

# ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДОГОВОР В КОНТЕКСТЕ ИСТОРИЧЕСКОЙ СОЦИОЛОГИИ



Научная статья  
DOI [10.19181/nko.2025.31.2.6](https://doi.org/10.19181/nko.2025.31.2.6)  
EDN [GVXQFR](https://edn.gvxqfr)  
УДК 316.4



Н. И. Белова<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Российский государственный гуманитарный университет. Москва, Россия

## ОБЩЕСТВЕННЫЙ ДОГОВОР В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СОВЕТСКИХ ГРАЖДАН (1917–1940)

**Аннотация.** В контексте теории общественного договора рассмотрены два исторических периода, в течение которых наблюдались существенные изменения в основных принципах организации здравоохранительной политики государства. К формированию прообраза современной системы здравоохранения государство приступило в первые годы советской власти сразу после Октябрьской революции. Начальный период (1917–1929 гг.) институционального строительства сферы охраны здоровья населения связан с созданием центрального государственного органа — Народного комиссариата здравоохранения, усилия которого были направлены на огосударствление и централизацию системы здравоохранения, развитие медицинской инфраструктуры, подготовку врачебных и других медицинских кадров, а также организацию санитарно-просветительской работы с привлечением населения к её реализации. Взяв на себя обязанность по обеспечению каждого гражданина бесплатной и квалифицированной медицинской помощью, государство приступило к реализации своих планов в достаточно сложных социально-экономических и политических условиях. За относительно короткий срок в стране были практически ликвидированы инфекционные заболевания и снижен уровень социально значимых. Второй исторический период — довоенный (1930–1940 гг.) — характеризуется масштабными реформами советского здравоохранения. Задачи, стоявшие перед отраслью, определялись интересами и планами государства в процессе социалистического строительства. Охрана здоровья была преимущественно ориентирована на работающее население, медицинское обслуживание становится максимально приближенным к рабочему месту, создаются лечебно-профилактические учреждения при предприятиях. Именно в годы первых трёх пятилеток складываются основные службы советского здравоохранения, в том числе охраны материнства и детства, санитарно-эпидемиологическая служба и др. Деятельность системы здравоохранения оценивалась достаточно высоко. Развитие системы общественного здравоохранения стало одним из приоритетных направлений социальных преобразований того времени.

**Ключевые слова:** общественное здоровье, здоровье населения, здравоохранительная политика, здравоохранение, общественный договор

**Для цитирования:** Белова Н. И. Общественный договор в сфере охраны здоровья советских граждан (1917–1940) // Наука. Культура. Общество. 2025. Т. 31, № 2. С. 75–86. DOI [10.19181/nko.2025.31.2.6](https://doi.org/10.19181/nko.2025.31.2.6). EDN [GVXQFR](https://edn.gvxqfr).

**Благодарность:** Исследование выполнено за счёт гранта Российского научного фонда № 23-18-00093 «Судьбы общественного договора в России: эволюция идей и уроки реализации», <https://rscf.ru/project/23-18-00093/>

**Введение.** Социально-экономическое развитие любого государства и, прежде всего, его безопасность, напрямую зависят от состояния общественного здоровья. Общественное здоровье является «медико-социальным ресурсом и потенциалом общества, способствующим обеспечению национальной безопасности» и в целом характеризует «жизнеспособность общества» [1, с. 4]. С целью поддержания «жизнеспособности общества» государство, исходя из своих традиций и социально-экономических возможностей, формирует здравоохранительную политику. И если создание условий для её реализации относится

к прерогативе государства, то в качестве субъектов реализации выступают не только медицинский персонал государственных или частных медицинских организаций, но и сами граждане. В этой связи можно говорить об общественном договоре в сфере охраны здоровья как социальном контракте, позиции и содержание которого исторически конкретны.

В последние годы наблюдается повышенный интерес российских исследователей к изучению состояния общественного договора в нашей стране [2], определению его основных характеристик [3; 4] и индикаторов оценки [5], а также специфики его проявления в различных сферах [6; 7], включая сферу охраны здоровья населения [8; 9; 10; 11].

Определяя теоретические рамки общественного договора, отечественные учёные акцентируют внимание на том, что он «...прежде всего, отвечает на вопрос: как соотносятся интересы народа, его основные устремления, ценностные ориентации и интересы с политикой государственной власти, на чём базируется их согласие или конфронтация и, соответственно, возможность существования общества?» [4, с. 116]. Общественный договор «...призван гарантировать существование государства, обеспечить возможность эффективного решения экономических, политических, социальных и духовно-нравственных проблем» [2, с. 179].

Можно выделить несколько ключевых тезисов, связанных с исследованием вопросов охраны здоровья населения в контексте общественного договора. Первый тезис: государство как субъект общественного договора вырабатывает национальные стратегии и программы в области общественного здравоохранения, направленные на заботу о здоровье своего населения. Соответственно государство заинтересовано в том, чтобы граждане сохраняли и поддерживали своё здоровье, предлагая механизмы и условия для реализации здравоохранительной политики.

Второй тезис: население является не только объектом, но и субъектом реализации общественного договора. Следовательно сами граждане готовы участвовать в поддержании собственного здоровья. Население *доверяет, соглашается, поддерживает* предложенную государством политику в области общественного здравоохранения. Например, в современной России за последние десять лет оценки населением выполнения государством своих обязанностей по обеспечению гарантий прав и свобод человека и гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь демонстрируют положительную динамику — с 37% в 2014 г. до 65% в 2024 г. Однако каждый четвёртый (25%) россиянин все ещё считает, что государство «не выполняет» своих обязательств [12, с. 34–35].

