные о фактической заболеваемости, выявленные в ходе осмотров, были в несколько раз выше количества обращаемости граждан за медпомощью: по гипертонии — в 2 раза, по ИБС — в 3 раза, по цереброваскулярным болезням — в 2,5 раза, по сахарному диабету — в 4 раза, по катаракте — в 6,5 раз (Максимова 2002: 32, 38).

Как и в 1970-е годы, продолжала расти первично установленная заболеваемость злокачественными новообразованиями, примерно на 600 тыс. в год, и численность больных на учете в лечебно-профилактических учреждениях — с 2,2 млн человек до 2,8 млн. Тогда же, за последнее советское десятилетие, количество больных алкоголизмом и алкогольным психозом на учете увеличилось с 3,3 до 4,3 млн человек, то есть до полутора процентов населения (Социальное развитие... 1991: 293).

Результатами деятельности медиков были разные степени исцеления, но и такие, в частности, которые влекли за собой неполное восстановление дееспособности — физической и иной. За 1970–1980-е годы

численность трудящихся, впервые признанных инвалидами, превышала ежегодно полмиллиона, или примерно по 50 человек на 10 тыс. работающих. В 1989 году впервые были признаны инвалидами в связи с болезнями системы кровообращения 164 тыс. человек, из-за злокачественных новообразований — 115 тыс., вследствие травм — 72 тыс., и по болезням нервной системы и органов чувств — 37 тыс. Не все инвалиды имели родственников и близких, которые могли ухаживать за ними, помогать в быту. Система социальной помощи на дому только создавалась. Число домов-интернатов в 1975 году составляло около полутора тысяч, в том числе для взрослых — около 1,2 тыс. Всего мест было во взрослых учреждениях от 338 до 408 тыс., в детских — от 55 до 64 тыс. (Социальное развитие СССР 1991: 289, 301).

Таким образом, к началу перестройки не только экономика была «в предкризисном состоянии». Просматривая сегодня публикации о состоянии отрасли на рубеже 1980-х / 1990-х годов (Сягаев 1988: 6–9; Щепин, Преображенская 1991: 3–4; Комаров 1991: 3–5), больше всего огорчает очевидное противоречие между верными диагнозами, которые были поставлены системе здравоохранения, и полной невозможностью исправить, улучшить ее, прежде всего из-за перелома, на котором оказалось общество, государство. В центре внимания всех была политика...

Детально, квалифицированно разработанная в 1988 году программа «Основные направления развития охраны здоровья населения... в 12-й пятилетке и на период до 2000 г.» («Основные направления...» 1988, № 3: 4–6) фактически не осталась лишь памятником истории отрасли. За десятилетия, прошедшие с тех пор, постепенно положение в данной сфере улучшается благодаря приоритетному решению государством социальных проблем, особенно касающихся менее защищенных слоев населения.

Одним из исходов заболеваемости была и остается, естественно, смертность.

В 1970-е годы не снижалась детская смертность. Смертность взрослых в 1980-е годы была в СССР примерно на одном уровне по наиболее опасным болезням. В расчете на 100 т. ч. н. умирало за год трудоспособных около 520 человек. В том числе от несчастных случаев и от болезней кровообращения — по 155, от рака — 110... В целом по всему населению числа несколько выше. За 1970–1988 годы смертность на 100 т. ч. н. от болезней системы кровообращения поднялась в СССР с 570 до 692 человек (в США — уменьшилась на 1/5, с 502 до 409 человек), от новообразований в СССР — 166–167 человек

(в США — увеличение на треть, со 158 до 193). Ближе к нашим были показатели ФРГ по болезням кровообращения, а по смертности от рака здесь числа были выше раза в полтора. Все это было опубликовано в условиях расцвета гласности в перестройку. В последующие десятилетия статистика такого рода публикуется не только в статистических сборниках, но и в «регистрах». Таковой «раковый регистр» в Ленинграде свидетельствует, что за 1980-е годы летальность выросла у мужчин с 5 тыс. человек в год до 6,4 тыс., у женщин — с 6,2 тыс. человек до 6,9 тыс. ... Общий масштаб потерь виден из абсолютных чисел. За весь 1989 год в СССР умерло около 2,9 млн человек, среди них от болезней кровообращения — почти 1,6 млн (в том числе от цереброваскулярных — больше полумиллиона), от рака — близко к полумиллиону, от болезней органов дыхания — около 200 тыс., от «внешних» причин — несчастных случаев и других губительных воздействий — несколько больше 300 тыс. ... (см.: Баранов, Альбицкий 2007: 80–81; СССР и зарубежные страны... 1990: 86; Социальное развитие СССР. 1991: 297; Популярный раковый регистр 2013: 211; Демографический ежегодник... 1990: 443–444).

