

УДК 351.77311

DOI: 10.28995/2073-6304-2020-2-115-129

Охрана здоровья гражданского населения в период Великой Отечественной войны: историко-правовой аспект

Станислав В. Тимофеев

*Российский государственный гуманитарный университет
Москва, Россия, stimofoev2006@yandex.ru*

Ирина В. Воробьева

*Российский государственный гуманитарный университет
Москва, Россия, ir.vik@mail.ru*

Аннотация. В настоящее время в отечественной историко-юридической литературе существуют различные подходы к изучению деятельности Советского государства в годы Великой Отечественной войны. Война 1941–1945 гг. явилась одним из наиболее значимых событий в истории российского государства, до сих пор влияющим на демографические процессы в России и на развитие государства в целом. Этому периоду посвящены сотни научных и публицистических работ. Хорошо изучены вопросы деятельности государственных органов по организации отпора врагу на фронтах, работы в тылу в различных отраслях промышленности и сельского хозяйства, деятельности в области международных отношений, культуры. Однако все еще недостаточно изучены проблемы охраны здоровья, воспроизводства и естественного движения населения, особенно в региональном аспекте, там, где часть населения находилась под оккупацией. Авторы статьи поставили задачу раскрыть роль государства и правовые механизмы реализации комплекса мер по охране здоровья гражданского населения и влияния их на демографические процессы в годы войны.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское обеспечение, гражданское население, Великая Отечественная война, демография, воспроизводство населения, защита материнства и детства

Для цитирования: Тимофеев С.В., Воробьева И.В. Охрана здоровья гражданского населения в период Великой Отечественной войны: историко-правовой аспект // Вестник РГГУ. Серия «Экономика. Управление. Право». 2020. № 2. С. 115–129. DOI: 10.28995/2073-6304-2020-2-115-129

Civilians health protection during the Great Patriotic War. The historical and legal aspect

Stanislav V. Timofeev

*Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia
stimofeev2006@yandex.ru*

Irina V. Vorob'eva

*Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia
ir.vik@mail.ru*

Abstract. Currently, there are various approaches to studying the activities of the Soviet state during the Great Patriotic War in the Soviet and Russian historical and legal literature. The War of 1941–1945 was one of the most significant events in the history of Russia, still affecting the demographic processes in the country and its development in general. Hundreds of scientific and journalistic works are devoted to that period. The issues of the activities of state bodies in organizing the resistance to enemy at fronts, the work in the rear in various industries and agriculture, and activities in the field of international relations and culture have been well studied. However, the issues of protecting health, reproduction and natural movement of the population have yet not been studied enough, especially in the aspect of regions, where a big part of the population was under occupation. The authors of the article put up a task to reveal the role of the state and legal mechanisms for implementing a set of measures to protect the health of civilians and to impact on demographic processes during the war years.

Keywords: health care, medical support, civilian population, Great Patriotic War, demography, population reproduction, the mother and child protection

For citation: Timofeev, S.V. and Vorob'eva, I.V. (2020), "Protection of the health of civilians during the Great Patriotic War. The historical and legal aspect", *RSUH / RGGU Bulletin. "Economics. Management. Law" Series*, no 2, pp. 115-129, DOI: 10.28995/2073-6304-2020-2-115-129

Политика государства в отношении гражданского населения в годы Великой отечественной войны содержала целый ряд правовых актов, направленных на охрану здоровья и выравнивания, нарушенных войной демографических процессов в сфере воспроизводства и механического движения населения. Эта политика имела колоссальное значение, так как война явилась страшным народным бедствием, разделившим по гендерному признаку все население страны: огромная часть мужского населения была мобилизована в армию, а женская часть в массе своей оставалась в тылу и обеспечивала всем необходимым фронт. Изменилась половозрастная

структура населения, вынужденная миграция обусловила разрыв семейных и родственных связей. Естественно, упала рождаемость, а вместе с высокими показателями смертности это способствовало формированию демографического провала, который дает знать о себе вплоть до настоящего времени.

В годы войны страна потеряла около 27 миллионов человек. Только к 1955 г. численность населения сравнялась с уровнем довоенного 1940 г. Рождаемость до войны составляла 31,2 в расчете на тысячу человек. В 1943 г. она упала во многих регионах до 30% от довоенного уровня, в Ленинграде в 1943 г. – до нуля¹.

