

История медицины

© Коллектив авторов, 2021
УДК 614.2

Затравкин С. Н.^{1,2}, Вишленкова Е. А.², Чалова В. В.¹

СОСТОЯНИЕ И ВОЗМОЖНОСТИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 1960—1980-х ГОДАХ

¹ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;
²НИУ «Высшая школа экономики», 107000, г. Москва

В статье представлены материалы, характеризующие состояние системы здравоохранения в СССР в 1960—1980-х годах. Основное внимание уделено комплексу нерешенных проблем, негативное влиявших на объем и качество медицинской помощи населению. Высказаны и обоснованы выводы о факторах ослабления государственной системы здравоохранения в последние десятилетия существования СССР.

Ключевые слова: история здравоохранения; советская медицина.

Для цитирования: Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Чалова В. В. Состояние и возможности советского здравоохранения в 1960—1980-х годах. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(1):153—160. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-153-160>

Для корреспонденции: Затравкин Сергей Наркизович, д-р мед. наук, профессор, главный научный сотрудник отдела истории медицины ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки, e-mail: zatravkine@mail.ru

Zatravkin S. N.^{1,2}, Vishlenkova E. A.², Chalova V. V.¹

THE STATE AND POSSIBILITIES OF THE SOVIET HEALTH CARE IN 1960—1980s

¹N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;
²The National Research University «The Higher School of Economics», 107000, Moscow, Russia

The article presents materials characterizing the state of health care system in the USSR in 1960—1980s. The main attention is paid to the complex of unresolved problems that had negative impact on capacity and quality of population medical care. The conclusions concerning factors weakening state health care system during last decades of the USSR existence are expressed and justified.

Keywords: history of public health; the Soviet health care; the USSR.

For citation: Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Chalova V. V. The state and possibilities of the Soviet Health Care in 1960—1980s. *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2021;29(1):153—160 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2021-29-1-153-160>

For correspondence: Zatravkin S. N., doctor of medical sciences, professor, the Chief Researcher of the Federal State Budget Scientific Institution «The N. A. Semashko National Research Institute of Public Health». e-mail: zatravkine@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 10.08.2020
Accepted 29.10.2020

Состояние системы здравоохранения представлено читателю в цифрах и рассказах во многих публикациях советского времени. Современники — идеологи, теоретики и руководители здравоохранения — оценивали его весьма позитивно. Представленные в их сочинениях количественные показатели роста лечебно-профилактических, санитарно-эпидемических, аптечных, учебных и научно-исследовательских учреждений, а заодно и кадрового потенциала воспроизводились в десятках публикациях. Ими по необходимости в последующем пользовались российские и зарубежные историки медицины [1—4]. Поскольку динамика экстенсивных показателей советского здравоохранения была впечатляющей, то и вывод был однозначный — бесплатное советское здравоохранение было качественным.

Согласно данным официальной статистики, с 1960 по 1989 г. число врачей почти утроилось, что сделало СССР мировым лидером по обеспеченности

населения медицинскими кадрами. В 2,4 раза выросло количество медсестер, удвоилось число больничных коек, причем этот рост был как в абсолютном выражении, так и в расчете на душу населения (табл. 1). Росло число посещений у врачей в амбулаторно-поликлинической сети, количество госпитализаций, выполненных операций и прочих медицинских манипуляций. Согласно этим же данным, интенсивно развивалась медицинская промышленность, производящая лекарственные средства и медицинскую технику. Кажется, что здравоохранение заслуженно именовалось в партийных и государственных документах «крупнейшей отраслью народного хозяйства». Провозглашалось, что оно решает «самую важную социальную задачу — заботу о здоровье советских людей» [4].

В середине 1980-х годов бравурная риторика стала тише, а после выхода в 1987 г. «Основных направлений развития охраны здоровья и здравоохранения

Некоторые количественные показатели развития здравоохранения в СССР в 1960—1989 гг. [5—8]

Показатель	1960 г.	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.	1985 г.	1989 г.
Число врачей, абс. ед.	432 000	554 248	668 000	835 000	997 100	1 170 400	1 256 000
Обеспеченность врачами, на 10 тыс. населения	20	23,9	27,4	32,6	37,5	42,0	43,8
Число среднего медицинского персонала, абс. ед.	1 388 300	1 691 800	2 123 000	2 515 000	2 814 300	3 158 900	3 352 000
Обеспеченность средним медицинским персоналом, на 10 тыс. населения	61,8	73,0	87,1	98,5	105,7	113,5	116,9
Число больничных коек, абс. ед.	1 739 000	2 226 000	2 663 300	3 011 900	3 324 200	3 607 700	3 763 000
Обеспеченность больничными койками, на 10 тыс. населения	80	96	109,2	118,0	124,9	129,6	131,3
Число аптек, абс. ед.	Н/д	Н/д	Н/д	25 426	27 328	29 768	30 304
Число фармацевтов, абс. ед.	949 50	001 256	167 800	207 400	239 900	271 300	307 600

Примечание. Н/д — нет данных.

СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» и вовсе пропала, сменившись критикой. На рубеже 1980—1990-х годов с высоких трибун и со страниц печати звучала тревога о «критической ситуации, сложившейся в охране здоровья народа», о «чрезвычайном положении, создавшемся в системе охраны материнства и детства», о «катастрофическом положении» дел в системе здравоохранения. Критики игнорировали цифры роста системы здравоохранения и убеждали оппонентов цифрами упадка в демографической статистике.

Сегодня появилась необходимая исследовательская дистанция для анализа этого спора. Расстояние в 40—60 лет позволяет свободнее работать с историческими источниками и смотреть на советскую систему здравоохранения не в качестве судей или жертв, а с позиции исторической беспристрастности. Нас интересует заложенная в ней логика советской «заботы о здоровье»: как и в чем она должна была проявляться, чем измеряться?

Лечебная сеть

Начнем с количественных показателей развития здравоохранения. Рост числа врачей, амбулаторий, больничных коек, диспансеров, несомненно, был, но он отставал от рассчитанной теоретиками здравоохранения потребности. На протяжении всего рассматриваемого периода обеспеченность населения больничными и амбулаторно-поликлиническими учреждениями была ниже установленных в СССР нормативов, а к концу 1980-х годов дефицит этих учреждений составлял от 6 до 25%. Особенно остро дефицит ощущался в Армении, где обеспеченность койками была в 1,5 раза ниже общесоюзной, в Азербайджане — в 1,3 раза, в Таджикистане — в 1,25 раза, в Грузии и Туркмении — в 1,2 раза. Не хватало и специализированных больничных учреждений. На 3—15% ниже норматива была обеспеченность койками больных хирургического и фтизиатрического профиля; на 28—34% — неврологического, дерматовенерологического и психического, на 50—53% — офтальмологического и оториноларингологического [7].

Особенно показательной здесь может быть ситуация в Москве. В городе, где почти каждый сотый житель — врач, были огромные очереди в поликлиниках, а дефицит больничных коек составлял по офтальмологии 60,7%, по дерматовенерологии —

59,1%, по инфекционным заболеваниям — 55,7%, по терапии — 39,5%, по фтизиатрическим заболеваниям — 31,6% [9].

Для историков важны не только проверка достоверности статистических данных, но и выявление латентных механизмов статистического искажения реальности. Цифры официальной статистики были реальными, однако прирост числа коек происходил главным образом (от 56,3 до 66,3% от общего числа) за счет развертывания их в так называемых приспособленных зданиях (изначально построенных не для стационаров) и за счет уплотнения больничных палат.

В 1970-е годы такой прирост стал гораздо ниже, чем в 1960-е, хотя и тогда доля таких коек составляла значительную часть фонда советского здравоохранения (от 37,4 до 42,9%). Даже в 1988 г. обычными были палаты на 6—10 человек (60,9%). Доля палат на 1—2 пациентов составляла 0,2% и значительно уступала доле палат на 20 человек и более (1,3%) [8].

В течение 1960—1980-х годов средняя площадь на одного больного в стационарах сократилась с 3,5 до 2 м². Уплотнение коечного фонда неминуемо вело к нарушениям санитарно-гигиенического режима и способствовало возникновению внутрибольничных инфекций.

Что касается обеспеченности врачами, то здесь имела место географическая асимметрия. В Грузии и Прибалтике численность врачей превышала общесоюзный показатель, а в Узбекской, Туркменской и Таджикской ССР их было меньше средней нормы на 20; 20 и 37,2% соответственно. По всему СССР остро

Т а б л и ц а 2

Прирост во врачебных стационарах числа больничных коек, включая койки в психоневрологических больницах системы Министерства здравоохранения СССР (в %)

Показатель	1960 г.	1965 г.	1970 г.	1975 г.	1980 г.
В специально построенных зданиях	32,3	43,0	52,7	62,6	57,1
В приспособленных зданиях исполкомов и промышленных предприятий	24,6	14,8	12,1	10,9	38,5
В приспособленных зданиях МЗ СССР	19,7	25,1	21,2	19,2	
В существующих стационарах	22,0	16,4	13,8	7,3	4,4
В медицинских учреждениях других ведомств	1,4	0,7	0,2	—	—
В с е г о...	100	100	100	100	100

История медицины

не хватало врачей-специалистов (кардиологов, эндокринологов, травматологов-ортопедов, гастроэнтерологов, пульмонологов). На протяжении всего рассматриваемого периода бедственное положение сохранялось с обеспеченностью врачами-педиатрами в среднеазиатских республиках, где оно было в 2 раза ниже, чем в среднем по СССР. Не лучше обстояли дела и с акушерами-гинекологами. Каждый акушер-гинеколог в Таджикской ССР принимал в год родов в четыре раза больше, чем его коллега в Литве [10].

