

Пенсионное обеспечение медицинских работников по профессиональной инвалидности в СССР в 1920-е гг.: проекты, дискуссии, законодательство

Всеволод Сергеев, Евгений Шиган

Medical workers' pensions for occupational disability in the USSR in the 1920s: projects, discussions, legislation

Vsevolod Sergeev, Evgeniy Shigan

(both – Izmerov Research Institute of Occupational Health, Moscow, Russia)

DOI: 10.31857/S0869568722020170, EDN: FVJZVU

Установление советского строя сопровождалось не только военными конфликтами, но и вспышками инфекционных заболеваний (от локальных эпидемий дизентерии до пандемий сыпного тифа, холеры и гриппа), широким распространением туберкулёза и сифилиса. На переднем фланге борьбы с болезнями стояли медицинские работники, подвергавшиеся высокому риску заражения на рабочем месте. Возможность утери трудоспособности или смерти должны были компенсировать меры социальной поддержки. С конца 1910-х по начало 1930-х гг. сложный путь зарождения и развития прошла система пенсионного обеспечения профессиональной инвалидности медицинских работников.

По теме социального обеспечения в первые десятилетия советской власти написано много работ, которые охватывают как РСФСР в целом¹, так и её отдельные регионы². Кроме того, есть исторические³ и историко-юридические исследования развития пенсионной системы в этот период⁴. Задача нашего исследования — не только показать эволюцию пенсионного законодательства в отношении медицинского персонала, но и на основе архивных материалов описать и проанализировать скрытые механизмы принятия того или иного решения.

Экстренные меры в экстремальный период: дополнительное пенсионное обеспечение медицинского персонала (1918–1922). Понятие «профессиональное забо-

© 2022 г. В.Н. Сергеев, Е.Е. Шиган

¹ Кошкин Д.С. Государственная политика и практика социальной работы с инвалидами в 20–30-е годы XX века: на материалах РСФСР. Автореф. дис. ... канд. ист. наук. М., 2001; Морозов А.В. Эволюция социального страхования России в первой трети XX века // Вестник Казанского технологического университета. 2006. № 1. С. 351–355; Шалугина И.Б. Социальное обеспечение в РСФСР в 20-е годы. Автореф. дис. ... канд. ист. наук. М., 1990.

² Некрасов А.В. Система социального обеспечения в РСФСР в 1920-е годы: на примере Дона, Кубани и Ставрополя. Автореф. дис. ... канд. ист. наук. Новочеркасск, 2009; Семёнова Е.В. Становление и реализация советской модели социального обеспечения в условиях юга Дальнего Востока: октябрь 1917 – июнь 1941. Автореф. дис. ... канд. ист. наук. Благовещенск, 2001; Шилова О.И. Формирование и развитие органов и учреждений системы социального обеспечения в Самарском крае: 1918–1940 гг. Автореф. дис. ... канд. ист. наук. Самара, 2006.

³ Морозов А.В., Телишев В.Ф. Трудное постижение истины: новые исследования по истории социального страхования в России // Вестник Казанского технологического университета. Т. 17. 2014. № 17. С. 292–300; Морозов А.В. Советское социальное страхование 1917–1930-х гг. в западной историографии // Государство, общество, Церковь в истории России XX–XXI вв. Материалы XV международной научной конференции. В 2 ч. Иваново, 2016. С. 520–528.

⁴ Сивакова И.В. Пенсионное законодательство России в советский период (октябрь 1917 г. – 1928 г.). М., 2015.

ление» в советском законодательстве впервые появилось в 1918 г. в «Положении о социальном обеспечении трудящихся». Ст. 15 перечисляла основания для выплаты пенсии в связи с частичной или полной утратой трудоспособности: «болезнь, увечье, старость, профессиональное заболевание и т.п.»⁵. Отдельно подчёркивалось, что подобные пособия назначались независимо от причин, мешавших полноценно трудиться. В условиях революции и Гражданской войны правительству было важнее установить степень трудоспособности, нежели выяснять этиологию непригодности человека к труду. «Положение» и ряд уточняющих нормативно-правовых актов «преобразовали страховую систему в систему государственного социального обеспечения, установив отпуск средств на социальное обеспечение из бюджета и освободив от взносов советские предприятия и государственные учреждения»⁶.

Нестабильная ситуация в сочетании с волной заболеваемости заставила власть пойти в феврале 1919 г. на введение «Временного положения об обеспечении медицинских работников, пострадавших в борьбе с эпидемиями»⁷, подписанного Н.А. Семашко (Наркомат здравоохранения), А.Н. Винокуровым (Наркомат социального обеспечения) и В.В. Шмидтом (Наркомат труда). В преамбуле нового документа оговаривалось, что он не отменяет «Положение о социальном обеспечении трудящихся», а лишь восполняет пробелы «в виду неотложной необходимости» и «впредь до фактического проведения в жизнь» основного «Положения». «Временное положение» вводило дополнительные льготы, пособия и пенсии (по инвалидности и по утрате кормильца) для медицинского персонала всех уровней, задействованного в борьбе с «острозаразными болезнями (сыпным и возвратным тифом, испанской болезнью (гриппом. — В.С., Е.Ш.), холерой, чумой)». Весной того же года вышло ещё несколько постановлений, которые уточняли порядок мер борьбы с эпидемиями и социальной поддержки медработников. В октябре 1919 г. «Временное положение» было отменено⁸ в связи со стабилизацией эпидемической ситуации и изданием декрета СНК «О социальном обеспечении членов семейств трудящихся в случае смерти кормильца семьи». Данный опыт пенсионного обеспечения медицинских работников ввиду их профессиональной инвалидности создал исторический прецедент.

Идея предоставления медперсоналу дополнительных социальных льгот в связи с трудовой инвалидностью возродилась весной 1921 г. На этот раз поводом стали эпидемические вспышки чумы среди населения на южных рубежах (от Константинополя до Харбина) с продвижением заразы вглубь территории РСФСР (вплоть до Поволжья)⁹. В мае того же года вышел декрет СНК РСФСР «Об обеспечении работников, ведущих борьбу с эпидемией чумы людей»¹⁰. Под действие нового нормативно-правового акта попали три категории: «все местные работники лечебно-санитарного дела, работающие в пределах чумной зоны»; специально мобилизованные работники; сотрудники противочумных

⁵ Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства (далее — СУ РСФСР). 1918. № 89. Ст. 906.

⁶ Морозов А.В. Эволюция социального страхования России... С. 353.

⁷ СУ РСФСР. 1919. № 19. Ст. 234.

⁸ Декреты Советской власти. Т. 6. М., 1973. С. 191.

⁹ См.: Супотницкий М.В., Супотницкая Н.С. Очерки истории чумы: в 2 кн. Кн. 2. Чума бактериологического периода. М., 2006.

¹⁰ СУ РСФСР. 1921. № 50. Ст. 270.

станций и лабораторий. Основная часть документа регламентировала денежное и материальное снабжение означенного медицинского персонала и членов их семей, но предусматривалось и пенсионное обеспечение для членов семьи в случае смерти кормильца «вследствие его работы на борьбе с эпидемией чумы людей». Отсутствие пенсии при стойкой утере трудоспособности объясняется крайне высокой летальностью при заражении чумой до начала массового использования антибиотиков.