Смертность населения начала расти с первых месяцев войны, особенно высокой она была в оккупированных районах, где самой массовой причиной смертности стал голод.

В военные годы в сфере здоровья гражданского населения правовая политика государства характеризуется следующими направлениями:

- 1) охрана здоровья детей и подростков;
- 2) охрана здоровья матерей;
- 3) охрана здоровья работников тыла.

Статистика свидетельствует о том, что было уничтожено и разрушено, практически полностью пришло в негодность 6 000 поликлиник, диспансеров и амбулаторий, ощущалась острая нехватка койко-мест и медицинских работников, которые бы оказывали медицинскую помощь гражданскому населению [Будко, Грибовская 2001]. Медицинская сфера нуждалась в особой поддержке со стороны государства. Именно поэтому проведение государственной политики в сфере здравоохранения гражданского населения было стратегически важным направлением, ведь именно работники тыла обеспечивали функционирование производственных предприятий, в том числе оборонных.

В медицинских учреждениях количество коечного фонда в 1941 г. сократилось на 20%, количество машин скорой помощи сократилось на 75%. Наиболее существенной была потеря коек для туберкулезных больных. В 1943 г. в СССР насчитывалось 361 302 койки, их них: в родильных домах 30 146, для туберкулезных больных – 25 998, в инфекционных отделениях – 68 051 [Будко, Грибовская 2001].

В условиях острой нехватки койко-мест под палаты были оборудованы спортивные и актовые залы в учебных заведениях, однако этого было недостаточно. Отсутствие надлежащих условий для

¹ Народное хозяйство СССР в 1969 году: Стат. Ежегодник. М., 1969. С. 7; Историческая география СССР. М., 1973. С. 280.

стационарного лечения и оперирования давало о себе знать: повысилось число осложнений и смертей среди гражданского населения.

Война существенно повлияла на устройство и работу поликлиник. До 1941 г. поликлиники функционировали по участковому принципу, который представлял собой деление всей подведомственной поликлинике территории на участки, обслуживаемые участковым врачом. Однако с началом войны эта система перестала работать в связи с мобилизацией медицинского персонала. Восстановление данного принципа путем укрупнения участков стало возможным только в 1943 г.

В годы войны стало затруднительно осуществлять медицинское обслуживание по месту жительства, на вызовы пациенты часто получали отказы, а качество медицинской помощи держалось на довольно-таки низком уровне². Как правило, врач посещал больных через 5–7 дней после того, как поступил вызов на дом, проверка их состояния проводилась нерегулярно, посещение больных, находящихся в критической стадии заболевания, проводилась позднее необходимого. Тем не менее было бы несправедливо говорить о том, что врачи и медицинские сестры выполняли свои обязанности ненадлежащим образом, но в силу того что в первые месяцы войны необходимо было снабдить бойцов фронта медперсоналом, штат гражданских медиков резко сократился, а число нуждающихся в оказании медицинской помощи резко возросло.

Таким образом, с началом войны все силы государства были брошены на оборонные мероприятия, в том числе обеспечение бойцов на фронте медицинской помощью. Поэтому в 1941 г. уровень медицинского обслуживания заметно снизился, повысилась смертность гражданского населения.

Кроме того, в связи с необходимостью быстрого реагирования на вызовы военного времени, на производстве недостаточное внимание стало уделяться соблюдению работниками санитарных правил и норм, что также существенно повлияло на здоровье трудящихся. Так, в частности, массовый характер приобрели случаи желудочно-кишечных заболеваний и ОРЗ.

Заболеваемость на предприятиях, на оборонных в том числе, в первый год Великой Отечественной войны значительно выросла по сравнению с довоенным временем. На заводах рабочие места могли пустовать по 2–4 недели, а на отдельных участках случались и более длительные простои, что негативно сказывалось на результативности производства. На столь высокий уровень заболеваемости на производстве влияло низкое качество и количество питания

² Ведомости Верховного Совета СССР. 1942. № 5.

в заводских столовых, дефицит витаминов, ненадлежащее санитарное состояние пищеблоков, неукомплектованность заводских здравпунктов и нехватка медицинского персонала. Нередко в здравпункте завода из числа всех штатных должностей медицинских работников была фактически занята только треть. Колоссальная загруженность медицинских работников негативно сказывалась на качестве их работы и дальнейшем распространении болезней³.