Все эти числа могли бы быть меньше, если бы не небрежное отношение людей к своему здоровью. Социолог медицины прав: бесплатность медицины укрепляла представление людей о том, что забота о здоровье — дело медиков, всей системы здравоохранения. Действовал и материальный стимул не беречься: в конце 1980-х 70% опрошенных предпочли бы вредную, но выше оплачиваемую работу, «горячий» стаж. Таковы довольно распространенные взгляды, выявленные социологом (Журавлева 2006: 11).

Но люди разные, с разным отношением к болезни, инвалидности, к медицине, к врачам... Психолог различает взгляды на недуги и смерть от болезней: верующих и неверующих, мистиков и реалистов, знающих о дурной наследственности в роду и не желающих знать, воспринимающих болезнь то покорно, то с обидой, то как случайность. Истерика и ненависть к болезни и всему свету, ко всей судьбе — плохие спутники, они только сдвигают сознание... Минимум медицинских знаний полезен бы со школьной скамьи. Нужен здравый, реалистичный, энергичный и законодательно оформленный подход. Только он обеспечивает отсутствие социальной и личностной дезадаптации, сохранение посылно возможное социальных функций (Менделевич 2018: 242–245).

И поскольку лишь 10–15 (8–12?)% здоровья зависят от медицины, главное внимание, организаторские и материальные ресурсы общество должно уделять не лечению тех, кто бессознательно, а тем более сознательно, в расчете на гуманность государства и благотворителей вредит

своему здоровью, но воспитанию, формированию так называемого ЗОЖ, расширению социальной базы здравоохранения с привлечением общественности и спонсоров (см.: Стародубов, Гончаренко 1999: 41), заинтересованных в здоровых согражданах, а не десятках миллионов больных и инвалидов. И, повторяем, — по опыту развитых стран, нужна интенсификация отрасли, повышение ее обеспечения и результатов.

Источники

Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Смертность детского населения России. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Литтерра, 2007. — 328 с.

Богданов Н. Н. Достижения советской кардиологии. — М.: Медицина, 1984. — 80 с.

Большая медицинская энциклопедия / Гл. ред. Б. В. Петровский. — 3-е изд.: В 30 т. — Т. 8. — М., 1978. — 528 с.

Гончарова Г. Н., Артюхов И. П. Совершенствование управления медицинской помощью на основе социологического исследования // Здравоохранение Российской Федерации. — 1991. — № 7. — С. 29–30.

Демографический ежегодник СССР. 1990. — М.: Финансы и статистика, 1990. — 639 с.

Деревянко А. П., Шабельникова Н. А. История России: учеб. пособ. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ТК Велби; Проспект, 2006. — 560 с.

Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. — М.: Наука, 2006. — 238 с.

Здравоохранение в СССР // Популярная медицинская энциклопедия / Гл. ред. В. И. Покровский. — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Советская энциклопедия, 1991. — 687 с.

Избранные лекции по актуальным проблемам социальной медицины, экономики и организации здравоохранения / Под ред. проф. В. А. Медика. — В. Новгород: Новгородский гос. ун-т им. Ярослава Мудрого, 2000. — 264 с.

История России XX — начала XXI века / Под ред. Л. В. Милова. — М.: Эксмо, 2006. — 960 с.

История России с древнейших времен до начала XXI в. / М. М. Горинов, А. А. Горский, А. А. Данилов и др.: учеб. пособ. — 6-е изд., пересмотр. — М.: Дрофа, 2005. — 656 с.

Комаров Ю. М. К вопросу о стратегии и тактике развития здравоохранения в России // Здравоохранение Российской Федерации. — 1991. — № 9. — С. 3–4.

Кузьмин М. К. История медицины. — М.: Медицина, 1978. — 200 с.

Лисицын Ю. П. Слово о здоровье. — М.: Советская Россия, 1986. — 192 с.

Лисицын Ю. П. История медицины: учеб. для студентов мед. вузов. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 393 с.

Лисовский В. А. Размышления клинициста. — СПб.: СПбГАФК им. П. Ф. Лесгафта, 2000. — 219 с.

Лядова А. В. Социология и медицина: грани взаимодействия в XXI в., в поисках новой парадигмы // Современная социология: ключевые направления и векторы развития / Под ред. Н. Г. Осиповой. — М.: Канон, РООИ «Реабилитация», 2018. — 400 с.

Максимова Т. М. Современное состояние, тенденции и перспективные оценки здоровья населения. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 192 с.