Переход от военного коммунизма к нэпу оказал заметное влияние на сферу социальной защиты и охраны труда. Отказ от милитаризации и частичное восстановление рыночных отношений привели к постепенному возрождению страхования. Трансформация системы началась 15 ноября 1921 г. с принятием постановления СНК РСФСР «О социальном страховании лиц, занятых наёмным трудом»¹¹. Данный акт сохранил преемственность с законодательством предыдущего периода, так как в нём осталась норма о выплате компенсации «на все случаи временной и постоянной утраты трудоспособности... а также на случай смерти». Декрет «О социальном обеспечении инвалидов»¹² от 8 декабря уточнил порядок выплат, при этом различий в причинах инвалидности («увечье, профессиональное заболевание или иные причины (старческая дряхлость и пр[оч].)»), как и прежде, не вводилось. Соответственно, отсутствовал список профессиональных отравлений и заболеваний. Новый Кодекс законов о труде, принятый в конце 1922 г., окончательно закрепил основы системы социального страхования, не изменив порядка выплат компенсаций за утерю трудоспособности.

В первые пять лет существования РСФСР в сфере социального обеспечения параллельно действовали две тенденции. Во-первых, законодательство декларировало формальное равенство всех работников со стойкой нетрудоспособностью. Во-вторых, на случай чрезвычайных ситуаций вводилось дополнительное обеспечение для отдельных категорий тружеников. Вторая тенденция походила на привлечение «военспецов» и «буржуазных спецов» в годы Гражданской войны.

На заре социального страхования: новые дискуссии об эпидемиях и пенсиях (1923–1924). Постановление СНК от ноября 1921 г. послужило отправной точкой воссоздания системы соцстраха¹³. Однако изменения начались два года спустя. В течение 1923 г. силами Центрального управления социального страхования и Отдела охраны труда велась подготовка постановления «О нормах обеспечения инвалидов труда, стойкая нетрудоспособность которых произошла от трудового увечья, а также членов семей рабочих и служащих, умерших от увечий», введённого в действие распоряжением Наркомтруда (НКТ) от 3 января 1924 г.¹⁴ Новая правовая норма распространялась в основном на промышленных рабочих и выделяла увечных инвалидов труда, обеспечивая им повышенную пенсию.

В январе 1924 г. Наркомздрав (НКЗ) вновь поднял тему дополнительного пенсионного обеспечения «медицинского персонала, командированного на борьбу с чумой». В СНК РСФСР последовало ходатайство за подписью нарко-

¹¹ Там же. № 76. Ст. 627.

¹² Там же. № 79. Ст. 672.

¹³ Морозов А.В. Эволюция социального страхования России... С. 353–354.

¹⁴ Данилова Е.Н. Действующее законодательство о труде. Т. 3. М.; Л., 1925. С. 1542–1543.

ма Семашко и начальника санитарного управления А.Н. Сысина¹⁵ о повышении эффективности мер по борьбе с чумой, которая почти ежегодно поражала «некоторые окраины Республики (Киргизские степи, Калмыцкую область, Дальний Восток)». Вновь предлагалось улучшить материальное положение командированных, а также ввести пенсии на случай потери трудоспособности или смерти кормильца. Интересно, что в качестве образца предлагалось взять не постановление НКТ об увечных, а декрет СНК РСФСР «О персональных пенсиях лицам, имеющим исключительные заслуги перед Республикой»¹⁶ (1923). Инициатива вызвала активное сопротивление со стороны Наркомсобеса (НКСО), который апеллировал к юридической стороне постановления: важен «не формальный признак выполнения той или иной должности или работы, а признак материальный — исключительные заслуги данного лица». По мнению ведомства, это создало бы прецедент и позволило бы другим структурам выходить с подобными инициативами. В противовес представители НКСО, с одной стороны, предлагали переложить пенсионное обеспечение борцов с чумой на органы соцстраха (т.е. приравнять к увечным или прописать новую схему), с другой — напоминали о праве любого наркомата «на возбуждение ходатайств о назначении персональных пенсий в каждом отдельном случае»¹⁷. Наркомсобес отстаивал свою позицию на заседаниях Малого Совнаркома (3 февраля 1924 г.) и СНК РСФСР (21 февраля), но позиция Наркомздрава оказалась намного сильнее. В итоговой версии постановления указывалось, что «в случае смерти или потери трудоспособности, последовавшей от заражения во время работы на чуме, медработникам или их семьям назначаются пенсии... как лицам, имеющим исключительные заслуги перед Республикой»¹⁸.

В том же 1924 г. НКЗ предпринял ещё один шаг в направлении восстановления специального пенсионного обеспечения медперсонала. С июня по декабрь велось обсуждение проекта «Положения о профессиональной работе и правах медицинских работников». Новый правовой акт создавался с целью юридического оформления организационно-административной работы. Подспудно он должен был «облегчить НКЗдраву борьбу с развивающимися знахарством и шарлатанством и с обнаруживаемыми не редко врачами-самозванцами». Социальные гарантии для медработников тоже прописывались, но не занимали центрального места. В п. 14 указывалось, что всем «состоящим на государственной службе медицинским работникам, работающим в особо тяжёлых условиях по борьбе с заразными болезнями», и их семьям устанавливается «государственное обеспечение на особых условиях» в случае утраты трудоспособности или смерти. Вместо отсылки к законодательной норме о пенсиях давалась расплывчатая формулировка: особое обеспечение устанавливает НКЗ по согласованию с НКСО и НКТ, а утверждает всё это СНК.

Пункт об особом пенсионном обеспечении вызвал возражения со стороны НКТ, так как потеря трудоспособности «в условиях нормальной деятельности» не должна вести к особым условиям, если же трудоспособность утрачена в чрезвычайной ситуации, то деньги «на полное обеспечение пострадавших медработников» должны включаться «в общую сумму средств, отпускаемых на борьбу с эпидемией». Для детальной проработки «Положения» Малый Сов-

¹⁵ ГА РФ, ф. А-259, оп. 86, д. 365, л. 7.

¹⁶ СУ РСФСР. 1923. № 15. Ст. 198.

¹⁷ ГА РФ, ф. А-259, оп. 86, д. 365, л. 14.

¹⁸ СУ РСФСР. 1924. № 23. Ст. 229.

нарком создал специальную комиссию во главе с А.П. Платоновым, в которую вошли представители НКЗ, НКТ, Наркомпроса, Наркомюста, ЦК профсоюза работников медицинских и санитарных учреждений и президиума Моссовета. В итоговый вариант п. 14 включён с минимальной редакторской правкой: понятие «заразные болезни» уточнили добавлением слова «эпидемии», а к числу ведомств, с которыми нужно согласовывать особое пенсионное обеспечение, добавили ВЦСПС. Данное «Положение» ввёл в действие совместный декрет ВЦИК и СНК РСФСР от 1 декабря 1924 г.

Список профессиональных болезней (1924–1925). Развитие системы соцстраха потребовало изменений в законодательстве о соцобеспечении инвалидов, однако они шли выборочно, создавая новые «белые пятна». Постановление НКТ «О нормах обеспечения инвалидов труда, стойкая нетрудоспособность которых произошла от трудового увечья» подрывало существовавшее ранее единство категории «инвалид труда», оставляя часть людей с постоянной нетрудоспособностью за пределами дополнительного соцобеспечения. Логическим продолжением стала разработка нормативно-правовых актов о поддержке лиц со стойкой нетрудоспособностью, вызванной профпатологией.

