

Человек и культура

Правильная ссылка на статью:

Ищенко Ю.В., Гуменюк А.А. Проблемы и противоречия развития здравоохранительной сети российской деревни в период «хрущевской оттепели»: вторая половина 1950-х — первая половина 1960-х гг. (на материалах Саратовской области) // Человек и культура. 2024. № 5. DOI: 10.25136/2409-8744.2024.5.71717 EDN: AVTQE URL: [https://nbppublish.com/library\\_read\\_article.php?id=71717](https://nbppublish.com/library_read_article.php?id=71717)

## Проблемы и противоречия развития здравоохранительной сети российской деревни в период «хрущевской оттепели»: вторая половина 1950-х — первая половина 1960-х гг. (на материалах Саратовской области)

Ищенко Юрий Владимирович

кандидат исторических наук

доцент; кафедра общественного здоровья и здравоохранения; Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

410017, Россия, Саратовская область, г. Саратов, ул. Новоузенская, 63/65, кв. 63

✉ ishenko1978@yandex.ru



Гуменюк Алексей Анатольевич

ORCID: 0000-0001-7024-2142

доктор исторических наук

профессор; кафедра отечественной истории и историографии Института истории и международных отношений; Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н.Г. Чернышевского

410005, Россия, Саратовская область, г. Саратов, ул. Большая Горная, 267/269, кв. 60

✉ gumenukaa@rambler.ru



[Статья из рубрики "Социология культуры, социокультура"](#)

### DOI:

10.25136/2409-8744.2024.5.71717

### EDN:

AVTQE

### Дата направления статьи в редакцию:

16-09-2024

**Аннотация:** Предметом исследования является сеть сельских учреждений здравоохранения Саратовской области в период «хрущевской оттепели». Объектом

исследования выступают трансформации количественных и качественных показателей развития материальной базы сельского здравоохранения в условиях зигзагов советской аграрной политики второй половины 1950-х – начала 1960-х гг. Авторы подробно рассматривают такие аспекты темы, как положение в сфере сельского здравоохранения СССР и Саратовской области в начале 1950-х гг. и попытки его улучшения на протяжении 1953–1964 гг. Анализируются кадровые, финансовые и другие экономические характеристики развития советских здравоохранительных учреждений в сельской местности, степень доступности медицинской помощи. Было установлено, что первостепенное влияние на изменение ряда количественных и качественных показателей сельского здравоохранения оказали попытки реализации ключевой установки советской социальной стратегии на ликвидацию различий в уровне социально-бытового развития города и села. В качестве основных методов исследования выступали такие специальные исторические методы, как структурно-функциональный, проблемно-хронологический и статистический. Кроме того, использовались методы анализа, синтеза, обобщения и систематизации данных исторических источников по теме исследования. Основным вкладом авторов в исследование темы является введение в научный оборот новых малоизученных архивных данных по провинциальной истории отечественного здравоохранения и на этой основе проведение определенных корректировок имеющихся в научной и учебной литературе оценок хода и итогов развития здравоохранительных учреждений в российской деревне во второй половине XX века. Основными выводами проведенного исследования является положение о том, что сохранявшийся дефицит экономических возможностей у государства (как следствие приоритетного финансирования предприятий тяжелой и оборонной промышленности) наряду с другими причинами не позволил к концу изучаемого периода сделать повсеместно доступной разностороннюю медицинскую помощь всему населению сельской местности как Саратовской области, так и всей страны.

#### **Ключевые слова:**

больница, заболеваемость, медикаменты, медицинская помощь, сельское население, медицинское оборудование, коечный фонд, фельдшерско-акушерский пункт, врачебный участок, российская деревня

В контексте заявленной темы многие её аспекты уже затрагивались в ряде работ в советский и постсоветский периоды отечественной историографии [1-4]. Вместе с тем, целый ряд из них до сих пор остается за рамками исторических исследований, либо их освещение носит несколько поверхностный и фрагментарный характер и не формирует целостного представления о развитии здравоохранительных учреждений в российской деревне. По этой причине сохраняет свою актуальность отражение темы в свете новых исторических знаний и архивных данных, что должно способствовать более глубокому изучению истории России, анализу теоретических и практических проблем системы отечественного здравоохранения.

Важным будет отметить то обстоятельство, что к середине 1950-х гг. с учетом опыта предшествующих периодов и условий аграрного производства были выработаны основные формы организации медицинской помощи сельскому населению и номенклатура соответствующих лечебно-профилактических учреждений. Все это должно было разрешить главную дилемму сельского здравоохранения, обозначившуюся еще в

дореволюционный период – повысить степень доступности медицинской помощи населению в условиях его низкой плотности, разбросанности населенных пунктов и производственных участков, недостатка материально-технических и кадровых ресурсов, целесообразности их концентрации и использования в указанных обстоятельствах (Областное государственное учреждение «Государственный архив Саратовской области» (ОГУ ГАСО), ф. Р-2302, оп. 5., д. 19, л. 5).