Третий тезис: поскольку в центре общественного договора находятся «социальное доверие и социальный контракт между властью и народом» и «он выражает некое постоянно изменяющееся качественное состояние общества, требующего регулярного настраиваемого взаимодействия народа и государства» [4, с. 98–99], то не менее важным является изучение опыта становления и развития общественного договора в сфере охраны здоровья населения. В этой связи обратим внимание на формирование здравоохранительной политики в Советском Союзе в первые десятилетия его существования, которая позволила в дальнейшем сформировать систему оказания медицинской помощи, высоко оценённую Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Улумбекова Г. У. Советское и российское здравоохранение критиковать можно, но плевать в него нельзя // Высшая школа организации и управления здравоохранением. 17.12.2024. URL: <https://www.vshouz.ru/news/smi/wcs-18898/> (дата обращения: 08.04.2025).

**Общественный договор в сфере охраны здоровья населения в первые годы советской власти.** Зарождение основ организации и функционирования российской сферы здравоохранения началось сразу после Октябрьской революции. В начале XX в. в России существовал ряд серьёзных медико-социальных проблем: высокий уровень инфекционной заболеваемости и распространённости социально значимых болезней, чрезвычайно высокая младенческая смертность, низкий уровень доступности медицинской помощи (в сельской местности 0,44 больничной койки на 1000 населения [13]), а также дефицит врачебных кадров (практически две трети — 71% — врачей жили в городах<sup>2</sup>).

Уровень распространённости отдельных социально значимых и инфекционных заболеваний носил катастрофический характер. Статистические данные того времени показывают, что в структуре заболеваемости (на 10 тыс. населения) наблюдался брюшной тиф (26,6 случаев), сыпной тиф (7,3 случая), сифилис (76,8 случая), малярия (216,6 случаев) и др.<sup>3</sup> Что касается младенческой смертности, в указанные годы её преобладающая доля приходилась на сельское население: в 1909 г. — 88,5%, в 1910 г. — 89,6%, в 1911 г. — 88,4%<sup>4</sup> от общего числа случаев младенческой смертности в стране. Учитывая, что численность сельского населения в тот период значительно превышала долю городского, пропорция отражает не только высокую заболеваемость, но и демографическую специфику эпохи. Низкий уровень доступности медицинской помощи, недостаточная гигиеническая грамотность, специфический образ жизни на селе — всё это явилось причинами сложившейся ситуации.

После Октябрьской революции 1917 г. новая власть остро нуждалась в здоровых тружениках, способных строить и защищать государство, поэтому основной целью общественного договора в сфере охраны здоровья населения этого периода стало сохранение «человеческих ресурсов», необходимых для «выживания» нового государства. Таким образом, формирование общественного договора в сфере охраны здоровья населения проходило в условиях малодоступности медицинской помощи, низкого уровня санитарной культуры и качества жизни населения [8]. Поэтому новой власти прежде всего необходимо было разработать меры по борьбе с заразными болезнями и «выведению страны из тяжёлого санитарного состояния» [14, с. 46].

Развитие системы общественного здравоохранения, направленного на охрану здоровья советского населения, стало одним из приоритетных направлений социальных преобразований того времени [8]. В июле 1918 г. был создан первый центральный государственный орган — Народный комиссариат здравоохранения, выполнявший организационно-управленческие функции в сфере охраны здоровья населения<sup>5</sup>. Государство взяло на себя обязательство по предоставлению каждому гражданину бесплатной и квалифицированной медицинской помощи, созданию условий для роста рождаемости и снижения смертности.

<sup>2</sup> Отчёт о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи за 1913 год. СПб., 1915. 333 с. // Государственная публичная историческая библиотека России (ГПИБ). URL: <http://elib.shpl.ru/rn/nodes/42628-za-1913-god-1915> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>3</sup> Там же.

<sup>4</sup> Смертность младенцев в возрасте от рождения до одного года в 1909, 1910 и 1911 годах. В Европейской России. СПб., 1915. С. 15 // Архив открытого доступа Санкт-Петербургского государственного университета. URL: <https://dspace.spbu.ru/handle/11701/29308> (дата обращения: 12.04.2025).

<sup>5</sup> Декрет об учреждении Народного комиссариата здравоохранения. 11 июля 1918 // Электронная библиотека исторических документов. URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/12308-11-iyulya-dekret-ob-uchrezhdenii-narodnogo-komissariata-zdravooohraneniya> (дата обращения: 08.04.2025).

Институционализация советской системы здравоохранения проходила в нелёгких условиях: медицинская инфраструктура находилась в упадочном состоянии, потребность во врачебных кадрах была высока, многие доктора не спешили переходить на сторону новой власти, сомневаясь в перспективности предложенной модели здравоохранительной политики. Перед Народным комиссариатом здравоохранения стояли задачи по огосударствлению и централизации системы здравоохранения, внедрению санитарно-просветительской деятельности, и, что не маловажно, — привлечению населения к решению здравоохранительных проблем [15].

В основе советской модели здравоохранения, позднее названной именем первого наркома здравоохранения Н. А. Семашко, лежала профилактическая направленность медицинской помощи. Основным методом реализации профилактического подхода в медицинских учреждениях стала диспансеризация населения. Развивалась и здравоохранительная инфраструктура: в 1919 г. в 24 губерниях страны насчитывалось 1 281 лечебное учреждение с общим числом больничных коек — 68 956 шт.; в 1920 г. — 1 889 лечебных учреждений и 125 297 койко-мест в них<sup>6</sup>. Организация и оказание медицинской помощи населению осуществлялись по территориально-участковому принципу, такого подхода придерживались и в царской России, когда за врачом закреплялась определённая территория, населению которой предоставлялось лечение.