С каждым годом в СССР увеличивался дефицит среднего медицинского персонала. При нормативе в 3,5 медсестры на одного врача в 1975 г. в советских медицинских учреждениях было только 3, в 1980 г. — 2,8, в 1985—1988 гг. — 2,7 [7]. Это автоматически увеличивало нагрузку врачей и негативно влияло на качество медицинской помощи.

Несоответствие лечебной сети и кадровых ресурсов разработанным в СССР нормативным потребностям было настолько выраженным, что в конце 1970-х годов власти официально признали существование этой проблемы, упомянув о ней в специальном Постановлении ЦК КПСС и Совмина СССР от 22 сентября 1977 г.

Инфраструктурные проблемы

Проверка технического состояния зданий больниц и поликлиник, проведенная в октябре 1988 г., показала, что не нуждалось в ремонте только 17% зданий поликлиник и 15% больниц; 9% больниц находились в аварийных домах, 14% требовали незамедлительной реконструкции, а 32% — капитального ремонта. В значительной части зданий отсутствовала необходимая для медицинских учреждений санитарная инфраструктура (табл. 3). При этом из-за дефицита основных фондов из года в год не осваивались средства, выделявшиеся на строительство новых больниц и поликлиник.

Проведенная тогда же ревизия обеспеченности медицинских учреждений лечебно-диагностическим оборудованием выявила слабую оснащенность советских врачей медицинской техникой (табл. 4).

В 1988 г. только в 2% поликлиник и в 6% больниц пациент мог пройти УЗИ, только в 5% поликлиник и 13% больниц возможно было эндоскопическое исследование. Если в США в середине 1980-х годов функционировало более 3 тыс. современных компьютерных томографов, то в СССР их было только 62, и 25 из них — устаревшей конструкции. Даже в Москве обеспеченность учреждений здравоохранения медицинской техникой составляла около 60% от норматива. Более 1/3 медицинского оборудования было устаревшим, прослужившим от 10 до 30 лет [9]. Остро не хватало катетеров, одноразовых систем, шприцев, игл, функциональной мебели, кроватей, каталок, постельного белья и даже полотенец.

Оборудование, которое имелось в распоряжении советских медиков, далеко не всегда находилось в рабочем состоянии или отвечало потребностям лечебно-диагностического процесса. Как было признано на совместном заседании Коллегий Министер-

Таблица 3

Удельный вес зданий, в которых отсутствовала санитарная инфраструктура (в %) [7]

В зданиях отсутствуют	Поликлиники	Больницы
Водопровод	9,2	14,7
Горячее водоснабжение	29,3	48,6
Канализация	14,7	24,2
Центральное отопление	11,6	18,8
Душ (ванная)	51,9	45,3
Электроснабжение	1,4	1,1
Система вентиляции	53,6	63,6

Таблица 4

Обеспеченность медицинским оборудованием больниц и поликлиник системы Министерства здравоохранения СССР (в %) [8]

Испытывают недостаток в оборудовании	Поликлиники	Больницы
Рентгенотерапевтическом	54	56
Флюорографическом	52	48
Рентгенодиагностическом	51	43
Лабораторном	45	49
Физиотерапевтическом	42	44
Электрокардиографическом	38	35

ства приборостроения и Министерства здравоохранения СССР, состоявшемся в 1988 г., большинство изделий, выпускавшихся отечественными заводами, имело «низкие технический уровень и качество, ненадежны в эксплуатации, значительно уступало зарубежным аналогам по функциональным возможностям» [11].

Особые нарекания у врачей вызывало качество приборов и аппаратов для массового обследования населения: измерения артериального давления, эндоскопических аппаратов, лабораторного оборудования, флюорографов, рентгенодиагностических комплексов и др. Серьезные претензии высказывали хирурги в отношении хирургического инструментария. «Буквально на последнем дыхании работают наркозные аппараты, — говорила на I Всесоюзном съезде врачей детский хирург городской клинической больницы города Курска Л. В. Чеботарева. — Не светят операционные лампы, выходят из строя операционные столы. Мои коллеги — детские хирурги и анестезиологи — просили буквально кричать на съезде о том, что работать с имеющейся аппаратурой уже нельзя. И ждать 5—6 лет... невозможно» [12, с. 131]. Плохое техническое состояние медицинской техники усугублялось отсутствием запасных частей для ремонта. Заявка Министерства здравоохранения на запасные части в 1987 г. была удовлетворена только на 75%⁹.

Слабая оснащенность лечебно-диагностическим оборудованием и его низкое качество негативно влияли на качество медицинской помощи. Они были

⁹ Основными причинами такого положения дел на совещании были признаны полное отсутствие или низкая доступность отечественных комплектующих изделий с высокими функциональными и надежностными показателями, низкий уровень технологического оснащения заводов, недостаточное выделение современного металлообрабатывающего, кузнечно-прессовочного оборудования и литейных автоматов для переработки пластмасс.