Накануне прихода к власти Н. С. Хрущева (1953) в сфере сельского здравоохранения, хотя положение и улучшилось по сравнению с периодом Великой Отечественной войны, тем не менее, оставалось немало нерешенных вопросов. Как отмечалось в отчете о работе медицинских учреждений Саратовской области за 1952 г., финансирование ремонтных работ и строительство новых лечебных учреждений, отпускаемое по линии Минздрава РСФСР, было крайне недостаточным и не могло удовлетворить потребности сельского населения в данном направлении [\[5, с. 142\]](#).

Недостаток медицинских кадров обуславливал трудности развертывания сельской медицинской сети (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5., д. 19, л. 35).

К началу 1950-х гг. среди основных проблем сельских лечебных учреждений оставались недостаток специального оборудования, материалов, приспособленных помещений, транспорта и т. д. Несмотря, на казалось бы, внушительный рост медицинской сети (в 1,4 раза по сравнению с 1940 г.) [\[6, с. 198\]](#), многие сельские медучреждения размещались в жилых домах, частных квартирах и других приспособленных, нуждавшихся в капитальном ремонте помещениях, не соответствовавших санитарно-гигиеническим требованиям, отличавшихся малой площадью и плохой оснащенностью твердым (мебель, посуда, медицинские инструменты и т.д.) и мягким (постельные принадлежности) инвентарем.

Ни структура, ни штатные возможности не создавали сельскому врачу участку условий для оказания специализированной врачебной помощи, которую, в основном, должны были оказывать районные больницы. Благодаря централизованным источникам снабжения они выглядели относительно благополучно на фоне остальных лечебно-профилактических учреждений российской деревни. Однако, например, в Саратовской области только семь больниц указанной категории имели рентгеноаппараты, аналогичное количество центральных районных больниц не было даже электрифицировано (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5., д. 19, л. 31-32).

В условиях разбросанности населенных пунктов, отсутствия транспорта и бездорожья, осложнявших возможность своевременной госпитализации рожениц в родильные дома, а также соответствующие отделения районных и участковых больниц, важное значение в деле приближения стационарной акушерской помощи к сельским труженицам имела деятельность колхозных роддомов. Их значение еще более подчеркивалось тем обстоятельством, что к началу исследуемого периода едва ли не половину трудовых ресурсов российской деревни составляли женщины. В то же время формально колхозы являлись самостоятельными кооперативными предприятиями, что давало государству возможность экономить на социальных расходах, в т.ч. и в сфере здравоохранения, перекладывая их на хозяйства. Вместе с тем, следствием сложившихся в предшествующий период производственно-экономических взаимоотношений государства с колхозно-кооперативным сектором стало неэквивалентное изъятие ресурсов из последнего. В результате сельскохозяйственные предприятия не могли в должной степени строить и содержать свои здравоохранительные учреждения. Так, если по РСФСР количество родильных коек во врачебных стационарах в сельских местностях к середине 1950-х гг. увеличилось на 16% по сравнению с довоенным 1940-м г., то

численность койко-мест в колхозных родильных домах и при фельдшерско-акушерских пунктах к началу 1950-х гг. была примерно вдвое ниже довоенного периода [\[1, с. 250\]](#).

В сложившихся условиях к середине 1950-х гг. примерно четверть (26,6%) сельского населения страны обслуживалась амбулаторно-поликлиническими и 35,2% – стационарными учреждениями городов [\[1, с. 217\]](#). Данное явление, в части обслуживания сельского населения высокоспециализированными городскими медучреждениями, клиниками вузов и научно-исследовательских институтов, имело скорее положительный характер. Однако решение задач, связанных с медицинским обслуживанием сельского населения, возлагалось также и на больницы районных городов и рабочих поселков, оснащение которых оставляло желать много лучшего (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5., д. 19, л. 41). Это, в свою очередь, хотя и несколько снимало остроту вопроса, но не решало главную проблему приближения медицинской помощи в российской глубинке, ставило под сомнение один из идеологических тезисов советского здравоохранения об общедоступности и бесплатности медицинской помощи «для всего населения страны» [\[1, с. 214\]](#).

Начатые еще в довоенный период процессы модернизации сформировали в обществе новые представления о «достойном уровне жизни». Однако предпринимаемые партийно-государственным руководством меры, направленные на первоочередное восстановление промышленности и городов привели к тому, что деревня стала основным источником пополнения их трудовыми ресурсами, а развитие аграрного производства далеко не всегда сопровождалось созданием адекватной социальной инфраструктуры. Все это, вместе с низкой материальной заинтересованностью тружеников села, способствовало упадку престижа сельскохозяйственного труда, миграции сельского населения. Необходимость социально-бытового обустройства российской деревни, в т.ч. и в сфере здравоохранения, становилась все более очевидной.