Жизнь и здоровье работников тыла, на наш взгляд, подвергались не меньшей опасности, чем жизнь и здоровье бойцов на фронте, несмотря на то что опасность эта порождалась иными факторами. Кроме того, опасность повсеместного ухудшения состояния здоровья работников тыла заключалась в снижении производительности труда оборонной промышленности.

В стремлении не допустить снижения производственных мощностей в сентябре 1941 г. была установлена новая норма выдачи хлебного пайка для рабочих оборонных предприятий и их семей. Так началась реализация комплекса мер, которые давали видимый результат в ходе войны.

29 июля 1942 г. был издан приказ Наркомздрава СССР № 393 «О создании медсанчастей на крупных предприятиях оборонного значения»⁴. Согласно данному приказу, на каждом предприятии оборонной промышленности необходимо было в недельный срок организовать медсанчасть и обеспечить ее медицинскими работниками и инспекторами по медсанобслуживанию, а также обеспечить своевременную поставку медицинского инвентаря и медикаментов.

В марте 1943 г. было проведено специальное заседание Коллегии Наркомздрава СССР, на котором особое внимание было уделено вопросам заболеваемости работников угольной промышленности и мерах по ее снижению.

Наблюдался крайне низкий уровень оказания медицинской помощи в поликлиниках, и в целях решения данной проблемы было издано Постановление № 177 (Д) от 3 марта 1944 г. «Об улучшении медицинского обслуживания населения» [Митрофанова 1960].

Следом за ним, 31 марта 1944 г., был издан приказ Наркомздрава СССР № 28 «По улучшению качества медицинского обслуживания населения через больнично-поликлиническую сеть». Согласно этим приказам, на главных врачей поликлиник и больниц возлагалась обязанность по сдаче отчетности о состоянии здоровья населения. Такие меры усилили ответственность главных врачей за работу поликлиник, и, как следствие, уровень оказания медицин-

³ Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. М., 1967. С. 57.

⁴ Там же.

ской помощи постепенно стал повышаться. Кроме того, данным приказом устанавливался запрет на задействие врачей узких специальностей на иных работах.

Произошла перепрофилизация больниц, особое внимание было уделено открытию инфекционных, туберкулезных диспансеров, а также отделений для страдающих заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В это же время больницам и поликлиникам стало выделяться новое оборудование, медикаменты в большем объеме, тогда же начали вводить новые методы лечения. Эти нововведения существенно повлияли на улучшение состояния здоровья работников тыла.

С самого начала войны Наркомздравом СССР были приняты превентивные меры по недопущению массового авитаминоза, а именно, было налажено производство сухого концентрата витамина С из хвои в форме таблеток (к 1943 г. было выпущено 25 тонн в таблетках сухого концентрата витамина С). Рост заболеваемости послужил поводом для отпуска из аптек ряда наиболее востребованных препаратов без рецепта.

Приоритетным направлением государственной политики была охрана материнства и детства, поскольку с началом войны уровень оказания медицинской помощи в сфере акушерства и гинекологии существенно снизился. Проблема эта была порождена в первую очередь нехваткой врачей, которые были отправлены на фронт. Также свою роль сыграло непригодное состояние родильных домов, как разрушенных в ходе бомбардировок, так и переоборудованных в госпитали для эвакуированных и здания для военных нужд.

Женщины в годы войны, когда мужчины были на фронте, трудились на тяжелых работах в условиях недостатка отдыха, питания и постоянной психологической напряженности. Все это не могло не повлиять на рождаемость, она существенно снизилась, возросло количество недоношенных детей и детская смертность.

Рассмотрим для примера характеристику воспроизводства населения Московской области в 1941–1945 гг. Определение численности населения в этот период является чрезвычайно сложной задачей. В мирное время ежегодная статистика складывалась из данных последней переписи, в которую вносились ежегодные поправки. Война изменила все методики.

Со второй половины 1941 по вторую половину 1942 г. никакого учета населения не было. В соответствии с распоряжением Правительства СССР сельское население учитывалось органами статистики по данным похозяйственных книг сельских советов по состоянию на 1 января 1943 г., 1944 и 1945 гг. Городское население определялось самым надежным способом – по количеству выдан-

ных продовольственных карточек. Опираясь на имеющуюся статистику, рассмотрим вопросы рождаемости, брачности и разводимости, производства аборт, обеспечения детей яслями и детскими садами, смертности и естественного прироста, что и составляет естественное движение населения в этот период.