Менделевич В. Д. Медицинская психология: учеб. — Ростов н/Д.: Феникс, 2018. — С. 242–245.

Мунчаев Ш. М., Устинов В. М. История России: учеб. для вузов. — 4-е изд. — М.: Норма, 2006. — 592 с.

Назарова Е. Н., Жилов Ю. Д. Основы социальной медицины: учеб. пособ. — 2-е изд. — М.: Изд. центр «Академия», 2010. — 368 с.

Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. / Под ред. В. А. Миняева и Н. Я. Вишнякова. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Мед-пресс-информ, 2009. — 656 с.

Организация здравоохранения в СССР: пособ. для врачей: В 2 т. / Под ред. проф. Н. А. Виноградова. — М.: Медгиз, 1958. — Т. 1. — М., 1958. — 519 с.

Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в 12-й пятилетке и на период до 2000 г. // Советское здравоохранение. — 1988. — № 3. — С. 3–26.

Очерки истории здравоохранения СССР (1917–1956 гг.) / Е. Д. Ашурков, М. И. Барсуков, Н. Н. Морозов и др.; под ред. проф. М. И. Барсукова. — М.: Медгиз, 1957. — 394 с.

Петровский Б. В. Человек. Медицина. Жизнь / Отв. ред. проф. И. В. Богорад. — М.: Наука, 1995. — 384 с.

Полунина Н. В. Общественное здоровье и здравоохранение: учеб. — М.: Медицинское информационное агентство, 2010. — 544 с.

Популярный раковый регистр. — Т. 18 / Под ред. В. М. Калабуги, А. М. Беляева. — СПб.: ИПК «КОСТА», 2013. — 368 с.

Семенникова Л. И. Отечественная история: учеб. для студентов вузов. — 9-е изд. — М.: КДУ, 2008. — 782 с.

Смирнов С. С., Трофимова О. В. Удовлетворенность населения амбулаторно-поликлинической помощью // Здравоохранение Российской Федерации. — 1991. — № 6. — С. 89–90.

Сорокина Т. С. История медицины: учеб. для вузов. — 8-е изд., стереотип. — М.: Изд. центр «Академия». 2008. — 560 с.

Социальное развитие СССР. 1989: стат. сб. — М.: Финансы и статистика, 1991. — 416 с.

Справочник партийного работника. — Вып. 27–30. — М.: Политиздат, 1987–1989. — 688 с.

Стародубов В. И., Гончаренко В. Л. Концептуальные вопросы развития здравоохранения и фармацевтического сектора РФ / Под ред. Ю. Л. Шевченко. — СПб.: ГМУ, 1999. — 160 с.

Статистический ежегодник стран — членов СЭВ. 1990. — М.: Финансы и статистика, 1990. — 664 с.

СССР и зарубежные страны. 1988: стат. сб. — М.: Финансы и статистика, 1990. — 318 с.

СССР. Энциклопедический справочник / Гл. ред. А. М. Прохоров. — М.: Советская энциклопедия, 1979. — 576 с.

60 лет Советского здравоохранения. — М.: Медицина, 1977. — 416 с.

Шлюбом Ю., Хагнер М., Сироткина И. История медицины: актуальные тенденции и перспективы // Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины: сборник / Отв. ред. И. Сироткина; пер. с нем. и англ. — СПб.: ЕУ в СПб; Алетейя, 2008. — 298 с.

Щепин О. П., Царегородцев Г. И., Ерохин В. Г. Медицина и общество. — М.: Медицина, 1983. — 392 с.

Щепин О. П., Преображенская В. С. Новый хозяйственный механизм в здравоохранении: состояние и перспективы // Здравоохранение Российской Федерации. — 1991. — № 6. — С. 3–5.

Щепин О. П. Пути совершенствования народного здравоохранения // Советское здравоохранение. — 1980. — № 1. — С. 3.

Фролькис В. В. Природа старения. — М.: Наука, 1969. — 184 с.

References

Baranov A. A., Albitskij V. Yu. *Smertnost detskogo naseleniya Rossii* [Mortality of the child population of Russia]. Moscow, Littera, 2007, 328 p. (In Russ.)

Bogdanov N. N. *Dostizheniya sovetskoy kardiologii* [Achievements of Soviet cardiology]. Moscow, Meditsina, 1984, 80 p. (In Russ.)

Bolshaya meditsinskaya entsiklopediya [Big medical encyclopedia]. Ed. B. V. Petrovskij, vol. 8. Moscow, 1978, 528 p. (In Russ.)