Серьезные перемены в аграрной политике государства произошли на сентябрьском пленуме ЦК КПСС (1953). На высоком уровне признавалось, что сельское хозяйство не сможет развиваться без качественного улучшения не только производственной, но и социальной сферы. Если раньше даже экономически крепкие хозяйства не имели права выделять значительные средства социально-бытовые нужды, то поворотным пунктом стало решение дать возможность последним использовать часть своих средств на строительство родильных домов и других объектов социальной инфраструктуры [\[7, с. 341\]](#). Наряду с существенным повышением закупочных цен на продукцию колхозов, государством было принято решение и об увеличении продажи колхозам строительных материалов, отсутствие которых резко тормозило соответствующее строительство [\[8, с. 165\]](#). Невиданные прежде ресурсы государством выделялись и на социально-культурное строительство в машинно-тракторных станциях. В тоже время, развернувшееся в середине 1950-х гг. строительство здравоохранительных учреждений, как и всей социальной инфраструктуры села, осложнялось рядом факторов. В сельских районах практически не было организаций, способных выполнять большие объемы строительных работ. Проектные организации не успели своевременно обеспечить строительные организации технической документацией, без чего невозможно было их финансирование. Для привлекаемых со стороны строительных организаций промышленных министерств и ведомств подряды на возведение объектов сельской инфраструктуры были невыгодны, они их выполняли «из-под палки». На фоне предпринятых в 1950-х гг. мер по децентрализации управления экономикой (сокращения набора плановых показателей, ослабление роли контролирующих органов (Госплан,

Госснаб и т.д.) выделяемые из общесоюзного фонда строительные материалы министерства и ведомства использовали, прежде всего, на нужды собственных предприятий, относясь к строительству на селе как к непрофильной, дополнительной деятельности. Кроме того, народнохозяйственные планы, предусматривая выделение строительных материалов на сумму отпускаемых кредитов, не учитывали собственных средств застройщиков, размеры которых значительно превышали отпущенные ссуды [9, с. 163]. Как следствие, чрезвычайно сложной проблемой стало освоение выделяемых на строительство финансов. В докладной записке на имя первого секретаря Саратовского обкома КПСС, датированной 1955 г., отмечалось, что программа строительства лечебных и детских учреждений ежегодно не выполняется, а ассигнования, отпущенные на эти цели, используются в пределах всего 40-50% (Областное государственное учреждение «Государственный архив новейшей истории Саратовской области» (ОГУ ГАНИСО), ф. 594, оп. 2., д. 3334, л. 149).

Создание колхозами своих предприятий по производству кирпича, черепицы и других материалов было запрещено еще в начале 1950-х гг., поскольку данная деятельность рассматривалась как отвлекающая их внимание от решения своей главной задачи. Эти необоснованные ограничения, которые были сняты лишь в конце 1950-х гг., стали одной из главных причин крайне медленного строительства колхозных роддомов, непосредственно приближавших медицинскую помощь населению российской деревни. Так, в РСФСР число родильных домов в колхозах увеличилось с 1897 в 1950 г. до 2015 в 1958 г. [10, с. 335-336]. Стремясь переломить эту негативную тенденцию, в 1957 г. ЦК КПСС и Совмин СССР издают совместное постановление «О развитии жилищного строительства в СССР», в котором ставилась задача расширять колхозное строительство, привлекая для этого межколхозные строительные организации (МСО), создавать предприятия по производству строительных материалов (СП СССР. 1957. № 9. ст. 102). Претворение в жизнь этого директивно-законодательного акта способствовало увеличению производства и отпуска для деревни соответствующих материалов, расширению сети МСО, развитию местной промышленности, производившей стройматериалы из местного сырья, что придало некоторый импульс развитию сети объектов сельского здравоохранения [11].

Несмотря на издержки и противоречия исследуемого процесса, к концу 1950-х гг. возросли количество и мощность сельских участковых и районных больниц. В Саратовской области к этому времени было развернуто 984 фельдшерско-акушерских пункта, силами и средствами колхозов, совхозов и на бюджетные средства построено около сотни различных объектов лечебно-профилактических учреждений, которые пополнились оборудованием, транспортом, твердым и мягким инвентарем [12]. Однако, как свидетельствуют многочисленные архивные материалы, к концу 1950-х гг. ни количество, ни качество существующей сети здравоохранительных учреждений не удовлетворяли потребностей сельского населения. Так, например, в 74 совхозах Саратовской области не было больниц на центральных усадьбах, недоставало 216 медпунктов (ОГУ ГАНИСО, ф. 594, оп. 2., д. 4594, л. 29).

В середине 1958 г. специально созданная комиссия приступила к разработке Третей Программы КПСС – своеобразного плана строительства коммунизма в СССР на 1961–1980 гг., принятый в 1961 г. Одной из главных задач Программы, по мысли партийно-государственного руководства, являлась ликвидация диспропорций между уровнем жизни городского и сельского населения, что, естественно, не могло не повлиять на дальнейшую концепцию развития сельского здравоохранения. Преобразование сельской

местности была сориентирована на создание такой модели, которая обеспечивала бы условия труда и быта сельчан, сходных с городскими. Ускорению переустройства села должно было способствовать преодоление распыленного размещения населенных пунктов. Укрупнение поселений позволяло снизить общую стоимость строительных работ и объектов социальной инфраструктуры [\[13, с. 31\]](#).