Подготовка акта о пенсиях в связи с профессиональными отравлениями и заболеваниями была поручена коллективу подотдела профгигиены отдела охраны труда (ООТ) НКТ, так как они имели опыт составления постановления об обязательной регистрации профзаболеваний. Создание нового документа шло по «горячим следам» предыдущих дискуссий и не заняло много времени. Скорость разработки обуславливалась и разделением обсуждения на две ветки: врачебную (врачи-сотрудники и врачи-консультанты подотдела и эксперты) и профсоюзную (врачи подотдела совместно с представителем ЦК отраслевого союза). Они имели разное значение из-за того, что представителей профобъединений привлекли в самом конце, на стадии проработки отдельных составляющих списка профпатологий.

Обсуждение концепции нового постановления проходило в узком врачебном кругу с привлечением малого числа штатных и внештатных консультантов. К первым относились В.А. Левицкий (заместитель директора Санитарно-гигиенического института Государственного института народного здравоохранения), И.А. Добрейцер (заведующий эпидемиологическим подотделом НКЗ) и М.Я. Лукомский (Клиника социальных и профессиональных болезней I МГУ). Вторая группа отличалась меньшей стабильностью состава, так как внештатные консультанты присутствовали не на всех совещаниях и в разном количестве. Чаще остальных принимали участие в работе А.П. Смирнов (заведующий санитарной частью Института им. В.А. Обуха) и Н.А. Гилевич (заведующий санинспекцией труда Мосгубохрантруда), по одному разу присутствовали представители железнодорожной инспекции труда ООТ НКТ, санчасти Мосздравотдела и отдела статистики Московского губернского совета профсоюзов.

Дискуссия началась 14 марта 1924 г. с доклада Лукомского, который представил проект списка профболезней. Дебаты по докладу заняли три еженедельных заседания, охватив практически весь март. 28 марта Лукомский представил проект самого нормативно-правового акта о пенсиях по инвалидности из-за профессиональных заболеваний и отравлений. Его предложения заключались в следующем. Во-первых, в условиях нэпа и возрождения социального страхования невозможно по достоинству обеспечить всех инвалидов, поэтому необ-

ходимо сконцентрироваться на инвалидах труда. Однако существует переко́с в сторону инвалидности по увечью, которую легче учитывать и которая более очевидна в логическом ряду «производственная травма — потеря трудоспособности — пенсия». Во-вторых, к профессиональным относится слишком большая группа заболеваний, что может подорвать всю систему соцстраха. При этом зачастую сложно отличить заболевания с профессиональной этиологией от вызванных бытовыми условиями. Из-за этого стоит оставить вне списка те, что вызваны физическими факторами (температурой, звуком, светом, пылью и т.д.). В-третьих, основой списка должны стать профвредности (яды) по причине лёгкости установления причинно-следственных связей. К этому надо добавить, что обязательная регистрация профессиональных отравлений и заболеваний шла именно по такому принципу, но всё же с упоминанием небольшого числа заболеваний, вызванных воздействием физических факторов. В-четвёртых, список может сочетать в себе перечисление профвредностей с отдельными болезнями. Такое смешение оправдывается практической направленностью реестра, который будет понятен на местном уровне как врачам, так и специалистам по социальному страхованию.

С принципиальной критикой выступил Добрейцер, по мнению которого необходимо введение «профессиональной инвалидности по старости». Профвредности, физические факторы, повышенная физическая нагрузка и другие тяжёлые условия труда влияют на организм пролетария, что со временем приводит к нетрудоспособности. Левицкий и Ц.Д. Пик (подотдел профгигиены) также выступили с замечаниями, но с иной, практической стороны. Они не оспаривали доминирование профвредностей (ядов), но настаивали на указании в списке конкретных профзаболеваний. Левицкий привёл примеры возможных трансформаций: свинец — свинцовый паралич, фосфор — фосфорный некроз и т.д.¹⁹ Тем самым они высказались за разделение списка для регистрации профпатологии и его аналога в сфере соцстраха.

Эти замечания оказали наибольшее влияние на дальнейшее формирование списка, и в конце марта 1924 г. появился его обновлённый вариант. В нём «профвредности (яды)» трансформировались в «заболевания» или «болезненные формы». Дабы не размывать список и жёстко разделить профессиональные и бытовые заболевания, ввели привязку к конкретной профессии. Например, глухота объявлялась профзаболеванием котельщиков, катаракта — стекольщиков и литейщиков, а профессиональный спазм и судороги конечностей учитывались только у писцов, телеграфистов и музыкантов. Желание большинства сотрудников и консультантов подотдела профгигиены сохранить узкий характер списка проявилось при обсуждении вопроса о включении в него туберкулёза и ревматизма для отдельных профессий (например, подземных рабочих). Но на заседании подотдела 28 марта дискуссию о включении туберкулёза свернули на корню, а хронический ревматизм проиграл на голосовании. Главный аргумент противников заключался в том, что невозможно отличить профессиональный туберкулёз или ревматизм от бытового. Наиболее чётко эту позицию выразил Левицкий: «Можно включить лишь такие специфические заболевания, характер которых как профессиональных заболеваний может быть установлен всяким врачом, не требуя тонких диагностических методов»²⁰. Для

¹⁹ ГА РФ, ф. Р-5515, оп. 4, д. 8, л. 72–74, 82–84, 90.

²⁰ Там же, л. 73–74.

сохранения узкого характера списка установили два ограничения по времени. Во-первых, «минимальный стаж работы в производстве, дающий право на получение пенсии». Во-вторых, «максимальный промежуток, протёкший с момента ухода с работы до момента выявления профессиональной инвалидности, дающей право на получение пенсии».

Обсуждение списка с профсоюзами прошло 2–12 июня 1924 г. в формате отраслевых заседаний, в которых участвовали один или два врача из подотдела и столько же представителей конкретного ЦК отраслевого союза (врач или специалист по технике безопасности). На совещаниях (за редким исключением) поднимались проблемы только одной отрасли. Встречи в таком формате приводили к определённом параллелизму в работе, но разделение профсоюзников препятствовало выработке ими единой позиции. Протоколы этих заседаний²¹ отразили содержание споров делегатов от профсоюзов и сотрудников НКТ. При этом позиции врачей из Наркомата тоже иногда не совпадали, по отдельным вопросам они могли объединяться с профсоюзниками. Такие расколы отражали отсутствие единства во взглядах на структуру списка.

Предложения профсоюзов можно разделить на три большие группы: дополнение перечня профболезней, расширение реестра профессий, поправки к тексту нормативно-правового акта. Перечисление в таком порядке отражает степень накала борьбы. Больше всего дискуссий шло относительно профзаболеваний, меньше всего — по тексту документа и поправкам к нему. Практически все союзы высказали позиции по наполнению списка профзаболеваний и отравлений. Их представители, в том числе и от Союза работников медсанучреждений, выступали за расширение перечня и выдвигали предложения, которые либо развивали его по аналогии, либо расширяли за счёт принципиально иных болезней.