Медицинская помощь оказывалась поэтапно; завершающий этап — закрепляющий положительный эффект от лечения — относился к восстановительной медицине и реализовывался преимущественно в условиях курортов (лечебных местностях), которые, вслед за больницами и амбулаториями, были объявлены государственной собственностью<sup>7</sup>. В 1919 г. в систему государственных санаторно-курортных учреждений входило всего 5 курортов (Старая Русса, Липецк, Сергиевские минеральные воды, Эльтон и Кашин) [16]. Однако уже в декабре 1920 г., после утверждения декрета «Об использовании Крыма для лечения трудящихся» и национализации крымских здравниц, курортная инфраструктура значительно расширилась (к концу зимы 1920 г. — 5000 коек, весной 1921 г. — 25 000 коек.) и стала использоваться для «...лечения и восстановления трудоспособности рабочих, крестьян и всех трудящихся всех Советских республик, а также для рабочих других стран, направляемых Международным советом профсоюзов»<sup>8</sup>.

Для реализации задач, связанных с сохранением общественного здоровья, требовались квалифицированные медицинские кадры. Кадровый вопрос был одной из самых острых проблем того времени, нехватка врачей наблюдалась практически во всех сферах здравоохранения<sup>9</sup>. С одной стороны, была высокая потребность в медицинском персонале, с другой, — со стороны государства был введён особый контроль за врачебной деятельностью. Такое решение

<sup>6</sup> Статистический ежегодник 1921 г. Вып. 2 (с присоединением некоторых сведений за 1922 г.). 1923. С. 77 // ГПИБ. URL: <http://elib.shpl.ru/ru/nodes/71455-t-8-vyp-4-statisticheskiy-ezhegodnik-1921-g-vyp-2-s-prisoedineniem-nekotoryh-svedeniy-za-1922-g-1923> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>7</sup> Декрет СНК о лечебных местностях общегосударственного значения. 04 апреля 1919 // Электронная библиотека исторических документов. URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/15539-4-aprelya-dekret-snk-o-lechebnyh-mestnostyah-obshchegosudarstvennogo-znacheniya> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>8</sup> Декрет СНК об использовании Крыма для лечения трудящихся. 21 декабря 1920. С. 60 // Электронная библиотека исторических документов. URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/12796> (дата обращения: 08.05.2025).

<sup>9</sup> XVI Всероссийский Съезд Советов (15–23 января 1935 г.). Стенографический отчёт: бюллетени. №№ 1–17. Постановления (С. 411–412) // ГПИБ. URL: [https://rusneb.ru/catalog/000202\\_000005\\_680455/](https://rusneb.ru/catalog/000202_000005_680455/) (дата обращения: 08.04.2025).

было связано с высоким спросом на врачебный труд, вызванным последствиями войн и эпидемий. Невозможность в тех условиях строго придерживаться формальностей, требовать документы при приёме врачей на службу, привела к тому, что в число врачей попало немалое количество самозванцев — в лучшем случае имевших незавершённое высшее или среднее медицинское образование, а в худшем — не имевших никакой медицинской подготовки. Например, в период с 1918 по 1920 год численность врачей, относящихся к гражданскому ведомству, увеличилась в 3 раза (с 3 637<sup>10</sup> до 10 095 человек<sup>11</sup>).

С целью систематизации данных о количестве и структуре врачебного состава в 1925 г. впервые был опубликован «Список медицинских врачей СССР» (по состоянию на 01.01.1924 г.)<sup>12</sup>. Этот документ направлялся во все Здравоотделы и должен был предоставляться всем гражданам для справок. Соответственно, заниматься врачебной деятельностью в пределах Союза ССР мог только врач, зарегистрированный в соответствующем Здравоотделе.

Помимо самих медицинских работников «в решение насущных здравоохранительных проблем» [17], в том числе связанных с повышением уровня гигиенической культуры, активно вовлекались сами граждане. Участие населения в санитарном просвещении (санпросвет-театры, дома санпросвета, санитарные выставки и агитпоезда и др.), «...оздоровлении городов и других населённых пунктов» (например, субботники по очистке улиц от грязи), а также массовая вакцинация населения против опасных болезней привели к тому, что к 1924 г. «санитарное состояние страны стало приходить в норму», инфекционная заболеваемость снизилась [8; 15]. Такая включённость и *солидарность* граждан в решении здравоохранительных задач могла быть как результатом пропаганды или принуждения со стороны власти, так и свидетельством добровольного *доверия, согласия и поддержки* проводимой властями политики. В доступных мемуарах нет свидетельств, подтверждающих факт принудительного участия населения в этих мероприятиях. Таким образом, в реализации общественного договора участвовали все его субъекты: советская власть, медицинская интеллигенция и общество в целом, что позволило к 1930 г. изменить ситуацию в стране [8] и перейти к решению новых здравоохранительных задач.

**Довоенный период (1930–1940 гг.) — масштабная реформа здравоохранения.** На фоне процессов индустриализации и коллективизации в стране началась масштабная реформа здравоохранения, которая, как и многие другие сферы, была подчинена целям пятилетних планов. Органы здравоохранения и медицинские работники были обязаны положить «во главу угла своей работы неуклонное повышение её качества, развёртывая на всех её участках социалистическое соревнование и ударничество»<sup>13</sup>. Как отмечалось, «для новой

<sup>10</sup> Статистический ежегодник 1918–1920 гг. Вып. 1. 1921. С. 86 // ГПИБ. URL: <http://elibr.shpl.ru/ru/nodes/71452-t-8-locale-nil-vyp-1-statisticheskii-ezhegodnik-1918-1920-gg-vyp-1-1921> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>11</sup> Статистический ежегодник 1921 г. Вып. 2 (с присоединением некоторых сведений за 1922 г.). 1923. С. 77 // ГПИБ. URL: <http://elibr.shpl.ru/ru/nodes/71455-t-8-vyp-4-statisticheskii-ezhegodnik-1921-g-vyp-2-s-prisoedineniem-nekotorykh-svedeniy-za-1922-g-1923> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>12</sup> Список медицинских врачей СССР (На 1 января 1924 года). М.: Наркомздрав, 1925. 827 с. URL: [https://rusneb.ru/catalog/000200\\_000018\\_pb00003482](https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_pb00003482) (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>13</sup> XVI Всероссийский Съезд Советов (15–23 января 1935 г.). Стенографический отчёт: бюллетени. №№ 1–17. Постановления // ГПИБ. URL: [https://rusneb.ru/catalog/000202\\_000005\\_680455/](https://rusneb.ru/catalog/000202_000005_680455/) (дата обращения: 08.04.2025).