В русле данной концепции были предприняты инициативы партийно-государственного руководства страны и в области здравоохранения. Они нацеливали на необходимость подъема медицинского обслуживания жителей села до уровня, существовавшего в городах. Для этого предусматривалось расширение строительства укрупненных сельских больничных комплексов на 100-120 и более коек (исключительно по типовым проектам) как за счет собственных средств колхозов, так и за счет государственного финансирования (СП СССР. 1960. № 3. Ст. 14). Вместе с тем, строительство объектов социальной сферы села сдерживалось неудовлетворительной работой подрядных и межхозяйственных строительных организаций. Серьезной проблемой являлся и сложившийся порядок планирования, при котором вместо централизованного снабжения строительных организаций поставка фондовых материалов была возложена непосредственно на хозяйства. Во многих из них не имелось мастерских, либо они располагались в ветхих и неприспособленных помещениях, в результате чего не могли изготавливать соответствующее оборудование. Исходя из сложившихся еще в предшествующие периоды приоритетов экономического развития основная часть производимых в области и доставляемых из других регионов стройматериалов в первую очередь шла на нужды строительства объектов промышленности, затем аграрного производства и лишь в последнюю – социальной инфраструктуры села [\[11, с. 72\]](#).

Предпринятый в годы «хрущевской оттепели» слом сталинской системы планирования, которое осуществлялось конкретно по физическим показателям и объектам, привел к тому, что задания стали устанавливаться в стоимостном выражении и в целом по отраслям. Такое обезличенное планирование давало возможность «большого маневра» в распределении и использовании занимавшихся сельским строительством министерствами и ведомствами средств, получаемых от государственных и хозяйственных организаций [\[14, с. 456\]](#). Выполнение планов строительства в узковедомственных интересах подрядных организаций устанавливалось исходя из стоимости сделанных ими строительно-монтажных работ, а не от ввода объектов в эксплуатацию. В первую очередь подрядные организации стремились выполнить объемные работы. Нередки были случаи, когда в погоне за соответствующими показателями они на неопределенный срок прекращали свою деятельность на «пусковых» объектах и брались за новые, более выгодные с их точки зрения виды работ [\[11, с. 72\]](#). В результате строительство и, самое главное, ввод в действие сельских здравоохранительных учреждений значительно отставал от намеченных планов. Так, в 1961 г. при выполнении плана строительства больниц в совхозах Саратовской области на 50% в эксплуатацию была сдана только одна больница на 10 коек (ОГУ ГАНИСО, ф. 594, оп. 2, д. 4915, л. 185). «По темпам строительства больниц в совхозах, есть основания предполагать, что ни одна из них, намеченных к сдаче планом этого года, не будет закончена и сдана в эксплуатацию» (ОГУ ГАНИСО, ф. 594, оп. 2, д. 4914, л. 61), – отмечалось в справке о строительстве лечебно-профилактических учреждений по Саратовской области за 1962 г. Подобное положение со строительством объектов здравоохранения наблюдалось и в колхозах. Однако в южных регионах страны с наличием большего количества экономически крепких сельхозартилелей размах строительства последними здравоохранительными объектами был внушителен. В

Ставропольском крае, например, за 1958–1964 гг. на средства колхозов было построено 37 больниц на тысячу с лишним коек, более 50 родильных домов, 35 фельдшерско-акушерских пунктов, пять амбулаторий [\[8, с. 204\]](#). Представители районных организаций призывали руководителей хозяйств перенимать ставропольский опыт, однако в силу объективных и субъективных факторов в саратовских колхозах он так и не был реализован в должной степени (ОГУ ГАСО, ф. Р-1738, оп. 3, д. 1353, л. 2).

Как показывают многочисленные архивные материалы, в своих решениях о распределении имевшихся в наличии ограниченных ресурсов руководители хозяйств и государственных организаций, прежде всего, исходили из интересов аграрного производства. На обслуживавшую его социальную сферу средства выделялись по остаточному принципу, их объем чаще всего не соответствовал потребностям развития последней. По этой причине многочисленные просьбы жителей и даже ряда представителей партийных и советских организаций о строительстве, ремонте и расширении лечебно-профилактических учреждений, их оснащении транспортом, оборудованием, твердым и мягким инвентарем, обеспечении лекарствами, продуктами питания и т.д. далеко не всегда получали должное разрешение (ОГУ ГАСО, ф. 1738, оп. 3, д. 174, л. 589).