причиной диагностических ошибок, запоздалого выявления патологий и невозможности выполнения многих видов медицинских вмешательств. В этом плане показателен пример с хирургическим лечением тяжелых форм ишемической болезни сердца, позволявшим существенно продлить жизнь пациентов. В США такие операции, как аортокоронарное шунтирование (АКШ) и баллонная коронарная ангиопластика, выполнялись сотнями тысяч в год на рубеже 1960—1970-х годов. В 1980-е годы начались массовые операции по стентированию коронарных артерий. В СССР баллонная коронарная ангиопластика и стентирование коронарных артерий не делались вовсе. Операции АКШ имели единичный характер. И это при том, что первая в мире операция АКШ была выполнена в СССР в 1964 г. профессором В. И. Колесовым.

Аналогичным образом складывалась ситуация и с операциями на открытом сердце. В 1987 г. в СССР было выполнено 6122 такие операции, а в США — 140 тыс. Очень медленно внедрялись и операции по пересадке почек. В том же 1987 г. в СССР было выполнено около 500 трансплантаций, в США — 8 тыс. При этом обеспеченность диализными местами для больных с почечной недостаточностью в СССР составила 3,4 на 1 тыс. населения, в США — 200, в ФРГ — 180 [12].

В Советском Союзе не получили применения и другие новые лечебно-диагностические технологии, активно внедрявшиеся в мире и позволявшие повысить качество медицинской помощи, сокращать сроки дорогостоящего стационарного лечения. В СССР в 1960—1980-х годах средняя продолжительность стационарного лечения выросла с 13,5 до 16 дней, что почти втрое превышало время нахождения больных в стационарах США [13]. Если принять во внимание, что в конце 1980-х годов в стационарах проходили лечение более 73 млн пациентов в год, то становится очевидным, какое дополнительное давление на систему здравоохранения оказало такое увеличение сроков стационарного лечения [12].

Многие советские семьи испытывали панику от острого дефицита лекарств. Новые зарубежные препараты закупались в ограниченном количестве и внедрялись в лечебную практику чрезвычайно медленно. Особенно острая потребность была в новых антибиотиках, их отсутствие в СССР служило причиной роста смертности от инфекционных заболеваний и болезней органов дыхания в 1970—1980-е годы. Советское здравоохранение испытывало недостаток не только в новых, но и в традиционных лекарственных средствах, например в инсулине. Медицинской промышленности не хватало мощностей, она удовлетворяла запросы Министерства здравоохранения лишь на 75—80%. В ассортименте выпускавшейся продукции было много устаревших лекарственных форм. Об уровне обеспеченности населения лекарственными препаратами свидетельствуют цифровые сопоставления: потребление лекарств в сопоставимых ценах на человека в год в СССР составляло 15,7 руб.; в ФРГ — в 5,8 раза больше, в

США — в 6,5 раза, в Японии — в 7,5 раза [12]. В 1970—1980-х годах в стране возник и развивался «черный рынок» лекарств. «Мы не можем объяснить больным,— говорили врачи с трибуны I Съезда народных депутатов СССР,— почему общество соглашается с этим самым бессердечным из всех дефицитов, определяющим жизнь или смерть» [13].

Низкая эффективность советской системы здравоохранения определялась еще и качеством подготовки врачей. На I Всесоюзном съезде врачей 1988 г. об этом говорили многие выступавшие, от министра здравоохранения СССР и ректоров медицинских вузов до заведующих отделениями районных больниц и амбулаторий [12]. Они называли разные причины: снижение требований к абитуриентам, выпускникам и преподавательскому составу медицинских институтов, вызванное необходимостью наращивать число выпускников, несовершенство учебных программ, большую занятость студентов-медиков в работе колхозов, строек и прочих работах; слабую клиническую базу многих медицинских вузов. Результатом становилось массовое производство слабообученных специалистов. «Молодые врачи напоминают необученных рекрутов,— заявил на I Всесоюзном съезде врачей заведующий кафедрой Вильнюсского государственного университета А. М. Марцинкявичус.— И это несмотря на год интернатуры, после которой мы, казалось бы, имеем подготовленного специалиста... а он боится каждого больного...» [12, с. 86].

Компенсировать издержки массового производства должна была система повышения их квалификации, но она не могла удовлетворить потребности всех нуждавшихся. Исследование, проведенное в 1986 г. Всесоюзным НИИ социальной гигиены и организации здравоохранения имени Н. А. Семашко, показало, что из всех опрошенных участковых врачей-педиатров только 2,8% закончили ординатуру, 20% прошли курсы усовершенствования на центральных базах, а у 38,8% врачей срок последнего повышения квалификации превысил 5 лет¹⁰. Число врачебных ошибок росло, и слабая подготовка врачей была очевидна даже пациентам.

По данным социологического опроса 53,8 тыс. респондентов, проведенного органами государственной статистики в октябре 1988 г., более половины высказывали неудовлетворенность работой амбулаторно-поликлинических, больничных и родовспомогательных учреждений [7]. Неудовлетворенность работой больниц вызывали помещения, лекарства, питание, отношение медицинского персонала и квалификация врачей, санитарно-гигиеническое состояние палат и мест общего пользования. Главными причинами низкой оценки работы поликлиник были очереди на прием, отсутствие врачей нужной

¹⁰ Архив Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. Отчет о научно-исследовательской работе «Медико-социальные основы развития и совершенствования охраны материнства и детства». М.; 1986. С. 152.