Относительно медицинского и ветеринарного персонала предлагалось к списку ядов добавить рентгеновские лучи и радий. Тем самым «тяжёлые поражения тканей (неизлечимые распространённые дерматиты, язвы, злокачественные опухоли и атрофические поражения)»²² у персонала рентгеновских и радиотерапевтических кабинетов приравнивались к хроническому отравлению свинцом у работников металлургической промышленности. Далее, следовало признать профпатологией осложнения механических травм («сепсис, флегмоны и пр[оч].», «ложные суставы, анкилозы и т.п.»), что позволит защитить ветеринарный и медицинский персонал от последствий травм на рабочем месте. Сюда же относился тяжёлый психоз у персонала психиатрических учреждений. Наконец, причислить к профзаболеваниям «стойкие осложнения и последствия остроинфекционных заболеваний (тифы, дизентерия, оспа, скарлатина)», но только в случае заражения на рабочем месте. Эти предложения основывались на материалах, разработанных Научно-консультативным бюро при Московском губернском отделе союза²³, а также на ранее существовавших законодательных нормах.

Несмотря на обилие предложений о пополнении списка профзаболеваний, практически все они оказались отвергнуты с уже привычными доводами

²¹ Там же, д. 292, л. 1–17.

²² Там же, л. 17.

²³ Труд и быт медроботников г. Москвы и Московской губернии. Сборник статей и материалов Научно-консультативного бюро при Московском губотделе, по изучению профессиональных вредностей медицинской работы. Вып. 3. М., 1925. С. 176.

о недоказанности взаимосвязи профессии и стойкой патологии или о сложности определения профессиональной этиологии той или иной болезни. В первую очередь это коснулось предложений Союза работников медико-санитарного труда (медсантруд). Например, учитывая уровень загрязнённости городов отходами человеческой жизнедеятельности²⁴, определить, где именно тот или иной медработник заразился инфекционной болезнью, невозможно. Единственным исключением стала просьба внести в список профзаболеваний «тяжёлые поражения тканей» для персонала рентгеновских и радиотерапевтических кабинетов, что объяснялось отсутствием возможности подвергнуться продолжительному радиоактивному облучению вне рабочего места. Напротив, предложения профсоюзов о расширении списка профессий, на которые распространялось пенсионирование по профпатологии, сотрудники подотдела профгигиены встретили с интересом и открытостью, практически все идеи оказались учтены. В частности, по предложению Союза медсантруд отравление ртутью распространили на «медицинский персонал, постоянно занимающийся втиранием ртутных препаратов». В данном случае у представителей союзов оказалось больше знаний, они лучше разбирались в номенклатуре профессий и специальностей.

Окончательное утверждение текста нормативно-правового акта об инвалидности в связи с профпатологиями и списка профзаболеваний затянулось из-за внешних причин. Развитие системы социального страхования вызвало потребность в межведомственной координации. Постановлением ЦИК и СНК СССР от 6 февраля 1925 г.²⁵ создавался Совет социального страхования при НКТ СССР, в который вошли также представители ВЦСПС, ВСНХ, наркоматов путей сообщения и финансов СССР. Именно этот новый орган 19 февраля рассмотрел вопрос «Об обеспечении инвалидов труда, утративших трудоспособность вследствие профессиональных заболеваний, и семейств застрахованных, умерших от профзаболеваний»²⁶. Основными докладчиками по данному пункту выступили М.Я. Лукомский и В.Д. Кузятин из Центрального управления социального страхования НКТ (ЦУСС). Устные доклады подкрепила «Объяснительная записка»²⁷, подготовленная сотрудниками ЦУСС.

Агитация за принятие данного постановления включала несколько пунктов. Во-первых, необходимость исправить перекос в системе соцстраха, уравнять в правах две группы инвалидов труда (по причине трудувечья и по причине профзаболевания). Во-вторых, стремление «догнать и перегнать» Запад. На зарубежный опыт указали не только «Объяснительная записка» и выступление Кузятина, но и председатель Совета соцстраха Л.П. Немченко. Соцобеспечение инвалидов труда с профпатологией поставило бы СССР в один ряд с ведущими европейскими державами. В-третьих, финансово-экономические соображения. По мнению экспертов-страховщиков, в первые годы применения новых норм рост затрат на соцобеспечение окажется незначительным, так как их сильно ограничит жёсткий список профболезней. В дальнейшем планировалось со-

²⁴ Подробнее см.: Орлов И.Б. Коммунальная страна: становление советского жилищно-коммунального хозяйства (1917–1941). М., 2015; Фильцер Д. Опасности городской жизни в СССР в период позднего сталинизма. Здоровье, гигиена и условия жизни. 1943–1953. М., 2018.

²⁵ Собрание законов и распоряжений рабоче-крестьянского правительства СССР (далее – СЗ СССР). 1925. № 8. Ст. 74.

²⁶ ГА РФ, ф. Р-7062, оп. 1, д. 5, л. 133.

²⁷ Там же, д. 15, л. 44–45.

крашение трат, поскольку развитие промышленности должно пойти по пути снижения травматизма и заболеваемости.

Во время представления списка профзаболеваний Лукомский сосредоточился на разъяснении его сути и принципов формирования. Для начала он объяснил Совету разницу между широкой и узкой трактовками профзаболеваний. Широкий подход трактовал их как болезни, наиболее распространённые в среде рабочего класса. Следовательно, к ним можно причислить сердечно-сосудистые заболевания, ревматизм, туберкулёз, эмфизему и т.д., причина возникновения которых кроется в сочетании условий труда и быта. Второй подход делал упор на специфике, когда «совершенно ясно можно показать, что заболевание произошло именно благодаря работе в данной профессии». Широкий подход к профпатологиям можно реализовать в Москве, где располагались Институт им. Обуха и Клиника социальных и профессиональных болезней I МГУ, либо в Ленинграде, Харькове и Киеве, где находились аналогичные институты. Из этого следовало, что ко всему пространству СССР можно применить только узкую трактовку. Кроме того, оратор подчеркнул, что численность инвалидов труда с профзаболеваниями сравнительно невелика. В ходе прений по данному вопросу возникла важная проблема – каким образом будет пополняться список? Высказывалось предложение о передаче полномочий на места – губернским страховым кассам. Немченко выступил с альтернативной схемой: ЦУСС и ООТ НКТ соберут предложения с мест, а окончательное решение останется за Советом соцстрахования. Этот вариант приняли большинством голосов. Остальные правки носили уточняющий характер²⁸.

С их учётом и с комментарием относительно порядка сбора информации о профпатологиях список профзаболеваний утвердили в качестве приложения к «Постановлению об обеспечении инвалидов труда, утративших трудоспособность вследствие профессиональных заболеваний, и семейств застрахованных, умерших от профессиональных заболеваний»²⁹. Вышедшее в августе того же года «Положение об обеспечении в порядке социального страхования инвалидов труда и членов семейств умерших или безвестно отсутствующих застрахованных и инвалидов труда»³⁰, утверждённое ЦИК и СНК СССР, окончательно уравнило в правах две категории инвалидов труда и закрепило порядок принятия списка профзаболеваний. Как и прежде, изменения в данный реестр внёс Союзный совет соцстрахования.

Обходной манёвр № 1: трудовое увечье командированных на борьбу с эпидемией (1925–1927). Союз медсантруд и Наркомздрав не смогли добиться дополнительного соцобеспечения медперсонала от наиболее распространённых патологий. Однако это привело не к сворачиванию деятельности в этом направлении, а, наоборот, к её активизации. Условно (так как на уровне конкретных людей постоянно встречались пересечения) можно выделить две линии работы: научно-просветительская деятельность профсоюза и законотворческая активность Наркомата.

Главным оружием Союза выступало Центральное научно-консультативное бюро (НКБ) по изучению профессиональных вредностей медицинской работы и его губернские аналоги. Ещё в конце 1922 г. при Московском губот-

²⁸ Там же, д. 142, л. 19, 21.