В целом за годы семилетки численность сельских больниц в Саратовской области увеличилась с 220 (вместе с диспансерами) на 4058 койки в 1958 г. до 230 на 9715 мест в 1964 г. [\[15, с. 4\]](#). Однако такое более, чем двухкратное увеличение численности койко-мест в сельских больницах было достигнуто в основном за счет расширения и уплотнения существовавших лечебных учреждений, а так же реорганизации в связи с проведенным в 1963 г. укрупнением сельских районов области (их стало 18 вместо 37 существовавших ранее) ряда городских больниц в центральные больницы сельских районов (Балашовская, Пугачевская и др.). К 1964 г. средняя обеспеченность койками сельского населения Саратовской области составила 4,9 мест на 1000 чел. в то время, как в целом по РСФСР аналогичный показатель составил шесть коек. Именно он признавался за норму для сельской участковой сети. В связи с укрупнением части участковых больниц были расширены границы деятельности врачебных сельских участков и фельдшерско-акушерских пунктов. Вместе с тем, в условиях приоритетного строительства и снабжения крупных больниц, лишь они имели возможность развивать различные формы специализированного медобслуживания сельского населения. К концу исследуемого периода все центральные и зональные больницы (бывшие районные больницы, вошедшие в состав укрупненных районов), средняя коечная мощность которых составила 157 и 80 мест соответственно, были оснащены рентгеновскими кабинетами, физиотерапевтическими и клиническими лабораториями. Однако только две из 15-и центральных больниц располагались в селах. Если в 11-и из них прием осуществлялся по всем узким специальностям, имелись электрокардиографические кабинеты, то в 4-х были организованы приемы лишь врачей-урологов и травматологов. Из-за недостатка оборудования и инструментов лучшего оставляла желать и стоматологическая помощь (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5, д. 206, л. 22; д. 212, л. 124–125). Как отмечала на одном из областных съездов медработников руководитель саратовского облздравотдела З.И. Мориссон: «... в прошлой семилетке (1959–1965 гг.) мы далеко еще не решили (вопрос) о создании материально-технической базы центральных районных больниц» [\[16, с. 21\]](#).

Что касается участковых больниц, то в ряде случаев даже там, где для них были построены новые здания, из-за многочисленных недоделок они по-прежнему вынуждено располагались в неприспособленных помещениях (ОГУ ГАСО, ф. 1738, оп. 3, д. 1836, л.

4). В Саратовской области к 1964 г. при средней обеспеченности больниц указанной категории в 24,1 койки во многих из них не хватало мест, больным приходилось располагаться на стульях и в коридорах [11, ф. 2654, оп. 24, д. 1, л. 48]. Из-за дефицита коеч больным могли отказывать в госпитализации, не соблюдались сроки пребывания в стационарах и недолеченных пациентов выписывали раньше времени (ОГУ ГАСО, ф. 1738, оп. 3, д. 200, л. 41). В 97-и больницах из 166-и не было рентгеновских кабинетов, в 75-и – лабораторий, в 93-х – физиотерапевтической аппаратуры [4, с. 235]. Из-за неудовлетворительного электроснабжения даже в тех больницах, где имелось новое оборудование, не всегда его возможно было использовать, а операции нередко проводились при свете керосиновой лампы (ОГУ ГАНИСО, ф. 2654, оп. 24, д. 1, л. 48). Далеко не всегда на должном уровне осуществлялась организация питания больных, снабжение здравоохранительных учреждений медикаментами. Около полумиллиона жителей сельских районов не охватывались станциями скорой и неотложной медицинской помощи, которая в подобных случаях должна была оказываться силами лечебно-профилактических учреждений, обслуживающих соответствующий участок. Однако в условиях недостатка транспорта и бездорожья вопрос организации скорой доставки больных далеко не всегда получал положительное разрешение. В сложившихся обстоятельствах примерно половина обращавшихся за медпомощью больных обслуживались работниками медпунктов, многие из которых размещались в типовых зданиях, однако существенная их часть располагалась в приспособленных, принадлежащих сельским советам и хозяйствам помещениях (ОГУ ГАСО, ф. Р-1738, оп. 3, д. 1870, л. 3; ф. Р-2302, оп. 5, д. 206, л. 119, 124).

Существенным образом на функционировании сельской здравоохранительной сети сказывалась кадровая проблема. В целях улучшения обеспечения села средними медработниками Саратовский Облздравотдел принял решение переключить областные медучилища на подготовку более востребованного для села контингента – фельдшеров и акушерок, за счет сокращения подготовки медсестер, которая с 1962 г. стала проводиться по линии Красного Креста. Однако непродуманные мероприятия, связанные, по-видимому, с реформой в сфере образования (1958 г.), а также с недостатками материально-технической базы учебных заведений, обусловили сокращение соответствующей категории выпускников более, чем в 3 раза – с 389 в 1960 г. до 116 в 1964 г. (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5, д. 212, л. 127). Почти треть направляемых на село врачей были «невольными» – работавшими по распределению. Не проработав и трех лет, по семейным и другим обстоятельствам они стремились уехать в город. В числе причин текучести медработников в сельской местности нужно отнести и то обстоятельство, что в медицинские учебные заведения мало поступало сельской молодежи, в то время как комплектование медицинских вузов и училищ по целевым направлениям от колхозов и совхозов позволяло закреплять за ними постоянные кадры. Однако руководители хозяйств крайне неохотно направляли их членов на учебу в медицинский вуз. Так, в 1963 г. было принято решение о направлении на учебу из сельских районов области в Саратовский мединститут не менее 30 чел. Однако по направлениям от колхозов и совхозов было принято лишь 11 человек (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5, д. 19, л. 125). В результате, если в 1964 г. на 10 тыс. горожан Саратовской области приходилось 21,5 врача, то в отношении сельского населения аналогичный показатель составлял всего 8,1 [4, с. 236]. Из-за недостатка медицинских кадров в сельских районах оставались недоукомплектованными 323 врачебных и 780 должностей средних медработников. Штат 76% сельских участковых больниц состоял практически из одного врача, который оказывал медицинскую помощь, немногим отличающейся от фельдшерской, в 41-й больнице высший медперсонал вообще отсутствовал. 111 (из

1008) фельдшерско-акушерских пунктов были закрыты из-за нехватки средних медработников (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5, д. 206, л. 127).