советской медицины надо отказаться от болтовни и слов. Задачи выражаются контрольными цифрами пятилетки. Это программа боевых заданий в деле оздоровления трудящихся» [18].

Перед системой здравоохранения стояла задача переориентации всей деятельности — от борьбы с эпидемиями и лечения физических недугов жителей страны к удовлетворению интересов государства в социалистическом строительстве: возвращению «нового поколения рабочих, здоровых и жизнерадостных, способных поднять могущество Советской страны на должную высоту и защитить её грудь от покушений со стороны врагов» [19, с. 298].

Организация медицинского обслуживания становится максимально приближённой к рабочему месту трудящихся. Осуществлялась эта задача путём развёртывания лечебно-санитарной сети на предприятиях: по состоянию на январь 1936 г. насчитывалось 6 949 здравпунктов, число посещений которых составило 44 184,2 тыс. [20], а также прикрепления рабочих ведущих отраслей промышленности к лечебным учреждениям. При этом, в первую очередь речь шла о рабочих предприятий металлургической, угольной, химической и текстильной промышленности, которые вносили «наибольший вклад в развитие экономики страны». Объём предоставляемой медицинской помощи трудящимся напрямую зависел от размера прибыли и отчислений предприятий на медицинское страхование [21].

В этот период формируются основные службы советского здравоохранения, в том числе система охраны материнства и детства: женские консультации, детские консультации для детей до трёх лет и детские поликлиники, ориентированные на амбулаторное лечение детей старше трёх лет. Особое внимание уделялось женщинам-труженицам, имеющим малолетних детей. При направлении детей в ясли и дошкольные учреждения учитывалась сфера деятельности матери-труженицы: промышленность, транспорт и строительство, а также предприятия, где при значительном применении женской рабочей силы наблюдается текучесть кадров, связанная с недостаточным уровнем бытового обслуживания<sup>14</sup>.

Что касается вопросов охраны здоровья детского населения, то принимаемые меры со стороны государства «привели к заметному снижению младенческой смертности в России. К 1927 г. её коэффициент достиг 205 на 1000» [22, с. 48]. Однако в начале 1930-х годов на фоне голода и других негативных социально-экономических процессов, в стране зафиксирован рост младенческой смертности, пик которого пришёлся на 1933 г. (295,1 на 1000) [22]. Достичь положительной динамики удалось позже — в 1937-1939 гг.: из каждой тысячи новорождённых в возрасте до одного года умирал 171 ребёнок [23].

Во второй половине 1930-х гг. параллельно с положительными тенденциями (снижение младенческой смертности) в стране наблюдались негативные демографические явления, связанные со снижением рождаемости и ростом уровня материнской смертности. К середине 1930-х годов рождаемость была на уровне 35‰ [23, с. 58], что значительно ниже показателей 1927–1928 гг. (42,8‰). По мнению ряда авторов, это обусловлено падением уровня жизни, последствиями голода и другими факторами. Определённую роль сыграла и эмансипация

<sup>14</sup> О плане развёртывания в 1931 году сети яслей и дошкольных учреждений в РСФСР. Пост. СНК от 22 апреля 1931 г. // Электронная библиотека исторических документов. URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/393657-o-plane-razvertyvaniya-v-1931-godu-seti-yasley-i-doshkolnyh-uchrezhdeniy-v-rsfsr-post-snk-ot-22-aprelya-1931-g> (дата обращения: 08.04.2025).

женщин — рост грамотности, получение вознаграждения за свой труд независимо от мужа, в целом повышение роли женщины в строительстве нового государства, привели к «возрастанию неустойчивости семейно-брачных отношений. Одним из следствий неустойчивости семьи был резкий рост аборт» [23, с. 59]. Например, каждая сотая женщина, идущая на операцию по искусственному прерыванию беременности состояла в незарегистрированном браке<sup>15</sup>.

В этой связи советское правительство принимает ряд мер, направленных на сдерживание процессов ослабления семейных уз и падения рождаемости. В июне 1936 г. выходит Постановление ЦИК и СНК СССР<sup>16</sup>, запрещающее аборт по желанию женщины (кроме случаев угрозы жизни матери или тяжёлых наследственных заболеваний). Помимо репрессивных были приняты меры по поддержке женщин-матерей, с особым акцентом на тружениц (материальная помощь роженицам и многодетным матерям). Перед органами здравоохранения были поставлены задачи по расширению сети родильных домов, осуществляющих стационарную медицинскую помощь роженицам. К 1938 году планировалось создать в сельских больницах и колхозных роддомах по 6 тысяч родильных коек. По данным за 1936 год, в сельской местности было развёрнуто более 20 тысяч врачебных родильных коек (в больницах — 17 851, колхозных роддомах — 2 386) [20]. Кроме того, в Постановлении акцентировалась необходимость развития инфраструктуры, ориентированной на детей (детские сады, ясли, молочные кухни), и на подготовку соответствующего среднего медицинского персонала (акушерки, медицинские сёстры и т.д.)<sup>17</sup>.

Высокая потребность во врачебных кадрах оставалась одной из ключевых проблем государства. Для ускоренной подготовки специалистов ежегодно принимались нормативно-правовые акты, касающиеся как обучения, так и механизмов удержания кадров в сфере здравоохранения (размер заработной платы, льготы, пенсии и др.).