²⁹ Данилова Е. Н. Действующее законодательство о труде. Т. 2. М., 1927. С. 1463–1466.

³⁰ СЗ СССР. 1925. № 57. Ст. 429.

деле союза появилось первое научно-консультативное бюро, которое активно публиковало изыскания по гигиене и патологии труда медработников³¹. Центральное НКБ тоже выпускало исследования³². Доклады, экспертные заключения и т.д. создавали информационную картину, которая играла на руку Союзу и Наркомздраву. В этой обстановке НКЗ приступил к подготовке нового нормативно-правового акта о пенсиях для медперсонала в связи с профзаболеваниями уже в 1925 г. Первоначальный проект, вынесенный на обсуждение наркоматов в сентябре, строился как уточнение ст. 14 декрета СНК РСФСР о профработе и правах медработников. Наркомат предлагал приравнять лиц, командированных на борьбу с эпидемиями (холеры, сыпного тифа, возвратного тифа, скарлатины, проказы, сибирской язвы, сапа и малярии), к военнослужащим. Правда, получалась странная ситуация, когда сотрудники, задействованные на борьбе с эпидемией чумы, получали пенсионное обеспечение как лица, имеющие особые заслуги перед республикой, а медперсонал на других эпидемиях — как военнослужащие.

Первые же отзывы содержали много критических замечаний. Если Наркомюст сосредоточился на редакционной критике юридического характера, то Наркомсобес и ВЦСПС внесли поправки по существу. НКСО предлагал создать межведомственную комиссию, которая бы занималась назначением пенсий для обозначенной выше категории медработников и функционировала бы по аналогии с комиссией по назначению персональных пенсий и пособий при этом наркомате. По сути, борьба шла за контроль над финансовыми потоками. Сотрудники Наркомсобеса чётко прописали, что «потребные кредиты должны отпускаться из центрального республиканского госбюджета по смете НКСО с учётом соответствующих долевого вноса Наркомтруда по Главному управлению социального страхования»³³. ВЦСПС в своём заключении сосредоточился на унификации форм пенсий, предложив не вводить особый их вид, а распространить нормы о пенсионном обеспечении инвалидов труда с увечьем или профпатологией³⁴.

Обсуждение частично переработанного проекта возобновилось в феврале–марте 1926 г. Новая порция критики поступила от НКТ РСФСР³⁵, который отстаивал интересы Главсоцстраха. Прописывались технические замечания, например, то, что факт стойкой утраты трудоспособности устанавливали не врачебно-контрольные комиссии, призванные следить за работой медперсонала, а бюро врачебной экспертизы, которые занимались этим по отношению ко всем категориям трудящихся. Излагались и политические замечания, например, поддержка создания «Особой межведомственной комиссии при НКСО», которая бы назначала пенсии «по ходатайству НКЗдрава в каждом отдельном случае».

При обсуждении проекта на заседании Малого Совнаркома РСФСР (23 марта 1926 г.) Семашко апеллировал к экономическим трудностям в деле борьбы с эпидемиями: «Существующие же ставки вечных и трудовых пенсий столь низки, что не могут служить стимулом для согласия медперсонала на ра-

³¹ Труд и быт медработников г. Москвы и Московской губернии... Вып. 1–5. М., 1923–1927.

³² Материалы по изучению труда медицинских работников Центрального научно-консультативного бюро при ЦК Медсантруд. Вып. 1–5. М., 1928–1929.

³³ ГА РФ, ф. А-259, оп. 106, д. 3073, л. 29, 32.

³⁴ Там же, ф. Р-5465, оп. 7, д. 143, л. 14.

³⁵ Там же, ф. А-259, оп. 106, д. 3073, л. 31.

боту в противоэпидемическом отряде»³⁶. В итоге приняли, как первоначально показалось, компромиссный вариант: отказаться от приравнивания медперсонала, командированного на борьбу с эпидемиями, к военнослужащим, а распространить на этих работников положение о трудовом увечье. Однако данное решение вызвало протест со стороны Наркомфина и Наркомтруда. Первое ведомство считало, что по степени общественной опасности к чуме можно приравнивать только холеру и сыпной тиф, а остальные эпидемии являются «постоянно встречаемыми в практике каждого врача» и не требуют дополнительного социального обеспечения. Кроме того, отмечалось, что постановление СНК РСФСР излишне, поскольку существует общесоюзное постановление ЦИК и СНК СССР о пенсиях для инвалидов труда. Это мнение полностью разделяли представители второго ведомства, главный тезис которого, впрочем, заключался в том, что невозможно установить прямую связь между деятельностью врача и фактом заражения инфекционным заболеванием: наличие инкубационного периода, возможность заразиться «в условиях домашней обстановки, в свободное от служебных обязанностей время»³⁷. Но, несмотря на все возражения, СНК РСФСР утвердил решение Малого Совнаркома и оформил его постановлением от 31 марта о пенсионном обеспечении лиц медперсонала, работающих по борьбе с эпидемиями³⁸.

На этом, впрочем, борьба не завершилась. В конце апреля Центральное управление соцстраха НКТ подняло вопрос об опротестовании решения СНК³⁹. Аргументация ЦУСС совпадала с протестом их российских коллег: превышение полномочий со стороны Совнаркома союзной республики, невозможность применения понятия «трудовое увечье» к инфекционным заболеваниям медперсонала и т.д. Арбитром в этом споре выступал союзный СНК, который пытались убедить в своей правоте два блока: с одной стороны, Главсоцстрах, НКТ РСФСР, ЦУСС и НКТ СССР, а с другой — НКЗ и СНК РСФСР и ВЦСПС. В ноябре 1926 г. Совнарком СССР вынес решение об отклонении протеста НКТ и подготовке аналогичного общесоюзного постановления⁴⁰.

При обсуждении его проекта высказали мнения представительства остальных союзных республик. ЗСФСР, Белорусская и Узбекская ССР ограничились отсутствием возражений, Украинская и Туркменская предложили распространить пенсионное обеспечение «и на тот персонал, который постоянно работает по борьбе с указанными эпидемиями»⁴¹. Украинцы также подняли вопрос о включении в список чумы. В марте 1927 г. в этой эпопее произошёл ещё один поворот. СНК СССР решил частично пересмотреть своё ноябрьское решение и не принимать постановление, а провести данный проект через Союзный совет соцстраха, что являлось формальным соблюдением процессуальных правил. Постановление этого Совета последовало 9 мая и повторило декрет СНК РСФСР в части списка эпидемий и схемы пенсионного обеспечения.

«Правила» 1928 г.: попытка систематизации законодательства. С инициативой о модернизации законодательства о пенсионном обеспечении инвалидов труда выступали не только НКЗ и Союз медсантруд, но также промышлен-

³⁶ Там же, ф. Р-5465, оп. 7, д. 143, л. 15.

³⁷ Там же, ф. А-259, оп. 106, д. 3073, л. 23.

³⁸ СУ РСФСР. 1926. № 20. Ст. 156.

³⁹ ГА РФ, ф. Р-5465, оп. 8, д. 176, л. 11.

⁴⁰ Там же, ф. А-259, оп. 106, д. 3073, л. 1.

⁴¹ Там же, оп. 116, д. 2273, л. 8.