Коэффициенты рождаемости, т. е. число рождений на 1000 человек, в городах Московской области были: в 1940 г. – 36,2; в 1942 г. – 18,2; в 1943 г. – 8,5; в 1945 г. – 19,2; в сельской местности в 1940 г. – 32,6; в 1942 г. – 20,0; в 1943 г. – 9,3; в 1945 г. – 16,3⁵.

Мы видим, что сокращение рождаемости шло вплоть до 1943 г., когда она сократилась по отношению к 1940 г. в три раза, и начала повышаться в 1945 г., когда достигла половины от 1940 г. Увеличение рождаемости связано с прибытием в конце войны из госпиталей на отдых по месту жительства выздоравливающих раненых, а также повышением в 1944 г. общего тонуса жизни населения.

В связи с падением рождаемости особое внимание правоохранительными органами уделялось выявлению в период войны криминальных абортов, которые были запрещены и разрешались только по заключению врачебной комиссии. В 1945 г. в области всего было сделано абортов 12 108, из них по заключению врачебной комиссии 1225, криминальных 1135, передано дел в прокуратуру 744⁶.

Интересны данные о половой структуре родившихся. На сто девочек в 1940 г. родилось 104,2 мальчика, в 1943 г. 107,2 мальчика. Здесь зафиксирована странная, но реальная тенденция увеличения числа рождений мальчиков в годы военных действий⁷.

Уровень рождаемости связан с числом заключаемых браков и совершаемых разводов. Количество браков ежегодно увеличивалось: большинство мужчин вступали в брак в 25-летнем возрасте, женщины – в 20-летнем. За первое полугодие 1944 г. было зарегистрировано 10 192 брака, за то же полугодие 1943 г. только 5329. В 1942 г. развелись 4 пары, в 1943 г. – 7 пар на 10 000 населения.

8 июля 1944 г. был принят Указ Президиума Верховного Совета СССР, значительно усложнивший систему разводов. В результате было зарегистрировано разводов в январе-июле 1944 г. – 2359, в августе-декабре 1944 г. – 9⁸.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что политика в сфере здравоохранения в военное время проводилась в экстремальных условиях. Система здравоохранения, созданная в довоенное

⁵ ЦГАМО. Ф. 4775. Оп. 8. Д. 281. Л. 3; Д. 339. Л. 16.

⁶ Там же. Оп. 8. Д. 281. Л. 3.

⁷ Там же. Л. 5.

⁸ Там же.

время, давала сбои, но тем не менее государство предпринимало усилия оперативно восстановить уровень оказания медицинской помощи.

Многое делалось для повышения квалификации медицинских работников. Так, в соответствии с методическим письмом Управления родильных домов и женских консультаций Наркомздрава СССР и начальника Управления медицинских учебных заведений от 22 мая 1943 г. на главных врачей медицинских организаций возлагалась обязанность направлять медицинских работников на курсы повышения квалификации, организовывать научные и научно-практические мероприятия, привлекать практикующих медицинских работников, в частности врачей узких специальностей, к учебному процессу в высших учебных заведениях. Кроме того, студенты медицинских вузов активно привлекались к практике в поликлиниках и больницах, совмещая получение теоретических знаний практическими навыками.

На кафедры акушерства и гинекологии была возложена обязанность по созданию условий для повышения квалификации практикующих врачей, профессорско-преподавательский состав медицинских институтов консультировал фельдшеров, акушеров и медсестер сельских медицинских учреждений [Кузнецов, Чучелин 1984, с. 42].

Стоит отметить, что несмотря на то что врачи и младший медицинский персонал были в большинстве своем задействованы в практической работе на фронте и в тылу, научные разработки в сфере медицины в тылу велись на очень высоком уровне. Одним из главных направлений была разработка вакцин, бактерицидных и бактериостатических средств, что являлось неременным условием недопущения вспышки эпидемий, кроме того, был сделан ряд открытий в области военно-полевой хирургии. В научно-исследовательских медицинских институтах активно велись разработки в области разработки средств защиты от химического оружия.