С целью скорейшего пополнения численности врачебного персонала с осени 1931 г. осуществлялась заочная подготовка врачей сроком обучения 4 года. Преимущественное право на зачисления имели представители пролетариата и крестьянства. Социальный и национальный состав принятых на учёбу учитывался в обязательном порядке. Для максимального вовлечения в медицинские учебные заведения учащихся из национальных меньшинств открывали специальные подготовительные отделения, а также организовывали национальные группы при рабфаках, в которых велось преподавание на соответствующих языках<sup>18</sup>. В 1931 г. Наркомздрав рекомендовал принять в вузы не менее 60% (в от-

<sup>15</sup>Труды III Всесоюзного съезда по охране материнства и младенчества, Москва, 1-7 декабря 1925 года. М.: Охрана материнства и младенчества, 1926. С. 85 // ГПИБ. URL: <http://elible.shpl.ru/ru/nodes/60679> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>16</sup>Постановление Центрального Исполнительного Комитета и Совета Народных Комиссаров. О запрещении абортов, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатёж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о роддомах. 27 июня 1936 г. № 65/1134(1) // Электронная библиотека исторических документов. URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/400482-postanovlenie-tsentralnogo-ispolnitelnogo-komiteta-i-soveta-narodnyh-komissarov-o-zapreschenii-abortov-uvlichenii-materialnoy-pomoschi-rozhenitsam-ustanovlenii-gosudarstvennoy-pomoschi-mnogosemeynym-rasshirenii-seti-rodilnyh-domov-detskih-yasley-i-d> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>17</sup>Там же.

<sup>18</sup>По докладу Наркомздрава о подготовке медицинских кадров. Пост. СНК от 22 августа 1931 г. // Электронная библиотека исторических документов. URL: <https://docs.historyrussia.org/ru/nodes/391947> (дата обращения: 08.04.2025).

дельных документах встречается цифра 75%) рабочих и крестьян [24]. При этом подавляющее большинство таких студентов не имели начального или среднего образования.

Получение медицинского образования для большинства студентов служило социальным лифтом, открывало перспективы новой жизни. И несмотря на то, что советское правительство стремилось «создать и воспитать тип врача — друга и помощника трудящегося, знающего чуткого и заботливого, ненавистника каст и предрассудков»<sup>19</sup>, качество подготовки врачей было на крайне низком уровне. По данным ряда авторов [21] это обернулось беспрецедентным ростом ошибок в диагностике и лечении, пугающими результатами так называемого «хирургического хулиганства». Поэтому нередко врачей не судили за врачебные ошибки (даже за гибель пациента), а отправляли доучиваться.

Образовательный эксперимент с заочной подготовкой врачей в начале 1930-х годов был признан неудачным. Тем не менее, такой формат обучения позволил подготовить огромное количество медицинских работников, которые в последствии сыграли решающую роль в спасении сотен тысяч жизней советских людей на фронте и в тылу в годы Великой Отечественной войны. К концу 1940 г. в системе здравоохранения страны работало не менее 82,2 тыс. специалистов с высшим образованием и 299,1 тыс. сотрудников со средним медицинским образованием<sup>20</sup>.

Помимо профессиональных медицинских работников население также привлекалось к решению задач охраны здоровья. Рабочие и колхозники через свои общественные организации должны были способствовать улучшению условий труда и быта. С этой целью на предприятиях при социально-бытовых группах фабзавкомов формировались группы содействия здравоохранению — добровольцы, обычно являющиеся активом предприятия. В свою очередь на сельских территориях организовывались Здравячейки при культурно-бытовых комиссиях колхозов, в состав которых входили все желающие члены колхоза, а также обслуживающий их медицинский персонал<sup>21</sup>. Значительную роль в санитарном просвещении населения продолжали играть Дома санитарного просвещения, работа которых «в гораздо большей мере, чем раньше, отражала связь между вопросами медицинскими и задачами общехозяйственными, культурными»<sup>22</sup>. Среди наиболее популярных форм привлечения населения к здравоохранительной работе были «санкультаходы» и «санкультэстафеты», позволявшие привести в должное санитарное состояние различные объекты. На селе организация санитарно-просветительской работы была направлена на оздоровление условий быта и благоустройство села силами жителей, а также пропаганду гигиены

<sup>19</sup> XVI Всероссийский Съезд Советов (15–23 января 1935 г.). Стенографический отчет: бюллетени. №№1-17. Постановления (С. 411–412) // ГПИБ. URL: [https://rusneb.ru/catalog/000202\\_000005\\_680455/](https://rusneb.ru/catalog/000202_000005_680455/) (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>20</sup> Здравоохранение в Союзе ССР (Статистический справочник) // Под ред. А. М. Меркова. Рига, 1946. URL: <https://istmat.org/node/33608> (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>21</sup> XVI Всероссийский Съезд Советов (15–23 января 1935 г.). Стенографический отчет: бюллетени. №№1-17. Постановления // ГПИБ. URL: [https://rusneb.ru/catalog/000202\\_000005\\_680455/](https://rusneb.ru/catalog/000202_000005_680455/) (дата обращения: 08.04.2025).

<sup>22</sup> Организация и развитие сети домов санитарного просвещения в СССР // «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора. URL: <https://cgon.rosпотребнадзор.ru/istoriya/istoriya-sanitarnogo-prosveshcheniya/stanovlenie-i-razvitiye-sanitarnogo-prosveshcheniya-v-rossii-/organizatsiya-i-razvitiye-seti-domov-sanitarnogo-prosveshcheniya-v-sssr/> (дата обращения: 08.04.2025).

сельскохозяйственного труда и снижение травматизма среди колхозников, рабочих совхозов и МТС<sup>23</sup>.