Поскольку концепция переселения из «неперспективных» деревень в урбанизированные поселки не находила поддержки у сельского населения, а государством в силу других экономических и политических приоритетов необходимых средств на её реализацию не выделялось, структура сельских поселений продолжала носить дробный и распыленный характер. В ряде случаев укрупненные села создавались не посредством возведения новых жилых комплексов, а путем административного объединения небольших населенных пунктов. При этом нерентабельные с точки зрения властей мелкие сельские больницы могли закрываться, а проводимое укрупнение больниц не всегда соответствовало численности увеличившегося населения, включаемого в зону их обслуживания. Если в городах Саратовской области к 1964 г. на тысячу населения приходилось 8,4 больничных койки (при норме – 10), то в сельской местности – около пяти (при норме – 6). Однако на эти приближенные к норме формальные показатели накладывался тот факт, что основная часть койко-мест была сосредоточена в крупных, в основном районных и зональных, больницах, а эффективность их использования зависела от решения множества вопросов. В условиях недостатка транспорта и бездорожья, особенно в период весенне-осенней распутицы, жителям российской глубинки по-прежнему приходилось преодолевать десятки, а иногда и сотни километров, чтобы получить квалифицированную медицинскую помощь, лекарства и т.д. в ближайший город или районный центр (ОГУ ГАСО, ф. Р-1738, оп. 3, д. 357, л. 8; д. 698, л. 3; д. 1356, л. 1-2).

Благодаря предпринимаемым руководством Советского Союза мерам, в исследуемый период удалось добиться улучшения ряда показателей развития сельского здравоохранения. Так, например, с 1958 по 1962 гг. заболеваемость сельского населения Саратовской области по острым желудочно-кишечным болезням снизилась с 13 до 7,7 на 1000 человек, сердечно-сосудистой системы – с 14,7 до 5,2 чел., а общая заболеваемость с 400 чел. в 1960 г. до 383 чел. в 1962 г. соответственно. С 65,3% в 1958 г. до 85% в 1962 г. увеличился охват сельских тружениц стационарным родовспоможением (ОГУ ГАСО, ф. Р-2302, оп. 5, д. 212, л. 128). Вместе с тем, остается открытым вопрос, в какой степени улучшение этих и других показателей было обусловлено развитием сельской здравоохранительной сети, а в какой – повышением материального и культурного уровня населения, развитием общей инфраструктуры села. Но это уже отдельная тема, которая еще ждет своего вдумчивого исследователя.

Таким образом, как показывает исторический анализ, в исследуемый период руководством СССР предпринимались меры по строительству и развитию сети сельских лечебно-профилактических учреждений в целях ликвидации диспропорций между уровнем медобслуживания городского и сельского населения. В результате удалось достичь определенных улучшений ряда количественных показателей сельского здравоохранения, что нашло свое отражение в увеличении числа больничных коек сельской здравоохранительной сети, снижения заболеваний соответствующей категории населения. Вместе с тем, непродуманные экономические преобразования в сфере планирования привели к тому, что строительство здравоохранительных учреждений в российской деревне далеко не покрывало потребности её жителей. Формальное увеличения числа койко-мест посредством расширения и уплотнения существующих помещений в сельских больницах скорее снижало качество медицинского обслуживания. Концентрация ресурсов сельской здравоохранительной сети в центральных больницах укрупненных районов в условиях раздробленности сельских поселений, недостатка

транспорта, бездорожья и других оставшихся нерешенными проблемах сельской инфраструктуры приводила к тому, что высококвалифицированная специализированная медицинская помощь к концу исследуемого периода оставалась недоступной для основной массы населения российской деревни. И хотя было сделано немало для развития фельдшерско-акушерской помощи сельскому населению, однако деятельность соответствующих пунктов сдерживалась недостатком медицинских кадров и приспособленных помещений. По этой и другим причинам вопрос приближения медицинской помощи сельскому населению к концу обозначенного хронологическими рамками периоду в значительной степени оставался не разрешенным. Как свидетельствует анализ практического опыта предпринятых мер, попытки решить проблемы сельской здравоохранительной сети в основном посредством администрирования не могло компенсировать недостатки развития соответствующей инфраструктуры. Их эффективность во многом зависела от комплексного решения проблем, связанных не только с развитием материальной базы, кадрами и финансированием здравоохранительных учреждений, но и общей инфраструктуры села.