ные профсоюзы и региональные ведомства труда. Внешнее давление совпало с внутренним желанием страховых органов систематизировать и унифицировать нормативно-правовые акты о данном виде пенсий. Процесс обновления законодательства начался в 1927 г. и проходил под контролем ЦУСС. Ротация «подрядчика» стала итогом двух параллельных процессов, которые происходили внутри НКТ. Во-первых, в 1925–1927 гг. произошла смена коллектива союзного ООТ. Его начальник С.И. Каплун и большая часть его команды перешли на различные должности в новые научно-исследовательские организации. Новый глава отдела И.И. Желтов не имел медицинского прошлого, а был советским и профсоюзным управленцем. Во-вторых, руководство ЦУСС вело борьбу за контроль над медпомощью застрахованным работникам. С самого начала нэпа и возрождения практики соцстраха возобновилась дискуссия об организационных формах здравоохранения. ЦУСС с переменным успехом пытался добиться выделения страховой медицины в самостоятельную структуру под своим контролем. Против страховщиков играла сложная система управления здравоохранением, но появилась возможность победить более слабого соперника в рамках Наркомата труда. Создание внутри управления медицинской части и научного совета дало возможность напрямую работать с научными кадрами, чем заметно усилило его позиции в медицинской сфере.

К ноябрю 1927 г. сотрудники ЦУСС подготовили «Правила обеспечения в порядке социального страхования по инвалидности и по случаю потери кормильца», призванные заменить аналогичное «Положение» от 1925 г. и все другие нормативно-правовые акты по данному вопросу. Как и в случае с «Положением», приложением к «Правилам» должен был стать список профзаболеваний, создание которого курировал Н.А. Вигдорчик. В Российской империи и в первые годы существования РСФСР он активно занимался вопросами соцстраха трудящихся и обеспечением их медпомощью, а позже специализировался на вопросах инвалидности и врачебно-трудовой экспертизы; с 1924 г. возглавлял Ленинградский институт по изучению профболезней и аналогичную кафедру в Государственном институте усовершенствования врачей.

Тем временем в сентябре медицинская часть орготдела ЦУСС отчиталась⁴² о подготовке нового списка профзаболеваний и переходе к стадии его обсуждения с Главсоцстрахом и крупными страховыми кассами, ЦК отраслевых профсоюзов и ВЦСПС, а также к «проведению его через Научный совет и совещание мед[ицинских] отделов при Цусстрахе»⁴³. Публичное обсуждение обновлённого списка с широким кругом заинтересованных лиц состоялось 22–23 ноября 1927 г. на Всесоюзном совещании по врачебной экспертизе, в рамках которого прошло заседание Научного совета при ЦУСС. Однако дальнейшее обсуждение начало постепенно затягиваться. Уже весной 1928 г. проявилась разница в темпах обсуждения текста «Правил» и списка профзаболеваний. Если основной текст дискутировался с минимальным привлечением внешних экспертов, то работа над приложением требовала сотрудничества с профильными врачами. К июлю органы соцстраха союзных республик и крупные региональные страховые кассы смогли выработать своё мнение по тексту «Правил», но не по списку профзаболеваний. Чтобы не затягивать работу, решили разделить принятие новых «Правил» и обновление списка профпатологий.

⁴² Там же, ф. Р-5528, оп. 2, д. 390, л. 36.

⁴³ Там же, д. 365, л. 40–42.

Новшеством по сравнению с «Положением» 1925 г. стала интеграция в основной текст норм о трудовом увечье медицинского и ветеринарного персонала, задействованного в борьбе с опасными эпидемиями. В духе преемственности с российскими и союзными законами появился п. 4 (разд. 1, гл. 1), который подтверждал распространение норм о пенсионном обеспечении трудового увечья на медицинских и ветеринарных работников, работающих на эпидемиях. Но выявились и отличия. Так, существовавшее ранее пояснение «специально командированные/направляемые» опустили. Это заметно расширило возможности пенсионного обеспечения и учло предложения нескольких союзных республик. Кроме того, в списке эпидемий появилось отдельное перечисление для ветеринарного персонала (эпизотический сап, бешенство и сибирская язва), а для медработников добавили эпидемический энцефалит. Это произошло в результате усилий Союза медсантруд, который на протяжении второй половины 1927 г. поднимал данный вопрос в официальных письмах⁴⁴ и на страницах периодических изданий.

Именно п. 4 «Правил» вызвал наибольшее обсуждение в среде специалистов. Радикальную позицию занял Вигдорчик, который 23 мая 1928 г. на заседании комиссии Союзного совета соцстрахования⁴⁵ предложил полностью исключить данный пункт, так как он вторгался в порядок формирования списка профпатологий. Украинский Главсоцстрах предложил не менее радикальный вариант: «Считать... трудовым увечьем все острые профессиональные отравления, а также острые инфекционные заболевания, связанные с выполнением профессиональных обязанностей»⁴⁶. Данный подход заметно расширял границы применения законодательства по социальному обеспечению и давал республиканским и местным органам соцстрахования заметную свободу действия. Однако это явно противоречило концепции союзного центра. Остальные предложения не подрывали логику п. 4 и были нацелены на пересмотр или дополнение списка эпидемий. Особый интерес представляло предложение «о распространении этой статьи на инвалидность, наступившую... в связи с работой в заразных бараках»⁴⁷. Тем самым предлагалось ввести универсальное определение места возможного получения трудового увечья («заразный барак»), что могло распространить социальное обеспечение на большее количество медицинских работников. С аналогичной идеей выступил Союз медсантруд, рекомендовавший заменить формулировку «в связи с эпидемией» на «соприкосновение с одноимённой инфекцией или одноимённым патологическим материалом»⁴⁸. Однако эти дополнения в окончательный текст не попали.

Третьим направлением дискуссии стал поднятый в очередной раз вопрос о механизме изменения списка профболезней. Вновь предлагалось «предоставить Главсоцстрахам в исключительных случаях право приравнивать к профзаболеваниям и те заболевания, которые не означены в списке Союзного совета»⁴⁹. В итоговой версии сохранилась прежняя схема — утверждение Союзным советом исчерпывающего списка профзаболеваний.

⁴⁴ Там же, ф. Р-5465, оп. 9, д. 198, л. 62.

⁴⁵ Там же, ф. Р-7062, оп. 1, д. 64, л. 356.

⁴⁶ Там же, д. 68, л. 130; ф. Р-5528, оп. 2, д. 478, л. 37.

⁴⁷ Там же, ф. Р-7062, оп. 1, д. 64, л. 356.

⁴⁸ Там же, ф. Р-5465, оп. 10, д. 154, л. 1.

⁴⁹ Там же, ф. Р-7062, оп. 1, д. 64, л. 356.

Окончательную версию «Правил обеспечения в порядке социального страхования по инвалидности и по случаю потери кормильца»⁵⁰ Совет соцстрахования утвердил 4 июля 1928 г. В п. 4 «Правил» содержалось определение трудовых увечий для медицинского и ветеринарного персонала (список эпидемий). Список профзаболеваний шёл как приложение к п. 5 и утверждался отдельно (на том же заседании Совета его утвердили в редакции 1925 г.).

Обходной манёвр № 2: трудовое увечье персонала психиатрических учреждений (1927–1928). Параллельно с «Правилами обеспечения в порядке социального страхования по инвалидности и по случаю потери кормильца» шла борьба за распространение категории «инвалид труда» на медперсонал психиатрических учреждений. В основных моментах и по раскладу политических сил этот эпизод очень сильно напоминает борьбу вокруг пенсионного обеспечения медперсонала, командированного на борьбу с эпидемиями.