Однако, несмотря на кажущийся успех проводимой политики в сфере охраны здоровья, многие её направления носили декларативный характер. Реформы здравоохранения проходили достаточно трудно, нормативы, установленные партийными и медицинскими чиновниками и управленцами, зачастую не выполнялись. Статистические данные и официальные отчёты часто расходились с реальной жизнью, например, до сих пор ведутся дискуссии о численности населения страны в те годы.

**Выводы.** Советский опыт становления и развития общественного договора в сфере охраны здоровья населения показывает, что при осуществлении грамотной здравоохранительной политики, создании условий для её реализации, возможен консенсус между государством и населением. Поддержка населением здравоохранительной политики советской власти, активное участие в её реализации позволили за короткий промежуток времени не только повысить уровень гигиенической культуры в стране, но и взять под контроль серьёзные инфекционные заболевания. Предпринятые со стороны государства усилия по формированию разветвлённой сети медицинских учреждений по всей стране, бесплатная подготовка и переподготовка медицинских кадров, позволили в будущем гарантировать получение бесплатного и доступного медицинского обслуживания для всех граждан.

### Библиографический список

1. Полякова О. Б., Бонкало Т. И. Общественное здоровье : дайджест. М. : НИИОЗММ ДЗМ, 2024. 48 с. EDN [UZYPSW](#).
2. Тощенко Ж. Т. Общественный договор в российском исполнении: реальность и уроки // Вестник РГГУ. Серия: Философия. Социология. Искусствоведение. 2023. № 3-2. С. 168–183. DOI [10.28995/2073-6401-2023-3-168-183](#). EDN [QMUUBE](#).
3. Zubov B. B. Общественный договор: история и современность // Социально-политические науки. 2023. Т. 13, № 6. С. 31–40. DOI [10.33693/2223-0092-2023-13-6-31-40](#). EDN [AFFODE](#).
4. Тощенко Ж. Т. Общественный договор: эволюция идей // Россия реформирующаяся. 2023. № 21. С. 98–121. DOI [10.19181/ezheg.2023.4](#). EDN [WOSWAH](#).
5. Зайцева А. А. Состояние и перспективы общественного договора в России: оценка экспертов // Социальные процессы в современном российском обществе: признаки и тенденции развития : Материалы IX Всероссийской научной конференции (Иркутск, 18–19 апреля 2025). Иркутск : Иркутский государственный университет, 2025. С. 44–49. EDN [FPNAHP](#).
6. Воробьева И. В. Теория общественного договора и его отражение в общественном и политическом пространстве России // Наука. Культура. Общество. 2025. Т. 31, № 1. С. 26–35. DOI [10.19181/nko.2025.31.1.2](#). EDN [OODXWI](#).
7. Буланова М. Б. Социальный потенциал российского учительства и проблемы его реализации // Наука. Культура. Общество. 2025. Т. 31, № 1. С. 50–58. DOI [10.19181/nko.2025.31.1.4](#). EDN [DLFYVS](#).
8. Белова Н. И. Охрана здоровья населения в первые годы советской власти // Общественный договор: формы участия интеллигенции в его реализации в России : сб. науч. ст. XXV Международной теоретико-методологической конференции (Москва, 09 апреля 2024). Москва : РГГУ, 2024. С. 209–218. EDN [BTZLJU](#).
9. Перхов В. И., Песенникова Е. В. Коммерциализация общественного здравоохранения и «новый общественный договор» // Современные проблемы здравоохранения

<sup>23</sup> Санитарное просвещение в России в период 1930–1941 гг. // «Центр гигиенического образования населения» Роспотребнадзора. URL: <https://cgon.rosпотребнадзор.ru/istoriya/istoriya-sanitarnogo-prosveshcheniya/stanovlenie-i-razvitiye-sanitarnogo-prosveshcheniya-v-rossii-/sanitarnoe-prosveshchenie-v-rossii-v-period-1930-1941gg/> (дата обращения: 08.04.2025).