Согласно Указу «Об улучшении медицинского обслуживания населения», в 1944 г. были достигнуты видимые улучшения в системе охраны материнства и детства, благодаря чему увеличилось количество женских консультаций, отделений для новорожденных в роддомах, что в свою очередь повлекло повышение рождаемости и снижение смертности как среди детей, так и среди матерей.

Нельзя забывать о том, что реализация данных мер велась в условиях войны, и направлены они были, в основном, на перспективное выстраивание четко отлаженной системы здравоохранения. Тяжелые условия военного времени не способствовали оперативному реформированию системы, а потому полное завершение

данного направления государственной политики могло произойти только в мирное время.

В соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР «О мобилизации на период военного времени трудоспособного городского населения для работы на производстве и строительстве» от 13.02.1942 г. мобилизации подлежало все трудоспособное городское население – мужчины в возрасте от 16 до 58 лет, женщины – от 16 до 45 лет. Указ Президиума Верховного Совета СССР от 19.09.1942 г. увеличил мобилизационный возраст женщин до 50 лет, однако мобилизация не распространялась на женщин, имеющих детей в возрасте до 8 лет и не имеющих иных членов семьи, которые могли бы осуществлять уход за ними [Быков 1984, с. 234].

Руководящей идеей государственной политики в сфере здравоохранения в военные годы была ценность человеческой жизни и здоровья граждан, без которых бы не удалось одержать Победу и восстановить страну в послевоенный период.

Так, 8 августа 1944 г. был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания “Мать-героиня” и учреждения ордена “Материнская слава” и медали “Медаль материнства”» [Кузнецов, Чучелин 1984]. «Медалью материнства» I и II степени награждались матери, родившие и воспитавшие шесть детей и пять детей соответственно. Орден «Материнская слава» I, II и III степени предназначался для награждения матерей, родивших и воспитавших семь, восемь и девять детей соответственно. Матерям, родившим и воспитавшим десять и более детей, присваивалась высшая степень отличия звание «Мать-героиня» с вручением ордена «Мать-героиня». Таких почетных званий удостоивались женщины, имеющие соответствующее количество детей, последнему из которых на момент награждения должен был исполниться год, при условии, что все остальные дети этой женщины живы.

Кроме того, учитывались усыновленные дети, погибшие или пропавшие без вести при защите СССР или при исполнении иных обязанностей военного, либо при выполнении гражданского долга по спасению жизни, по охране социалистической собственности и социалистического правопорядка, а также умершие вследствие ранения, контузии, увечья или заболевания, полученных при указанных обстоятельствах либо вследствие трудового увечья или профессионального заболевания. Данным нормативным актом впервые был введен термин «одинокая мать», который указывал на признаки социальной уязвимости таких женщин: ребенок рождался не в зарегистрированном браке и воспитывался без отца.

Введение таких мер было крайне важно для одиноких матерей, коих в условиях всеобщей мобилизации мужского населения было довольно-таки много; так, государство брало на себя обязанность по созданию для одиноких матерей условий для рождения и воспитания детей на том уровне, который в мирное время должен был быть обеспечен отцом ребенка. В то же время такие компенсации не выплачивались женщинам, которые получали алиментное обеспечение.

Появились и получили широкое распространение государственные детские учреждения, отличные от яслей и детских садов, в которые матери могли отдать ребенка. В период пребывания детей в таких учреждениях матери переставали получать пособия на них. Пребывание детей в таких учреждениях было круглосуточным, что позволяло женщинам выходить на работу сверхурочно и в ночное время, зная, что ребенок находится под присмотром воспитателя. Матери виделись со своими детьми, проживающими в воспитательных учреждениях, в свободное от работы время, кроме того, мать в любое время могла беспрепятственно забрать ребенка из учреждения навсегда.

Об этическом аспекте работы таких учреждений стоит сказать следующее. В годы Великой Отечественной войны советские люди – и мужчины, и женщины, на фронте и в тылу трудились ради общей цели – победы над врагом, выполняя свой гражданский долг. Поэтому передача ребенка в государственные учреждения на воспитание рассматривалась не как отказ от него, а как вынужденная мера, посредством которой будет возможно одержать Победу в Великой Отечественной войне.