специализации, качество обслуживания и невниман-
ие к пациентам [8].

Профилактические мероприятия

По меткому выражению Е. И. Чазова, профилактика, объявленная одним из основополагающих принципов советского здравоохранения и сыгравшая огромную роль в борьбе с эпидемиями в ранне-советское время, в 1960—1980-е годы «обросла пустыми декларациями, общими лозунгами и благими пожеланиями и на деле перестала быть основным методом активной борьбы за сохранение здоровья народа» [12, с. 24]. На фоне декларативных заявлений о необходимости всеобщей диспансеризации и «дальнейшего совершенствования первичной медицинской помощи» под постоянным наблюдением состояло только 30% населения¹¹. Разовые профилактические осмотры затрагивали чуть больше 40%¹². Более 1/4 населения СССР годами не посещали врачей. В 1987 г. 28,2% больных злокачественными образованиями было выявлено в III и 21,4% — в IV стадии развития, когда медицина уже фактически бессильна [12].

Санитарное просвещение не приносило ощутимого результата. Как свидетельствуют исследования, миллионы прочитанных тогда санитарно-гигиенических лекций находились в противоречии с уровнем медицинских, гигиенических и санитарных знаний населения, которые отсутствовали даже по самым элементарным вопросам. Сексуального воспитания не было вообще. Главным средством контрацепции, а также методом планирования семьи был аборт. В 1960—1980-е годы СССР стал мировым лидером по числу абортотворения: от 6,8 и 7,3 млн (от 97,2 до 107,4 операций на 1 тыс. женщин в возрасте 15—49 лет) [7]. Это почти на 1 млн превышало количество родов. Наиболее высокие показатели фиксировались в РСФСР — от 122,8 до 126,3 операции [7].

Профилактикой заболеваемости подростков в школах занимались врачи-пенсионеры или совместители. Их незаинтересованность в работе из-за низкой зарплаты и квалификации, бездейственность отражались на том, что за первые 8 лет учебы в школе количество относительно здоровых детей сокращалось в 4 раза. Количество детей с близорукостью вырастало от 3 до 30%, с нервно-психическими расстройствами — от 15 до 40%, с заболеваниями органов пищеварения — вдвое. По данным председателя Государственного комитета СССР по народному образованию Г. А. Ягодина, 30—40% выпускников школ имели отклонения в работе сердечно-сосудистой системы [12].

Оплата труда

Среднемесячная заработная плата в сфере здравоохранения в 1970—1980-е годы была на 40—45% ниже, чем в среднем по народному хозяйству. Она

Таблица 5

Динамика среднемесячной заработной платы в СССР в 1975—1988 гг. (в руб.) [7]

Показатель	1975 г.	1980 г.	1985 г.	1988 г.
Все народное хозяйство	145,8	168,9	190,1	219,8
Здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение	102,3	126,8	132,8	152,5

была более чем в 2 раза ниже оплаты труда промышленно-производственных работников⁴. Если рабочий выполнял больше нормы в установленное рабочее время, то его зарплата росла, а зарплата врача при любой нагрузке оставалась фиксированной.

Низкая оплата вызывала профессиональную неудовлетворенность врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Она же стимулировала коррупционность здравоохранения. Получение платы за частный визит врача на дом, за сокращение сроков госпитализации, за проведение обследований и оперативных вмешательств, за ночные дежурства нянь у постелей больных в 1970—1980-е годы стало обыденностью. «Низкая общественная оценка труда врачей... в „период застоя“ обернулась... частной платой за услуги,— справедливо отмечала в 1986 г. социолог и экономист академик Т. И. Заславская.— Возникла организованная система поборов, взимаемых по определенной таксе и за госпитализацию больных, и за проведение обследований, операций и пр.» [14, с. 28]. Еще более жестко о политике своих предшественников высказался новый состав ЦК КПСС и Совета министров в 1987 г. В медицине, как провозглашало специально выпущенное Постановление, «получили распространение такие явления, как черствость, бездушие, грубость, безответственное отношение к выполнению профессионального долга, взяточничество, бюрократизм. Нравственные и этические деформации распространились на прием в высшие медицинские учебные заведения, оценку результатов обучения и работы, продвижение по службе. Существовавшая система оплаты труда не стимулировала стремления к улучшению качества работы, овладению знаниями и навыками, повышению квалификации».

По данным Прокуратуры СССР, в 1988 г. здравоохранение по общему числу совершенных преступлений занимало 8-е место среди прочих отраслей народного хозяйства, а по числу совершенных должностных преступлений — 5-е [12].