- и медицинской статистики. 2021. № 1. С. 208–221. DOI [10.24411/2312-2935-2021-00013](https://doi.org/10.24411/2312-2935-2021-00013). EDN [TTJFHZ](https://www.edn.ru/TTJFHZ).
10. *Зикунова И. В.* Пандемийный шок: методологическое объяснение и новый общественный договор // Власть и управление на Востоке России. 2021. № 3(96). С. 45–52. DOI [10.22394/1818-4049-2021-96-3-45-52](https://doi.org/10.22394/1818-4049-2021-96-3-45-52). EDN [NSQNEC](https://www.edn.ru/NSQNEC).
  11. *Хрычкова А. С., Смелова С. В.* Правовые аспекты социальной защиты общественного здоровья в Российской Федерации // Образование. Наука. Научные кадры. 2024. № 2. С. 82–85. DOI [10.24412/2073-3305-2024-2-82-85](https://doi.org/10.24412/2073-3305-2024-2-82-85). EDN [KDGGSK](https://www.edn.ru/KDGGSK).
  12. Как живешь, Россия? : Экспресс-информация. 54 этап социологического мониторинга, апрель 2024 года / В. К. Левашов, Н. М. Великая, И. С. Шушпанова [и др.]. М. : ФНИСЦ РАН, 2024. 89 с. DOI [10.19181/monogr.978-5-89697-429-1.2024](https://doi.org/10.19181/monogr.978-5-89697-429-1.2024). EDN [INPEEV](https://www.edn.ru/INPEEV).
  13. *Митерев Г. А.* Народное здравоохранение за 25 лет советской власти // Гигиена и санитария. 1942. № 11-12. С. 1–10.
  14. *Крутиков В. А., Михайлов Н. Г.* Вклад А. Н. Сысина в создание теоретических и практических основ санитарного дела в СССР // Гигиена и санитария. 1974. № 9. С. 45–48.
  15. *Семашко Н. А.* Первые шаги Наркомздрава // Гигиена и санитария. 1948. № 8. С. 3–7.
  16. Санаторно-курортное лечение: роль в укреплении здоровья и профилактике заболеваний у детей в России / К. И. Григорьев, М. А. Хан, Е. Е. Петрайкина, О. Ф. Выхристюк // Лечебное дело. 2024. № 3. С. 119–128. DOI [10.24412/2071-5315-2024-13179](https://doi.org/10.24412/2071-5315-2024-13179). EDN [CTFLLO](https://www.edn.ru/CTFLLO).
  17. *Проппер-Гращенков Н. И.* 20 лет советского здравоохранения // Гигиена и санитария. 1938. № 7-8. С. 7–15.
  18. *Владимирский М. Ф.* Очередные задачи здравоохранения М. : Госмедиздат, 1930. 32 с.
  19. *Сталин И. В.* Политический отчет Центрального комитета XVI Съезду ВКП(б) 27 июня 1930 г. М. : Политиздат, 1950. 304 с.
  20. Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР : статистический сборник / Под ред. И. А. Краваля. М. : Ред.-изд. упр. ЦУНХУ Госплана СССР и В/О «Союзоргучет», 1936. 221 с.
  21. *Затравкин С. Н., Вишленкова Е. А., Шерстнева Е. В.* «Коренной перелом»: довоенная реформа советского здравоохранения // Quaestio Rossica. 2020. Т. 8, № 2. С. 652–666. DOI [10.15826/qr.2020.2.486](https://doi.org/10.15826/qr.2020.2.486). EDN [TJVLVN](https://www.edn.ru/TJVLVN).
  22. *Кваша Е. А.* Младенческая смертность в России в XX веке // Социологические исследования. 2003. № 6(230). С. 47–55. EDN [OOOTRB](https://www.edn.ru/OOOTRB).
  23. *Нефедов С. А.* Аграрные и демографические итоги сталинской коллективизации. Тамбов : ТГУ им. Г.Р. Державина, 2013. 281 с. EDN [RVEBCJ](https://www.edn.ru/RVEBCJ).
  24. *Есауленко И. Э., Маркова С. В.* Из истории заочной подготовки врачей // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. Т. 25, № 3. С. 190–192. DOI [10.18821/0869-866X-2017-25-3-190-192](https://doi.org/10.18821/0869-866X-2017-25-3-190-192). EDN [WTDIEB](https://www.edn.ru/WTDIEB).

Поступила: 12.04.2025. Доработана: 26.05.2025. Принята: 30.05.2025.

#### **Сведения об авторе:**

**Белова Наталья Ильинична**, кандидат социологических наук, доцент, заведующая кафедрой прикладной социологии, Российский государственный гуманитарный университет, Москва, Россия.

[n.i.belova@mail.ru](mailto:n.i.belova@mail.ru)

Author ID РИНЦ: [501479](https://elibrary.ru/501479); ORCID: [0000-0002-0336-7145](https://orcid.org/0000-0002-0336-7145)

N. I. Belova<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Russian State University for the Humanities. Moscow, Russia

## SOCIAL CONTRACT IN THE SPHERE OF HEALTHCARE FOR SOVIET CITIZENS (1917–1940)

**Abstract.** The article considers two historical periods of time, during which significant changes were observed in the basic principles of the organization of the state health policy. The state began to form the prototype of the modern health care system in the first years of Soviet power, immediately after the October Revolution. The initial period (1917–1929) of institutional development of the public health sector is associated with the creation of a central government body — the People's Commissariat of Health, whose efforts were aimed at nationalization and centralization of health care, development of medical infrastructure, training of doctors and other medical workers, as well as the organization of health education work with the involvement of the population in its implementation. Having assumed the responsibility for providing each citizen with free and qualified medical care, the state began to implement its plans in fairly difficult socio-economic and political conditions. In a fairly short period of time, infectious diseases were virtually eliminated in the country and the level of socially significant diseases was reduced. The second historical period — pre-war (1930–1940), is characterized by large-scale reforms of Soviet health care. The tasks facing the sphere were associated with the interests and plans of the state in socialist construction. Health protection was mainly focused on the working population, medical care became as close as possible to the workplace, medical and preventive institutions were created at enterprises. During the years of the first five-year plans, the main services of Soviet health care were formed, including the protection of motherhood and childhood, the sanitary and epidemiological service, etc. The activities of the Institute of Health were assessed quite highly. The development of the public health care system became one of the priority areas of social transformation at that time.

**Keywords:** public health, health of the population, health policy, health care, social contract

**For citation:** Belova N. I. Social contract in the sphere of healthcare for soviet citizens (1917–1940). *Science. Culture. Society*. 2025;31(2):75–86. (In Russ.). <https://doi.org/10.19181/nko.2021.31.2.6>

**Acknowledgements:** This work is supported by the Russian Science Foundation, project 23-18-00093 “The fate of the social contract in Russia: the evolution of ideas and lessons of implementation”, <https://rscf.ru/en/project/23-18-00093/>