К активизации Наркомздрава привели как работа по обновлению пенсионного законодательства, так и презентация Вигдорчиком и Научным советом ЦУСС обновлённого списка профпатологий. В декабре 1927 г. Наркомздрав предоставил в СНК РСФСР проект постановления и сопроводительное письмо об улучшении положения медперсонала психиатрических учреждений⁵¹. Для большей убедительности ситуация рисовалась исключительно мрачными красками: пациенты создают тяжёлые условия труда, состояние зданий (техническое и гигиеническое) плачевно, удалённость лечебниц от городов создаёт проблемы с получением детьми сотрудников образования и оторванностью от культуры, налицо дефицит персонала с профильным образованием, высока текучесть кадров, сотрудники ведут себя нестабильно и т.д. Выходом из такого положения должно стать повышение престижности работы в таких учреждениях за счёт материальных стимулов и дополнительных льгот, в том числе и пенсионного обеспечения профзаболеваний («нервно-психические расстройства»). По традиции проект получил поддержку со стороны ВЦСПС.

При обсуждении новой инициативы НКЗ с критическими замечаниями выступили НКТ⁵², НКВД и Наркомпрос⁵³. Если последние два ведомства в основном критиковали предложения по решению жилищного вопроса и проблемы образования для детей медперсонала, то НКТ много внимания уделил именно пенсиям. Аргументы повторяли предыдущую дискуссию: медперсоналу при трудовом увечье (травме во время исполнения должностных обязанностей) полагается пенсия; «нервно-психическое расстройство» нельзя приравнять к трудовому увечью; НКЗ и СНК РСФСР в очередной раз превысили свои полномочия, так как вносить изменения в список профзаболеваний может только Союзный совет соцстраха. Но содержалось и конструктивное предложение — дождаться пересмотра списка, «который производится в настоящее время по поручению Цусстрах крупнейшими научными авторитетами в области профзаболеваний»⁵⁴.

Для урегулирования споров и выработки компромиссного проекта Малый Совнарком РСФСР 30 декабря 1927 г. создал комиссию, в которую вошли пред-

⁵⁰ Правила обеспечения в порядке социального страхования по инвалидности и по случаю потери кормильца. М., 1928.

⁵¹ ГА РФ, ф. А-259, оп. 126, д. 3868, л. 52–53.

⁵² Там же, л. 28.

⁵³ Там же, л. 58, 59.

⁵⁴ Там же, л. 28.

ставители НКЗ, НКТ, Наркомфина, Наркомпроса и ЦК Союза медсантруд. Она заметно переработала изначальный проект, но пункт о пенсиях остался в неизменном виде. Итоговый вариант постановления 16 февраля 1928 г. утвердил СНК РСФСР. Отредактированный пункт о пенсиях выглядел так: «Медицинские работники психиатрических учреждений, непосредственно обслуживающие душевнобольных, в случае профессиональных заболеваний, приравниваются в отношении обеспечения в порядке социального страхования к лицам, утратившим трудоспособность вследствие увечья»⁵⁵. Конечная формулировка носила компромиссный характер, так как не содержала конкретного названия патологии. Это должно было помочь сохранить границы компетенций.

По уже сложившейся традиции НКТ СССР решил обжаловать решение. В марте 1928 г. ведомство направило в Совнарком РСФСР ходатайство об отмене февральского постановления, мотивируя это тем, что СНК вновь нарушил границы, подменив собой Союзный совет соцстраха, а список профболезней создавался для лиц, занятых физическим трудом, и за время его существования не было добавлено ни одного заболевания для этой категории тружеников. В ответ НКЗ подготовил новую справку, где описал ситуацию в не менее мрачных тонах. Например, тяжёлые условия труда в психиатрических учреждениях приводят к бегству хороших сотрудников, а на их место приходят «лица отягощённые, предрасположенные к нервно-психическим заболеваниям, психопаты»⁵⁶. Отзыв Союза медсантруд оказался менее драматичным. Профсоюзники сосредоточились на критике критики, т.е. отвечали на конкретные замечания со стороны НКТ и страховых органов.

Вместо повторного рассмотрения по горячим следам правительство РСФСР начало затягивать вынесение решения, постоянно откладывая его по техническим причинам. Попытку ускорить процесс в начале мая 1928 г. предпринял Союзный совет соцстраха⁵⁷, постановивший обратиться в СНК СССР с предложением об отмене российского декрета, а также рекомендовать ЦУСС и его Научному совету подготовить перечень профпатологий медработников психиатрических лечебных заведений, который можно включить в список профзаболеваний. Но компромиссный вариант Совета не устроил НКЗ и СНК РСФСР, что нашло отражение в решении последнего от 22 мая того же года: ходатайство НКТ отклонить, поручить Совету соцстраха РСФСР провести нормы о профпатологии медработников психиатрических лечебниц через Союзный совет.

Потерпев очередную неудачу на уровне руководства союзной республики, НКТ начал адресовать свои протесты уже СНК СССР. Вновь начался обмен справками и пояснительными записками, которые в сокращённой форме повторяли аргументацию предыдущего раунда. Интересным новым доводом со стороны ведомства труда явилась претензия на отсутствие конкретного наименования профпатологии, что потенциально давало возможность врачам экспертной комиссии признавать в качестве профзаболевания любую болезнь. Российские власти парировали выпад тем, что это — сознательное соблюдение границ полномочий, и что теперь Союзный совет сам может определить список профзаболеваний⁵⁸. Одновременно с борьбой ведомств Центральное научно-консультативное бюро Союза медсантруд разрабатывало конкретные предло-

⁵⁵ СУ РСФСР. 1928. № 25. Ст. 181.

⁵⁶ ГА РФ, ф. А-259, оп. 126, д. 3868, л. 29.

⁵⁷ Там же, л. 11.

⁵⁸ Там же, л. 5.

жения по дополнению списка профболезней. После обсуждения с привлечением представителей НКЗ, психиатрических лечебных и научных учреждений профсоюз определился с конкретными наименованиями: «1) явление раннего артериосклеротического слабоумия с потерей работоспособности; 2) клинически выраженные формы душевных заболеваний; 3) тяжёлые неврозы с деградацией личности и изменением характера»⁵⁹.

Точку в противостоянии поставил союзный Совнарком⁶⁰, постановивший в августе 1928 г. приравнять профзаболевания медперсонала психиатрических учреждений к увечьям. Союзному совету соцстраха поручалось разработать дополнения списка профболезней. В октябре Совет добавил в перечень ряд расстройств: «Тяжёлый невроз с деградацией интеллекта и изменением характера; раннее артериосклеротическое слабоумие; клинически выраженные душевные заболевания, возникающие в возрасте, не соответствующем данному заболеванию»⁶¹. Соцобеспечение по этим профпатологиям распространялась на «медицинских работников психиатрических учреждений, непосредственно обслуживающих душевнобольных».