Был принят ряд мер, направленных на охрану здоровья беременных женщин. Так, на работодателей возложили обязанность предоставлять беременным женщинам по их требованию очередной ежегодный отпуск после отпуска по беременности и родам. Не был оставлен без внимания также вопрос питания беременных женщин, например, на производствах, у которых имелись собственные подсобные хозяйства, беременным женщинам выдавались продукты.

В целях нормального протекания беременности и первых месяцев жизни детей женщинам, находящимся на четвертом месяце беременности и выше, запрещалось работать сверхурочно, а женщинам с грудными детьми – в ночное время.

Оплачиваемый отпуск по беременности и родам составлял 63 дня, и несмотря на то что размер пособия, выплачиваемого в период отпуска, был незначительным, а сам отпуск – непродолжительным, указанные меры социальной поддержки заложили проч-

ный фундамент в системе социального обеспечения, в частности, охраны материнства и детства.

Во исполнение Указа 10.11.1944 г. было издано Постановление Совнаркома СССР «О мероприятиях по расширению сети детских учреждений и улучшению медицинского и бытового обслуживания женщин и детей». Согласно постановлению, в каждом сельском районе планировалось открытие женской и детской консультаций, вводилась должность районного педиатра. Также помимо временных сезонных яслей в колхозах открылись постоянно работающие ясли и молочные кухни при них; согласно статистике, на 08.08.1942 г. в СССР насчитывалось 7025 яслей на 405 100 детей.

В родильных домах и отделениях вводилась штатная должность педиатра. Что интересно, на медицинских работников возлагалась обязанность по курированию одиноких и многодетных матерей в течении их нахождения в роддомах. Также в этих медицинских учреждениях были созданы специальные палаты для детей, родившихся недоношенными, где за ними осуществлялся особый уход.

Ввиду того, что женщины, работающие посменно, вынуждены были трудиться без отрыва от производства и зачастую не имели возможности поручить уход за ребенком иным членам семьи, при заводах и фабриках были организованы комнаты матери и ребенка, а также комнаты личной гигиены для женщин.

Медицинские работники проводили с женщинами разъяснительные беседы о необходимости вставать на учет в женские консультации на раннем сроке беременности.

Все названные меры были направлены на повышение рождаемости, а также на создание безопасной и комфортной среды для охраны жизни и здоровья матери и ребенка.

Большую роль в охране здоровья граждан сыграла также популяризация стандартов здорового образа жизни на государственном уровне, а именно формирование в сознании советских людей стандартов здорового образа жизни – соблюдение гигиены, правильное питание и занятия оздоровительной физической культурой.

Очевидно, что охрана здоровья матерей осуществлялась в неразрывной связи с охраной детского здоровья. В военные годы множество детей остались без родителей, и, оставшись без заботы и поддержки семьи, дети как никогда были уязвимы и нуждались в защите. Отсутствие элементарных благ, таких как еда, теплая одежда, жилище способствовало массовым осложнениям протекания беременности и родов у женщин, что в свою очередь приводило к повышению детской смертности, инвалидности и затяжного болезненного состояния грудных детей [Кузнецов, Чучелин 1984, с. 120].

Так, новое поколение, на плечи которого должно было лечь будущее страны, находилось в очень уязвимом положении, но, несмотря на все трудности военного времени, политика государства учитывала эту повышенную детскую уязвимость и вырабатывала дополнительные меры охраны детей.

С первых дней войны была организована эвакуация вглубь страны. К 1942 г. 1808 пунктов эвакуации находились в 22 областях СССР, в которых содержались 204 648 детей. Однако имела место нехватка медицинских работников в эвакуационных пунктах, что стало причиной массовых детских болезней. Со временем в отдаленных эвакуационных пунктах было налажено оказание медицинской помощи детям, для них также было организовано полноценное питание, выдача которого по детским карточкам происходила в первую очередь. Детям от одного года до 12 лет ежемесячно полагалось выдавать молоко, а молочная кухня обеспечивала питанием детей до одного года, а также больных детей в возрасте до 3 лет.

В образовательных учреждениях и на некоторых предприятиях стали открываться пункты питания со специальным детским меню.

Согласно Постановлению СНК СССР от 27 октября 1942 г. № 1739 «О мероприятиях по улучшению работы органов Наркомздрава и детских учреждений по медицинскому обслуживанию детей и усилению питания нуждающихся детей», открывались специализированные детские столовые усиленного и диетического питания, к которым дети от трех до 14 лет прикреплялись гор- и райисполкомами. Питание в таких столовых осуществлялось дважды в день, а в некоторых случаях даже отпускалось на дом.