Эти проблемы касались всей системы здравоохранения СССР. Они не обошли стороной даже крупные столичные и республиканские больницы, клиники медицинских вузов и научно-исследовательских институтов. Однако их сложности не шли ни в какое сравнение с положением дел в сельском здравоохранении.

Сельское здравоохранение

Обеспеченность врачами, амбулаторно-поликлинической и скорой медицинской помощью сельского населения была примерно в 2 раза ниже городско-

¹¹ В 1984 г. — 58 млн человек, в 1988 г. — 65,5 млн человек [7].

¹² В 1975 г. — 107 млн человек, в 1980 г. — 113 млн человек, в 1985 — 123 млн человек, в 1988 г. — 125 млн человек [7].

го. Проведенное в 1970 г. комплексное исследование состояния здоровья населения выявило негатив в работе сельского здравоохранения во всех союзных республиках: наличие грубых ошибок в диагностике болезней органов пищеварения, новообразований, болезней женских половых органов, болезней кожи и подкожной клетчатки, врожденных аномалий развития, а также хронических заболеваний в ранних детских возрастах [15]. Последнее стало причиной того, что регистрируемые уровни смертности детей этих возрастов в селах были в 2—2,5 раза выше, чем в городах.

Медицинские осмотры показывали, что примерно $\frac{1}{4}$ часть хронических заболеваний у мужчин и $\frac{1}{2}$ у женщин являются нераспознанными в сельских лечебно-профилактических учреждениях. Эта доля невыявленной патологии изменила статистику общей по возрастной заболеваемости, рассчитываемой на основе обращаемости к врачам. Максимум заболеваемости, приходившийся на возрастную группу 40—49 лет, при добавлении выявленных данных сместился в возрастную группу 70 лет и старше, а качество медицинского обслуживания лиц этой возрастной группы было признано неудовлетворительным.

Скудной была помощь со стороны сельской травматологической службы. При одинаковых показателях несчастных случаев и травм в городах и селах уровень смертности сельского населения (особенно в стандартизованных показателях) был существенно выше¹³. Многочисленные примеры такого непрофессионализма и нарушения медицинской этики приведены в книге В. Фефелова «В СССР инвалидов нет!» [16].

Охрана матери и ребенка

В 1988 г. в стране не хватало 30 тыс. коек для проведения родов и 130 тыс. коек для лечения больных детей. И это при том, что 25 тыс. имеющихся коек предстояло ликвидировать, поскольку они размещались в разрушившихся зданиях [12]. 67% детских санаториев были выстроены до 1940 г. и ко времени проведения обследования соответствовали своему предназначению лишь с очень значительными оговорками.

Сейчас в сети Интернет выложены мемуары советских женщин, в которых описаны тяжелые условия пребывания рожениц в роддомах в 1970—1980-х годах. Для некоторых из них полученный опыт оказался травмой, которая заставила отказаться от идеи рождения второго ребенка [17]. «Родильные дома, детские поликлиники и стационары, женские консультации из-за неудовлетворительного оснащения, слабой подготовки кадров не обеспечивают современного уровня профилактики, диагностики и лечения, — признал ЦК КПСС и Совет министров в 1987 г. — В учреждениях родовспоможения,

отделениях и палатах для выхаживания недоношенных детей и лечения новорожденных грубо нарушаются санитарно-гигиенические требования». По оценке академика В. И. Кулакова, большинство осложнений и летальных исходов по так называемым акушерским причинам произошли по вине врачей. Это подтвердил и экспертный анализ, осуществленный в 1990 г. Его приговор гласил: в 51,7% случаев смерть матери можно было предотвратить [18].

Политика партии

Было ли известно описанное положение дел правительству и высшему партийному руководству страны? Сегодня можно уверенно утверждать, что да. Министерство здравоохранения и правительство владели полной информацией. Все статистические свидетельства в данной статье взяты из официальных справочников, которые составлялись и публиковались Министерством здравоохранения. Ссылаясь на эти сводки, министры Б. В. Петровский и С. П. Буренков подавали в ЦК КПСС докладные записки и просили принять экстренные меры [13]. Министр Е. И. Чазов не только писал, но и публично выступал с рассказом о бедах здравоохранения. На XIX партийной конференции и на I Съезде народных депутатов его слушателями были генеральный секретарь КПСС и все партийные лидеры. В ЦК КПСС поступали тысячи писем от врачей с описанием катастрофы [12].

Обращаясь к политикам, медики обосновывали необходимость реформы не только гуманитарными соображениями, но и экономической рациональностью. Они сообщали о колоссальных экономических потерях государства из-за роста заболеваемости и преждевременной смертности. Только в 1985 г. потери рабочего времени из-за временной нетрудоспособности в 10 раз превысили непроизводительные потери из-за простоев, прогулов, невыхода на работу с разрешения администрации. А пособие по временной нетрудоспособности было выплачено на сумму 7,3 млрд руб., что составило 1,3% ВВП [19].