Goncharova G. N., Artyukhov I. P. Improving the management of medical care on the basis of sociological research. *Zdravookhranenie Rossijskoj Federatsii*, 1991, no 7, pp. 29–30. (In Russ.)

Demograficheskij ezhegodnik SSSR. 1990 [Demographic Yearbook of the USSR. 1990]. Moscow, Finansy i statistika, 1990, 639 p. (In Russ.)

Derevyanko A. P., Shabelnikova N. A. *Istoriya Rossii* [Russian history]. Moscow, TK Velbi, Prospekt, 2006, 560 p. (In Russ.)

Zhuravlyova I. V. *Otnoshenie k zdorovyu individua i obshchestva* [Attitude to the health of the individual and society]. Moscow, Nauka, 2006, 238 p. (In Russ.)

Zdravookhranenie v SSSR [Health care in the USSR]. *Populyarnaya meditsinskaya entsiklopediya* [Popular medical encyclopedia]. Ed. V. I. Pokrovskij. Moscow, Sovetskaya entsiklopediya, 1991, 687 p. (In Russ.)

Izbrannye leksii po aktualnym problemam sotsialnoj meditsiny, ekonomiki i organizatsii zdavookhraneniya [Selected lectures on topical issues of social medicine, economics and healthcare organization]. Ed. prof. V. A. Medik. V. Novgorod, Novgorodskij gos. universitet im. Yaroslava Mudrogo, 2000, 264 p. (In Russ.)

Istoriya Rossii XX — nachala XXI veka [History of Russia in the 20th — early 21st centuries]. Ed. L. V. Milov. Moscow, Eksmo, 2006, 960 p. (In Russ.)

Istoriya Rossii s drevnejshikh vremyon do nachala XXI v. [History of Russia from ancient times to the beginning of the XXI century], Gorinov M. M., Gorskiy A. A., Danilov A. A. et al. Moscow, Drofa, 2005, 656 p. (In Russ.)

Komarov Yu. M. On the issue of the strategy and tactics of healthcare development in Russia. *Zdravookhranenie Rossijskoj Federatsii*, 1991, no 9, pp. 3–4. (In Russ.)

Kuzmin M. K. *Istoriya meditsiny* [History of medicine]. Moscow, Meditsina, 1978, 200 p. (In Russ.)

Lisitsyn Yu. P. *Slovo o zdorovie* [A word about health]. Moscow, Sovetskaya Rossiya, 1986, 192 p. (In Russ.)

Lisitsyn Yu. P. *Istoriya meditsiny* [History of medicine]. Moscow, GEOTAR-Media, 2008, 393 p. (In Russ.)

Lisovskij V. A. *Razmyshleniya klinitsista* [Clinician's thoughts]. St Petersburg, SPBGAFK im. P. F. Lesgafta, 2000, 219 p. (In Russ.)

Lyadova A. V. Sotsiologiya i meditsina: grani vzaimodejstviya v XXI v., v poiskakh novoj paradigmy [Sociology and Medicine: Facets of Interaction in the 21st Century, in Search of a New Paradigm]. *Sovremennaya sotsiologiya: klyuchevye napravleniya*. Ed. N. G. Osipova. Moscow, Kanon, ROOI "Reabilitatsiya", 2018, 400 p. (In Russ.)

Maksimova T. M. *Sovremennoe sostoyanie, tendentsii i perspektivnye otsenki zdorovya naseleniya* [Current state, trends and prospective assessments of public health]. Moscow, PER SE, 2002, 192 p. (In Russ.)

Mendelevich V. D. *Meditsinskaya psikhologiya* [Medical psychology]. Rostov-na-Donu, Feniks, 2018, 460 p. (In Russ.)

Munchaev Sh. M., Ustinov V. M. *Istoriya Rossii* [Russian history]. Moscow, Norma, 2006, 592 p. (In Russ.)

Nazarova E. N., Zhilov Yu. D. *Osnovy sotsialnoj meditsiny* [Fundamentals of social medicine]. Moscow, Izd. tsentr "Akademiya", 2010, 368 p. (In Russ.)

Obshchestvennoe zdorovie i zdravookhranenie [Public health and healthcare]. Ed. V. A. Minyaev, N. Ya. Vishnyakov. Moscow, Med-press-inform, 2009, 656 p. (In Russ.)

Organizatsiya zdravookhraneniya v SSSR: Posobie dlya vrachej [Organization of health care in the USSR: A manual for doctors]. Ed. prof. N. A. Vinogradov, vol. 1. Moscow, Medgiz, 1958, 519 p. (In Russ.)