«Окончательная редакция» списка специфических профзаболеваний (1927–1931). Параллельно с обсуждением «Правил обеспечения в порядке социального страхования по инвалидности и по случаю потери кормильца» и постановления о профзаболеваниях медперсонала психучреждений шла дискуссия о новом списке специфических профболезней, подготовленном Вигдорчиком и коллективом Ленинградского института по изучению профзаболеваний. Он заметно отличался от предшественника: отсутствовали графы с указанием минимального стажа и максимального времени после окончания работы на конкретном производстве или в профессии. Однако фактор времени исчез не полностью. В инструкции, объясняющей трудные моменты, сохранилось разъяснение о стаже. Вторым формальным изменением стало появление столбца «Профессиональная вредность, вызывающая болезнь». Новая структура списка визуализировала внутреннюю логику. Первый столбец именовался «Название болезни», второй – «Профессиональная вредность, вызывающая болезнь», третий – «Примеры профессий, где данная болезнь встречается преимущественно или исключительно». Предполагалось, что данная структура облегчит работу врачей-профпатологов и специалистов по соцстраху.

Содержание списка тоже претерпело частичное изменение. В первоначальном проекте Вигдорчика (ноябрь 1927 г.), как и в списке 1925 г., для медперсонала предусматривались только «тяжёлые поражения тканей», вызванные работой с рентгеновским излучением или радием. Союз медсантруд в своём заключении писал о необходимости добавления острых инфекций («соприкосновение с острыми большими»), сифилиса («соприкосновение с большим») и «душевные заболевания органического происхождения» («работа в психучреждениях») ⁶². Под влиянием постановления Союзного совета соцстраха в окончательной версии нового списка ментальные расстройства появились в качестве примечания № 2. Подобным образом ЦУСС попытался несколько компенсировать проигрыш НКЗ и не допустить распространения пенсион-

⁵⁹ Там же, ф. Р-5465, оп. 10, д. 119а, л. 4.

⁶⁰ Там же, ф. А-259, оп. 126, д. 3868, л. 1.

⁶¹ Там же, ф. Р-7062, оп. 1, д. 48, л. 74.

⁶² Там же, ф. Р-5465, оп. 10, д. 154, л. 1.

ного обеспечения психических заболеваний на другие категории тружеников. Вопрос же об инфекционных заболеваниях снова отложили.

Наиболее развёрнутые замечания на проект Вигдорчика дал Всероссийский совет соцстрахования⁶³. Для обсуждения новой редакции списка сформировали специальную комиссию из представителей российского Главсоцстраха (Б.А. Либерман, Б.Н. Гутерман и Полянский), заинтересованных российских наркоматов (М.Б. Зельдес из НКЗ и М.Г. Рафес из НКТ), профсоюзов (Попов и Ушаков) и научных организаций (М.Я. Лукомский и А.А. Летавет). Из девяти членов комиссии четверо (Летавет, Лукомский, Рафес и Ушаков) участвовали в разработке и обсуждении первой версии списка. Часть предложений имела уточняющий характер, но выявились и существенные дополнения. Комиссия предложила расширить понятие «трудовое увечье» для медветработников за счёт включения нетрудоспособности по причине столбняка, сибирской язвы и сапа, а также работы «в заразных отделениях лечебных учреждений».

Однако большинство предложений не прошли в итоговый список профзаболеваний. Его утвердили 4 января 1929 г. на заседании Союзного совета соцстрахования при НКТ СССР. Список вносился на рассмотрение от Научного совета ЦУСС, главным докладчиком выступил Вигдорчик. Обсуждение списка сопровождалось очередным витком дискуссии о признании профпатологией ревматизма и туберкулёза. В итоговом протоколе зафиксированы сразу две позиции. Совет соцстрахования постановил дать задание Научному совету ЦУСС продолжить изучение профболезней в направлении возможного включения в данный список названных заболеваний. Отдельно было внесено особое мнение Немченко, считавшего «вредным давать хотя бы и косвенное обязательство включить в список профзаболеваний такие массовые социальные болезни, как туберкулёз, ревматизм и т.п.». Он апеллировал не к медицинской составляющей, а к финансовой («При том тяжёлом финансовом положении, в каком находится соцстрах, такого рода расплывчатых программ себе ставить нельзя»). В итоговом постановлении упоминание о перспективах включения ревматизма и туберкулёза в список профболезней отсутствовало⁶⁴.

Завершилось формирование списка профессиональных заболеваний в январе 1931 г. за счёт добавления в него ряда инфекционных болезней. Абсолютным новшеством явилось появление в списке столбняка. Это заболевание фигурировало только в 1928 г. в предложениях комиссии Всероссийского совета соцстраха как часть трудового увечья. Сибирскую язву, сап и бешенство признали полноценными профзаболеваниями, что позволило распространить пенсионное обеспечение по трудовой инвалидности на большее количество работников. Под № 26 в списке записаны «острые инфекционные заболевания, однородные с той инфекцией, которую данные лица обслуживали, если нет оснований предполагать, что источник заболевания лежал вне условий работы по данной профессии». Этот пункт объединил в себе ст. 4 (о трудовых увечьях медицинского и ветеринарного персонала) «Правил обеспечения в порядке социального страхования по инвалидности и по случаю потери кормильца» с различными предложениями о включении работы в «заразных бараках» в качестве трудового увечья. Новая редакция распространялась не только на врачей и ветеринаров, участвовавших в борьбе с конкретными эпидемиями или

⁶³ Там же, ф. А-391, оп. 3, д. 43, л. 6.

⁶⁴ Там же, ф. Р-7062, оп. 1, д. 79, л. 75–78.

эпизоотиями, но и на тех, кто работал в учреждениях для заразных больных и контактировал с ними по ходу профессиональной деятельности, а также на персонал «научных институтов и лабораторий, постоянно соприкасающийся с патогенными материалами». С п. 26 было связано новое примечание № 2 о возможности признания профпатологией сифилиса, «если локализация первичного поражения характерна для выполнения профессиональных обязанностей, например, у акушеров – сифилитическое поражение рук, у кормилиц – груди, у стеклодувов – в области рта».

Список профболезней оставался неизменным до середины 1950-х гг. Во многом на его стабильность повлиял «Великий перелом», изменивший сферы здравоохранения, социального страхования и обеспечения. На протяжении 1930-х гг. параллельно шли, с одной стороны, ослабление всей профилактической медицины и усиление лечебного дела, с другой – сворачивание системы социального страхования и замена её на государственное обеспечение. На развитие профгигиены и охраны труда заметное влияние оказали ударничество, стахановщина и другие мобилизационные инициативы, так как специалисты по медицине и охране труда не должны были стоять на пути у самоотверженных тружеников.

С 1918 по 1931 г. советское законодательство о пенсионном обеспечении медицинского персонала в случае наступления стойкой нетрудоспособности из-за профессиональных заболеваний прошло сложный путь становления. В период Гражданской войны дифференциации причин утраты трудоспособности на законодательном уровне не происходило. В условиях массовой мобилизации и дефицита медицинского персонала не имело значения, почему врач или любой другой работник получил существенный урон здоровью и потерял возможность трудиться. Нэп, с его демобилизацией трудовых ресурсов, породил новые условия, в которых человек мог вновь остаться без работы. Возрождение социального страхования наёмных работников привело к законодательному размежеванию причин утраты трудоспособности. В середине 1920-х гг. было введено пенсионное обеспечение инвалидов труда (с производственной травмой или с профпатологией), что отличило их от людей, утративших возможность трудиться вследствие «бытовых заболеваний». Медицинский персонал выделялся на фоне других категорий наёмных работников из-за наличия профессионального контакта с болеющими. Целенаправленная деятельность медицинского профсоюза и Наркомздрава по защите интересов работников системы здравоохранения привела к позитивным изменениям. Список профпатологий, дававший право на пенсионное обеспечение, пополнялся профзаболеваниями, характерными для медицинского и ветеринарного персонала.