## Библиография

1. Сорок лет советского здравоохранения. К 40-летию Великой Октябрьской социалистической революции. 1917–1957 / главн. ред. М. Д. Ковригина. М.: Госуд-е изд-во мед. лит-ры, 1957.
2. Трофимов В. В. Здравоохранение в Российской Федерации за 50 лет. М.: Медицина, 1967.
3. Фирсова Л. И. Проблемы финансирования развития регионального здравоохранения // Регион: системы, экономика, управление. 2015. № 3 (30). С. 123–128.
4. Гуменюк А. А. Социальная стратегия Советского государства и практики повседневности населения российской провинции во второй половине 1950-х – середине 1980-х гг. (на материалах Нижнего Поволжья): монография / А. А. Гуменюк. Саратов: Техно-декор, 2021.
5. Ищенко Ю. В. Медицинское обслуживание трудовых ресурсов Российской деревни во второй половине 1940 – начале 1950-х годов (на материалах Саратовской области) // Изв. Сарат. ун-та. Нов. сер. Сер. История. Международные отношения, 2017. Т. 17, вып. 1. С. 140–146.
6. Народное хозяйство Саратовской области: Стат. сборник / Центр. стат. упр. при Совете Министров СССР. Стат. упр. Сарат. обл. Саратов: Госполитиздат, 1959.
7. КПСС в резолюциях и решениях съездов, конференций и Пленумов ЦК (1898–1986) / Ин-т марксизма-ленинизма при ЦК КПСС. 9-е изд., испр. и доп. М.: Издательство политической литературы, 1985. Т. 8: 1946–1955.
8. Островский В. Б. Колхозное крестьянство СССР: Политика партии в деревне и её социально-экономические результаты. Саратов: Издательство Саратовского университета, 1967.
9. Томилин В. Н. Наша крепость. Машино-тракторные станции Черноземного Центра России в послевоенный период: 1946–1958 гг. / Томилин В. Н. М.: АИРО-XXI, 2009.
10. Крестьянство в годы упрочения и развития социалистического общества, 1945 – конец 50-х годов / Отв. ред. и авт. Предисл. И. М. Волков. М.: Наука, 1988.
11. Ищенко Ю. В. Организационно-экономические основы индустриализации сельского строительства Саратовской области в 1950-х – первой половине 1960-х гг. // Исторические, философские, политические и юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. 2017. № 5 (79). С. 69–73.
12. Удинцов Е. И. Состояние здравоохранения Саратовской области и меры по улучшению медицинского обслуживания населения // Труды шестого съезда врачей

- Саратовской области. Саратов: «Коммунист», 1960.
13. Мазур Л. Н. Политика реконструкции советской деревни (конец 1950-х – 1980-е гг.) // Отечественная история. 2005. № 3. С. 25-37.
14. Президиум ЦК КПСС. 1954–1964. Черновые протокольные записи заседаний: Стенограммы. Постановления: В 3-х т.: Т. 3. Постановления. 1959–1964 / Гл. ред. А. А. Фурсенко. М.: «Российская политическая энциклопедия» (РОССПЭН), 2008.
15. Удинцов Е. И. К дальнейшему подъему сельского здравоохранения // Развитие советского здравоохранения в Саратовской области / [Отв. ред. Е. И. Удинцов]. Саратов: [б.и.], 1959.
16. Моррисон З. Н. О мерах по улучшению медицинского обслуживания населения области в свете решений XXIII съезда КПСС // Труды седьмого областного съезда медицинских работников. Саратов: [б.и.], 1968.

## **Результаты процедуры рецензирования статьи**

*В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.*

*Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).*

Предметом исследования статьи являются противоречия развития здравоохранительной сети российской деревни в период «хрущевской оттепели», сюжет весьма актуальный для современной междисциплинарной литературы по истории медицины. К сожалению, нет обоснования выбора географических границ исследования — Саратовской области, почему именно она избрана в качестве примера для исследования.

Исследование основано на подробном историческом анализе комплекса источников по истории саратовского здравоохранения, в частности, вводятся в научный оборот документы, отложившиеся в Государственном архиве Саратовской области.

Наблюдение, что недостаток медицинских кадров обуславливал трудности развертывания сельской медицинской сети закономерно, но не неожиданно. В статье проводится анализ разных аспектов недообеспеченности здравоохранения: недостаток специального оборудования, материалов, приспособленных помещений, медицинского транспорта.

Научная новизна состоит в актуализации архивных данных по здравоохранительной сети саратовских деревень на рубеже 1950-1960-х годов. Явными качественными признаками проблем, которые приводятся в работе, являются такие, как электрофицированность больниц или обеспеченность рентгеновским оборудованием.

В работе убедительно показано, что несмотря на задачу срочной ликвидации диспропорций между уровнем медобслуживания городского и сельского населения, поставленную советским руководством, в исследуемый период достичь этой цели не удалось.

Стиль статьи академический, структура работы – логичная и обоснованная, содержание – интересное, хотя и существенно ограниченное географическими рамками.

Библиография достаточная, хотя и не исчерпывающая, полностью отсутствуют зарубежные исследования по истории советской системы здравоохранения послевоенного периода.

К сожалению, в работе совсем не показано в какой степени была важна конкуренция регионов за плановое обеспечение здравоохранения.