Данное постановление, а также Приказ НКТ СССР № 368 от 4 ноября 1942 г. устанавливали нормы питания детей в месяц на одного ребенка: мясо и рыба – 1,5 кг, жиры – 450 г, крупы и макаронные изделия – 1,5 кг, сахар и кондитерские изделия – 450 г, мука – 750 г, картофель и овощи – 7,5 кг [Кузнецов, Чучелин 1984, с. 120].

По реализации всех перечисленных мер можно судить о том, что политика государства в сфере охраны здоровья детей даже в тяжелое военное время довольно эффективно претворялась в жизнь.

Приказом Наркомздрава СССР от 03.11.1942 г. была восстановлена участковая система медицинского обслуживания, в каждом городе и районе вводилась штатная должность врача-педиатра, в сельских медицинских учреждениях предусматривалась штатная должность патронажной сестры⁹.

⁹ Ведомости Верховного Совета СССР. 1942. № 5.

Особое внимание государства было уделено подросткам в возрасте до 17 лет, которые подлежали трудовой мобилизации и вносили довольно-таки существенный вклад в производство. По данным на 15 декабря 1942 г. на предприятиях и стройках было задействовано 1 305 249 подростков в возрасте до 17 лет [Кузнецов, Чучелин 1984]. В связи с этим стали актуальными вопросы о режиме труда и охране здоровья подростков, так как трудовое законодательство на местах зачастую нарушалось – подростки, охваченные идеей патриотизма и победы в войне, нередко трудились наравне со взрослыми рабочими. Распространенность таких случаев способствовала вынесению решения Коллегии Наркомздрава СССР от 14.05.1944 г. о проведении периодических медицинских осмотров подростков, занятых на предприятиях и стройках, а тех подростков, у которых наблюдались признаки ухудшения состояния здоровья, брали под особый контроль; для этого в поликлиниках были созданы подростковые кабинеты.

В советских санаториях предусматривалось выделение мест для размещения и лечения трудящихся подростков; направление в такие санатории производилось во время отпусков, введенных Постановлением СНК СССР от 05.03.1944 г. «О предоставлении в военное время подросткам (моложе 16 лет) еженедельного дня отдыха и отпусков». Данные меры наглядно демонстрируют, что охрана здоровья подростков была ничуть не менее приоритетна для государства, чем охрана здоровья детей и взрослых, потому как на плечи именно подрастающего поколения должны были лечь заботы о восстановлении страны в послевоенное время.

Также были выработаны меры поддержки детей, оставшихся без попечения родителей. Согласно Постановлению СНК СССР и ЦК ВКП(б) от 23.01.1942 г. «Об устройстве детей, оставшихся без родителей», в СССР повсеместно создавались комиссии по устройству детей-сирот и детей, потерявших на войне и при эвакуации родителей. Поступающие в приемники-распределители, дети в возрасте до трех лет направлялись в патронажные семьи, дети до 15 лет – в детские учреждения. Патронажные семьи получали от государства ежемесячное пособие в размере 50 рублей на каждого ребенка, взятого на воспитание, кроме того, дополнительно выделялось 200 рублей на покупку одежды и обуви на каждого ребенка¹⁰.

Среди населения проводилась разъяснительная работа о патронаже, что, во-первых, повысило грамотность людей в вопросах охраны детского здоровья, во-вторых, способствовало поднятию

¹⁰ СП СССР. 1942. № 2. Ст. 26.

патриотического духа населения и, в-третьих, стало эффективным инструментом борьбы с детской беспризорностью.

Стоит отметить, что все вышеперечисленные меры государственной поддержки здравоохранения позволили достигнуть уникального для мировой истории результата, а именно, снижение детской смертности в период с начала войны и до 1943 г. Таким образом, Великая Отечественная война была завершена с минимальными человеческими потерями подрастающего поколения среди гражданского населения. Н.А. Семашко видит причину подобного достижения в стратегически верной политике здравоохранения, проводимой государством, а также в наличии мер по охране и защите материнства и детства [Семашко 1947].