Никакие аргументы не побудили высшее политическое руководство страны обеспокоиться и перейти к политике действий. Оно умиротворяюще предлагало медикам подождать и потерпеть. И, как впоследствии вспоминали медицинские администраторы, лидеры «топили суть проблемы в общих рассуждениях, призывах, не подкрепленных конструктивными решениями», разворачивая «сиюминутные пропагандистские кампании» [12, с. 194]. Единственной ответной реакцией были постановления о мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья. ЦК КПСС и Совет министров выпускали их в 1968, 1977 и 1982 гг. Эти бюрократические тексты, по оценке Е. И. Чазова, «носили настолько общий, декларативный характер, настолько были лишены конструктивизма, новизны мышления, финансовой поддержки, что не могли сколько-нибудь заметно повлиять на существующую в здравоохранении ситуацию» [12, с. 19].

¹³ Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года. А. А. Роменский (ред.). Т. I. М.: Министерство здравоохранения СССР, 1978. С. 152.

Финансовых инвестиций в истощенную систему советского здравоохранения не было. Рост (в абсолютных величинах) ассигнований едва покрывал расходы, связанные с ростом населения. А доля расходов государственного бюджета, выделенного на здравоохранение, с каждым годом снижалась: в 1960 г. — 6,6%, в 1970 г. — 6,1%, в 1980 г. — 5%, а в 1985 г. — 4,6%. В процентном отношении к ВВП это составляло около 3%, что обеспечивало СССР место в седьмом десятке стран по этому показателю [12]. Подобная ситуация была с охраной окружающей среды, доля расходов на которую в бюджете также не росла и составляла около 1,3%.

Министерство здравоохранения возлагало надежды на принятые в 1987 г. «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года». Эту программу отличает не только жесткая критика существовавшего положения дел, но и перечень конкретных мер ее реализации. Руководство страны обещало выделить на здравоохранение дополнительно 190 млрд руб. Но в условиях перестройки всей политической системы и финансового дефолта эти решения были забыты.

И последний вопрос: может быть, у советского государства не было финансовых ресурсов для «заботы о здоровье» граждан? Были. На протяжении 1960—1980-х годов темпы роста советской экономики действительно снижались, но ресурсов хватало на космос и вооружение. Внешнеэкономическая конъюнктура обеспечила рост цен на энергоресурсы, приток газо- и нефтедолларов. В этих условиях финансирование здравоохранения было вопросом политической воли. По всей видимости, у партийного руководства не возникало желания потратить деньги на больницы и врачей, потому что ухудшение здоровья и ранняя смертность населения не создавали политической проблемы. Они компенсировались естественным приростом населения за счет высокой рождаемости. Единственное, что волновало бюрократов,— это очевидная доступность медицинской помощи. В разработанных в СССР теории и истории медицины утверждалось, что бесплатность и доступность — главные достижения и принципы советской медицины. Эти принципы и финансировали.

Благодаря высоким показателям доступа к медицинской помощи правительство считало свои конституционные обязанности выполненными. А очевидная деградация системы здравоохранения, снижение качества медицинской помощи и ухудшение состояния здоровья населения объяснялись нерадивостью отдельных исполнителей (руководителей больниц или плохих врачей). С 1980-х годов в низких показателях здоровья стали обвиняться еще и пациенты, которые якобы не уследили за своим здоровьем, поздно обратились за помощью, занимались самовредительством. Именно в эти годы в медицинской среде родилась печальная шутка: «Если боль-

ной поправился, то в этом заслуга врача, а если умер, так он и был больной».

Из сказанного не следует, что в СССР не было хорошо оснащенных амбулаторий, больниц и клиник, в которых работали бы высококвалифицированные врачи, способные оказывать медицинскую помощь на современном уровне. Они, безусловно, были, но, судя по имеющимся и приведенным выше данным, представляли собой исключение и могли эффективно бороться за здоровье пациентов скорее вопреки системе здравоохранения, чем благодаря ей. А чаще всего их сил и талантов хватало лишь на обслуживание ограниченного числа людей, относившихся главным образом к партийной или культурной элите столичных городов.