### References

1. Polyakova O. B., Bonkalo T. I. Public Health: Digest. Moscow: NIIOZMM DZM; 2024. (In Russ.).
2. Toshchenko Zh. T. Social contract in Russian version: reality and lessons. *RSUH/RGGU Bulletin. “Philosophy. Sociology. Art Studies” Series*. 2023;(3-2):168–183. (In Russ.). DOI [10.28995/2073-6401-2023-3-168-183](https://doi.org/10.28995/2073-6401-2023-3-168-183).
3. Zubov V. V. The Social Contract: History and Modernity. *Sociopolitical Sciences*. 2023;13(6):31–40. (In Russ.). DOI [10.33693/2223-0092-2023-13-6-31-40](https://doi.org/10.33693/2223-0092-2023-13-6-31-40).
4. Toshchenko Zh. T. Social contract: evolution of ideas. *Rossiia reformiruyushchayasya*. 2023;(21): 98–121. (In Russ.). DOI [10.19181/ezheg.2023.4](https://doi.org/10.19181/ezheg.2023.4).
5. Zaitseva A. A. The state and prospects of the social contract in Russia: expert assessment. Social processes in modern Russian society: signs and development trends: Proceedings of the IX All-Russian scientific conference (Irkutsk, April 18–19, 2025). Irkutsk: Irkutsk State University; 2025. (In Russ.).
6. Vorobyova I. V. The theory of the social compact and its reflection in the public and political space of Russia. *Science. Culture. Society*. 2025;31(1):26–35. (In Russ.). DOI [10.19181/nko.2025.31.1.2](https://doi.org/10.19181/nko.2025.31.1.2).
7. Bulanova M. B. Social potential of Russian teachers and problems of its realisation. *Science. Culture. Society*. 2025;31(1):50–58. (In Russ.). DOI [10.19181/nko.2025.31.1.4](https://doi.org/10.19181/nko.2025.31.1.4).
8. Belova N. I. Public health protection in the first years of Soviet power. Social contract: forms of participation of the intelligentsia in its implementation in Russia: col. of scient.

- art. of the XXV International Theoretical and Methodological Conference (Moscow, April 09, 2024). Moscow: RSUH; 2024. P. 209–218. (In Russ.).
9. Perkhov V. I., Pesennikova E. V. Commercialization of public health care and “new social contract”. *Current problems of health care and medical statistics*. 2021;(1):208–221. (In Russ.). DOI [10.24411/2312-2935-2021-00013](https://doi.org/10.24411/2312-2935-2021-00013).
  10. Zikunova I. V. Pandemic Shock: Methodological Explanation and New Public Contract. *Power and Administration in the East of Russia*. 2021;(3):45–52. (In Russ.). DOI [10.22394/1818-4049-2021-96-3-45-52](https://doi.org/10.22394/1818-4049-2021-96-3-45-52).
  11. Khrychikova A. S., Smelova S. V. Legal aspects of social protection of public health in the Russian Federation. *Obrazovanie. Nauka. Nauchnye kadry*. 2024;(2):82–85. (In Russ.). DOI [10.24412/2073-3305-2024-2-82-85](https://doi.org/10.24412/2073-3305-2024-2-82-85).
  12. Levashov V. K., Velikaya N. M., Shushpanova I. S. [et al.] How are you, Russia? Express information 54th stage of the sociological monitoring, April 2024 Moscow: FCTAS RAS; 2024. (In Russ.). DOI [10.19181/monogr.978-5-89697-429-1.2024](https://doi.org/10.19181/monogr.978-5-89697-429-1.2024).
  13. Miterev G. A. Public Health in 25 Years of Soviet Power. *Hygiene and Sanitation*. 1942;(11-12):1–10. (In Russ.).
  14. Krutikov V. A., Mikhailov N. G. Contribution of A.N. Sysin in the creation of theoretical and practical foundations of sanitary affairs in the USSR. *Hygiene and Sanitation*. 1974;(9):45–48. (In Russ.).
  15. Semashko N. A. The First Steps of the People's Commissariat of Health. *Hygiene and Sanitation*. 1948;(8):3–7. (In Russ.).
  16. Grigoriev K. I., Khan M. A., Petryaikina E. E., Vykhrystyuk O. F. Health resort treatment: role in promoting health and preventing childhood diseases in Russia. *Lechebnoe delo*. 2024;(3):119–128. (In Russ.). DOI [10.24412/2071-5315-2024-13179](https://doi.org/10.24412/2071-5315-2024-13179).
  17. Propper-Grashchenkov N. I. 20 years of Soviet health care. *Hygiene and Sanitation*. 1938;(7-8):7–15. (In Russ.).
  18. Vladimirsky M. F. The next tasks of health care. Moscow: Gosmedizdat; 1930. (In Russ.).
  19. Stalin I. V. Political report of the Central Committee to the XVI Congress of the VKP(B), June 27, 1930. Moscow: Politizdat; 1950. (In Russ.).
  20. Kraval I. A. (ed.) Health and healthcare of workers of the USSR: Statistical digest. Moscow: Red.-izd. upr. TsUNKhU Gosplana SSSR i V/O «Soyuzorguchet»; 1936. (In Russ.).
  21. Zatravkin S. N., Vishlenkova E. A., Sherstneva E. V. “A Radical Turn”: The Reform of the Soviet System of Public Healthcare. *Quaestio Rossica*. 2020;8(2):652–666. (In Russ.). DOI [10.15826/qr.2020.2.486](https://doi.org/10.15826/qr.2020.2.486).
  22. Kvasha E. A. Infant mortality in XX century Russia. *Sociological Studies*. 2003;(6):47–55. (In Russ.).
  23. Nefedov S. A. Agrarian and demographic results of Stalin's collectivization. Tambov: TGU im. G.R. Derzhavina; 2013. (In Russ.).
  24. Esaulenko I. E., Markova S. V. From history of correspondence training of physicians. *Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine*. 2017;25(3):190–192. (In Russ.). DOI [10.18821/0869-866X-2017-25-3-190-192](https://doi.org/10.18821/0869-866X-2017-25-3-190-192).

Received: 12.04.2025. Corrected: 26.05.2025. Accepted: 30.05.2025.

#### **Author information:**

**Natalia I. Belova**, Candidate of Sociology, Associate Professor, Head of Department of Applied Sociology, Russian State University for the Humanities. Moscow, Russia.

[n.i.belova@mail.ru](mailto:n.i.belova@mail.ru)

ORCID: [0000-0002-0336-7145](https://orcid.org/0000-0002-0336-7145)