Что касается охраны здоровья гражданских лиц, вернувшихся из плена, то данное направление не было приоритетным для государства в военные годы, однако система в целом работала, и медицинская помощь оказывалась им в общем порядке¹¹.

Таким образом, на протяжении Великой Отечественной войны государством был разработан комплекс мер по повышению уровня здоровья гражданского населения, который существенно снизился с началом войны, система здравоохранения требовала оперативного реформирования, поскольку гражданское население обеспечивало нужды фронта. Государственная политика в сфере здравоохранения проводилась с учетом перспективных целей – повышения уровня обороноспособности страны, в том числе за счет поддержания здоровья нации в целом и подрастающего поколения в частности.

Уникальность политики СССР в сфере здравоохранения в 1941–1945 гг. заключалась в том, что государству удалось создать ряд эффективных инструментов для охраны здоровья гражданского населения в условиях тяжелейшего дефицита кадров и ресурсов, обусловленных военным временем.

Литература

Будко, Грибовская 2001 – Будко А.А., Грибовская Г.А. Когда опустели фашистские концлагеря Европы: Медицинское обслуживание репатриантов Второй мировой войны // Военно-исторический журнал. 2001. № 3. С. 36–42.

¹¹ Постановление СНК СССР № 1798-800с «Об утверждении Положения о военнопленных» («11.6. Раненые или больные военнопленные, нуждающиеся в медицинской помощи или госпитализации, должны быть немедленно направлены командирами частей в ближайшие госпитали»).

- Быков 1984 – *Быков Г.С.* В стенах Госплана // Война. Народ. Победа: 1941–1945: Статьи. Очерки. Воспоминания: В 4 кн. Кн. 3. М., 1984.
- Кузнецов, Чучелин 1984 – *Кузнецов Д.Н., Чучелин Г.А.* Партийное руководство медицинским обеспечением советских людей на фронте и в тылу: 1941–1945 гг. // Проблемы отечественной и всеобщей истории: Межвуз. сб. Л., 1984.
- Митрофанова 1960 – *Митрофанова А.В.* Рабочий класс Советского Союза в первый период Великой Отечественной войны. М., 1960.
- Семашко 1947 – *Семашко А.Н.* Очерки по теории организации советского здравоохранения. М., 1947.

References

- Budko, A.A. and Gribovskaya, G.A. (2001), “When the fascist concentration camps of Europe become empty. Medical care for repatriates of the Second World War”, *Voенно-istoricheskii zhurnal*, no 3, pp. 36-42.
- Bykov, G.S. (1984), “ Within the walls of Gosplan” , *Voina. Narod. Pobeda: 1941–1945: Stat'i. Ocherki. Vospominaniya* [War. People. Victory. 1941–1945. Articles. Essays. Memories], in 4 books, Book 3, Moscow, Russia.
- Kuznetsov, D.N. and Chuchelin, G.A. (1984), “Party leadership of medical support for Soviet people at the front and in the rear: 1941–1945”, *Problemy otechestvennoi i vseobshchei istorii* [Issues of the national and world history], *Mezhvuzovskii. sb.*, Leningrad, Russia.
- Mitrofanova, A.V. (1960), *Rabochii klass Sovetskogo Soyuza v pervyi period Velikoi Otechestvennoi voyny* [The working class of the Soviet Union in the first period of the Great Patriotic War]. Moscow, Russia.
- Semashko, A.N. (1947), *Ocherki po teorii organizatsii sovetskogo zdravookhraneniya* [Essays on the theory of Soviet health care], Moscow, Russia.

Информация об авторах

Станислав В. Тимофеев, доктор юридических наук, профессор, Российский государственный гуманитарный университет, Москва, Россия; 125993, Россия, Москва, Миусская пл., д. 6; stimofeev2006@yandex.ru

Ирина В. Воробьева, кандидат юридических наук, доцент, Российский государственный гуманитарный университет, Москва, Россия; 125993, Россия, Москва, Миусская пл., д. 6; ir.vik@mail.ru

Information about the authors

Stanislav V. Timofeev, Dr. of Sci. (Law), professor, Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia; bld. 6, Miusskaya Sq., Moscow, Russia, 125993; stimofeev2006@yandex.ru

Irina V. Vorob'eva, Cand. of Sci. (Law), associate professor, Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia; bld. 6, Miusskaya Sq., Moscow, Russia, 125993; ir.vik@mail.ru