Статья подготовлена в результате проведения исследования в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (НИУ ВШЭ) с использованием средств субсидии в рамках государственной поддержки ведущих университетов Российской Федерации «5—100» и Государственного задания ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко» по теме 0528-2019-0005 № государственной регистрации АААА-А19-119012290152-7.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- 60 лет советского здравоохранения. М.: Медицина; 1977.
- Медицина. В кн.: Большая медицинская энциклопедия. Изд. 3-е. Т. 14. М.: Советская энциклопедия; 1980. С. 265—316.
- Буренков С. П. Задачи органов и учреждений здравоохранения по улучшению медицинской помощи населению в свете решений XXVI Съезда КПСС. *Советское здравоохранение*. 1982;(3):3—15.
- Буренков С. П. Здравоохранение Союза ССР. *Советское здравоохранение*. 1982;(12):5—11.
- Здравоохранение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1966.
- Здравоохранение и социальное обеспечение в СССР. Статистический сборник. М.: ЦСУ; 1976.
- Социальное развитие СССР. Статистический сборник. М.: Финансы и статистика; 1990.
- Охрана здоровья в СССР. Статистический сборник. М.: Финансы и статистика; 1990.
- Щепин О. П., Кравченко Н. А. Состояние здоровья населения и перспективы развития здравоохранения Москвы. *Советское здравоохранение*. 1989;(8):3—10.
- Баранов А. А. Охрана материнства и детства на современном этапе: проблемы и пути их решения. *Советское здравоохранение*. 1989;(3):3—9.
- Пичугин В. Н. Совместное заседание Коллегий Министерства приборостроения и Минздрава СССР. *Советское здравоохранение*. 1988;(2):77—9.
- I Всесоюзный съезд врачей, Москва, 17—19 октября 1988. М.: Медицинская энциклопедия; 1989.
- Венедиктов Д. Д. Здравоохранение России: кризис и пути преодоления. М.; 1999.
- Заславская Т. И. О стратегии социального управления перестройкой. М.; 1986.
- Роменский А. А., ред. Результаты комплексного изучения состояния здоровья населения в связи со Всесоюзной переписью населения 1970 года. Т. I. М.: Министерство здравоохранения СССР; 1978.
- Фефелов В. В СССР инвалидов нет! Лондон: Overseas Publications Interchange Ltd.; 1986.
- Советские роддома. Режим доступа: <https://germanyuch.livejournal.com/139656.html>
- Кулаков В. И., ред. Акушерско-гинекологическая помощь. М.: МЕДпресс; 2000.
- Царегородцев Г. И. Социальные условия и здоровье населения. *Советское здравоохранение*. 1987;(11):3—7.

REFERENCES

1. 60 years of Soviet healthcare [60 let sovetского zdravooohranenija]. Moscow: Medicina; 1977 (in Russian).
2. Medicine. In: Great Medical Encyclopedia. 3th ed. [Bol'shaja medicinskaja jenciklopedija. 3-e izdanie]. Moscow: Sovetskaja jenciklopedija; 1980. Vol. 14. P. 265—316 (in Russian).
3. Burenkov S. P. Tasks of health authorities and institutions on improving medical care for the population in the light of the decisions of the XXVI Congress of the CPSU. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1982;(3):3—15 (in Russian).
4. Burenkov S. P. USSR Healthcare. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1982;(12):5—11 (in Russian).
5. Health care in the USSR. Statistical collection [Zdravooohranenie v SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: CSU; 1966 (in Russian).
6. Health care and social security in the USSR. Statistical collection [Zdravooohranenie i social'noe obespechenie v SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: CSU; 1976 (in Russian).
7. Social development of the USSR. Statistical collection [Social'noe razvitie SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: Finansy i statistika; 1990 (in Russian).
8. Health care in the USSR. Statistical collection [Ohrana zdorov'ja v SSSR. Statisticheskij sbornik]. Moscow: Finansy i statistika; 1990 (in Russian).
9. Shhepin O. P., Kravchenko N. A. Health condition of the population and prospects of Moscow health care development. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1989;(8):3—10 (in Russian).
10. Baranov A. A. Protection of motherhood and childhood at the present stage: problems and the ways of their solution. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1989;(3):3—9 (in Russian).
11. Pichugin V. N. Joint session of the Collegiums of the Ministry of instrument making and the Ministry of Health of the USSR. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1988;(2):77—9 (in Russian).
12. I All-Union Congress of doctors, Moscow, October 17—19, 1988 [I Vsesojuznyj sezd vrachej, Moskva, 17—19 oktjabrja 1988]. Moscow: Medicinskaja jenciklopedija; 1989 (in Russian).
13. Venediktov D. D. Health Care of Russia: crisis and ways to overcome it [Zdravooohranenie Rossii: krizis i puti preodolenija]. Moscow; 1999 (in Russian).
14. Zaslavskaja T. I. About strategy of social management of perestroika [O strategii social'nogo upravljenija perestrojkoj]. Moscow; 1986 (in Russian).
15. Romnensky A. A., ed. The results of the complex study of the health condition of the population in connection with the All-Union Population Census in 1970 [Rezultaty kompleksnogo izuchenija sostojanija zdorov'ja naselenija v svjazi so Vsesojuznoj perepis'ju naselenija 1970 goda]. Vol. I. Moscow: Ministerstvo zdravooohranenija SSSR; 1978 (in Russian).
16. Fefelov V. There are no disabled in the USSR! [V SSSR invalidov net!]. London: Overseas Publications Interchange Ltd.; 1986 (in Russian).
17. Soviet maternity hospitals [Sovetskie roddoma]. Available at: <https://germany.livejournal.com/139656.html> (in Russian).
18. Kulakov V. I., ed. Obstetrical and gynecological aid [Akushersko-ginekologicheskaja pomoshh]. Moscow: MEDpress; 2000 (in Russian).
19. Caregorodcev G. I. Social conditions and population health. *Sovetskoe zdravooohranenie*. 1987;(11):3—7 (in Russian).