The main directions of development of public health protection and restructuring of health care in the USSR in the 12th five-year plan and for the period up to 2000. *Sovetskoe zdravookhranenie*, 1988, no 3, pp. 3–26. (In Russ.)

Ocherki istorii zdravookhraneniya SSSR (1917–1956 gg.) [Essays on the history of healthcare in the USSR (1917–1956)]. E. D. Ashurkov, M. I. Barsukov, N. N. Morozov et al.; ed. prof. M. I. Barsukov. Moscow, Medgiz, 1957, 394 p. (In Russ.)

Petrovskij B. V. *Chelovek. Meditsina. Zhizn* [Human. Medicine. Life]. Ed. prof. I. V. Bogorad. Moscow, Nauka, 1995, 384 p. (In Russ.)

Polunina N. V. *Obshchestvennoe zdorovie i zdravookhranenie* [Public health and healthcare]. Moscow, Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2010, 544 p. (In Russ.)

Populyarnyj rakovyy registr [Popular cancer registry], vol. 18. Ed. V. M. Kalabugi, A. M. Belyaev. St Petersburg, IPK "KOSTA", 2013, 368 p. (In Russ.)

Semennikova L. I. *Otechestvennaya istoriya* [National history]. Moscow, KDU, 2008, 782 p. (In Russ.)

Smirnov S. S., Trofimova O. V. Satisfaction of the population with outpatient care. *Zdravookhranenie Rossijskoj Federatsii*, 1991, no 6, pp. 89–90. (In Russ.)

Sorokina T. S. *Istoriya meditsiny* [History of medicine]. Moscow, Izd. tsentr "Akademiya", 2008, 560 p. (In Russ.)

Sotsialnoe razvitie SSSR. 1989 [Stat. sb.] [Social development of the USSR. 1989]. Moscow, Finansy i statistika, 1991, 416 p. (In Russ.)

Spravochnik partijnogo rabotnika [Handbook of a party worker], iss. 27–30. Moscow, Politizdat, 1987–1989, 688 p. (In Russ.)

Starodubov V. I., Goncharenko V. L. *Kontseptualnye voprosy razvitiya zdavookhraneniya i farmatsevticheskogo sektora RF* [Conceptual issues of development of healthcare and the pharmaceutical sector of the Russian Federation]. Ed. Yu. L. Shevchenko. St Petersburg, GMU, 1999, 160 p. (In Russ.)

Statisticheskij ezhegodnik stran — chlenov SEV. 1990 [Statistical Yearbook of the CMEA member countries. 1990]. Moscow, Finansy i statistika, 1990, 664 p. (In Russ.)

SSSR i zarubezhnye strany. 1988 [Stat. sb.] [USSR and foreign countries]. Moscow, Finansy i statistika, 1990, 318 p. (In Russ.)

SSSR. Entsiklopedicheskij spravochnik [The USSR. Encyclopedic reference book]. Ed. A. M. Prokhorov. Moscow, Sovetskaya entsiklopediya, 1979, 576 p. (In Russ.)

60 let Sovetskogo zdavookhraneniya [60 years of Soviet healthcare]. Moscow, Meditsina, 1977, 416 p. (In Russ.)

Shlyubom Yu., Khagner M., Sirotkina I. *Istoriya meditsiny: aktualnye tendentsii i perspektivy* [History of medicine: current trends and prospects]. *Bolezn i zdorove: novye podkhody k istorii meditsiny*. Ed. I. Sirotkina. St Petersburg, EU v SPb, Aleteiya, 2008, 298 p. (In Russ.)

Shchepin O. P., Tsaregorodtsev G. I., Erokhin V. G. *Meditsina i obshchestvo* [Medicine and society]. Moscow, Meditsina, 1983, 392 p. (In Russ.)

Shchepin O. P., Preobrazhenskaya V. S. *Noviy khozyaistvennij mekhanizm v zdavookhraneni: sostoianie i perspektivy* [New economic mechanism in health care: status and prospects]. *Zdavookhranenie Rossijskoj Federatsii*, 1991, no 6, p. 3. (In Russ.)

Shchepin O. P. *Puti sovershenstvovaniya narodnogo zdavookhraneniya* [Ways to improve public health]. *Sovetskoe zdavookhranenie*, 1980, no 1, pp. 3–5. (In Russ.)

Frolkis V. V. *Priroda stareniya* [The nature of aging]. Moscow, Nauka, 1969, 184 p. (In Russ.)

Сымонович Чеслав Эрастович, кандидат исторических наук, Союз ученых Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, Россия.
cheslavs@yandex.ru

Symonovich, Cheslav E., PhD, Union of scientists, St. Petersburg, Russia.
cheslavs@yandex.ru