Любопытным является наблюдение, что «непродуманные экономические преобразования в сфере планирования привели к тому, что строительство здравоохранительных учреждений в российской деревне далеко не покрывало потребности её жителей», но возможно, что причина не в непродуманности решений, а как раз в формальном

подходе, о котором идёт речь в работе. Постоянное увеличение койко-мест в строгом соответствии с планом позволяло не обращать вовсе внимание на качество предоставляемых медицинских услуг.

Главный вывод статьи — попытки решить проблемы сельской здравоохранительной сети в основном посредством администрирования не могло компенсировать недостатки развития соответствующей инфраструктуры — полностью следует из многочисленных конкретных наблюдений. Читателю не хватает размышлений о причинах, объясняющих упорство, с которым руководящие органы проводили политику, не приводящую к качественному результату. Учитывая достижения современной историографии, имеет смысл обратить внимание на проблему востребованности медицинских услуг и обращаемости за врачебной помощью (теоретические основы такого подхода представлены в работах А.Дитона, в частности, «Великий побег: Здоровье, богатство и истоки неравенства», было бы интересно узнать, какие отличия в неравенстве порождает плановая система экономики).

Выводы работы убедительные, интерес читательской аудитории к статье ожидается.

## **Результаты процедуры повторного рецензирования статьи**

*В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.*

*Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).*

Как и сто лет назад сегодня российская деревня является важнейшей социальной составляющей нашего общества, несмотря на то что уже не одно десятилетие приходится констатировать не только сокращение численности сельского населения, но и исчезновение сотен деревень. Конечно, и в наши дни деревня предлагает гораздо меньше возможностей и бытового комфорта людям, нежели горожанам, в связи с чем представляется важным обратиться к изучению различных аспектов истории социальной сферы отечественного села.

Указанные обстоятельства определяют актуальность представленной на рецензирование статьи, предметом которой является здравоохранительная сеть российской деревни в период "хрущевской оттепели". Автор ставит своими задачами рассмотреть основные проблемы лечебных учреждений села к началу 1950-х гг., показать основные аспекты модернизации здравоохранения, а также определить эффективность решения стоящих перед здравоохранением проблем.

Работа основана на принципах анализа и синтеза, достоверности, объективности, методологической базой исследования выступает системный подход, в основе которого находится рассмотрение объекта как целостного комплекса взаимосвязанных элементов. Научная новизна статьи определяется самой постановкой темы: автор на примере Саратовской области стремится охарактеризовать противоречия развития здравоохранительной сети российской деревни во второй половине 1950-х - первой половине 1960-х гг. Научная новизна статьи определяется также привлечением архивных материалов.

Рассматривая библиографический список статьи как позитивный момент следует отметить его масштабность и разносторонность: всего список литературы включает в себя до 20 различных источников и исследований. Источниковая база статьи представлена прежде всего документами из фондов Государственного архива Саратовской области и Государственного архива новейшей истории Саратовской области. Из используемых исследований укажем на труды А.А. Гуменюка и Ю.В. Ищенко, в центре внимания которых находятся различные аспекты развития сельского здравоохранения в Советском Союзе. Заметим, что библиография обладает важностью как с научной, так и с

просветительской точки зрения: после прочтения текста статьи читатели могут обратиться к другим материалам по её теме. В целом, на наш взгляд, комплексное использование различных источников и исследований способствовало решению стоящих перед автором задач.

Стиль написания статьи можно отнести к научному, вместе с тем доступному для понимания не только специалистам, но и широкой читательской аудитории, всем, кто интересуется как российской деревней, в целом, так и ее социальной сферой, в частности. Апелляция к оппонентам представлена на уровне собранной информации, полученной автором в ходе работы над темой статьи.

Структура работы отличается определенной логичностью и последовательностью, в ней можно выделить введение, основную часть, заключение. В начале автор определяет актуальность темы, показывает, что "в середине 1950-х гг. с учетом опыта предшествующих периодов и условий аграрного производства были выработаны основные формы организации медицинской помощи сельскому населению и номенклатура соответствующих лечебно-профилактических учреждений". В работе показано, что в деревне на социальную сферу средства выделялись по остаточному принципу, "их объем чаще всего не соответствовал потребностям развития". Автор отмечает, что "концентрация ресурсов сельской здравоохранительной сети в центральных больницах укрупненных районов в условиях раздробленности сельских поселений, недостатка транспорта, бездорожья и других оставшихся нерешенными проблемах сельской инфраструктуры приводила к тому, что высококвалифицированная специализированная медицинская помощь к концу исследуемого периода оставалась недоступной для основной массы населения российской деревни".

Главным выводом статьи является то, что

"в исследуемый период руководством СССР предпринимались меры по строительству и развитию сети сельских лечебно-профилактических учреждений в целях ликвидации диспропорций между уровнем медобслуживания городского и сельского населения", но непродуманные преобразования препятствовали полноценному развитию социальной сферы села.

Представленная на рецензирование статья посвящена актуальной теме, вызовет читательский интерес, а ее материалы могут быть использованы как в курсах лекций по истории России, так и в различных спецкурсах.

В целом, на наш взгляд, статья может быть рекомендована для публикации в журнале "Человек и культура".