

УДК 94(47).084

**ОСОБЕННОСТИ ОБЪЕДИНЕНИЯ ЛЕЧЕБНЫХ  
УЧРЕЖДЕНИЙ В ХОДЕ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 1947-1952 ГГ.  
(НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРАЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ ИМ. ПИРОГОВА ГОРОДА КУЙБЫШЕВА)**

© 2025 О.Д. Столяров

Самарский государственный медицинский университет,  
Приволжский государственный университет путей сообщения

Статья поступила в редакцию 28.07.2025

*Ссылка для цитирования:* Столяров О.Д. Особенности объединения лечебных учреждений в ходе реформы здравоохранения 1947-1952 гг. (на примере Центральной больницы им. Пирогова города Куйбышева) //Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Исторические науки. Том 7. 2025. Номер 3. С. 82-89.

В статье анализируется вопрос о влиянии реформ, проведенных в сфере здравоохранения в 1947-1952 гг., на специфику и качество работы системы охраны здоровья населения в период проведения самой реформы. Важнейшей ее частью был процесс объединения стационарных и амбулаторных медицинских учреждений с целью повышения качества работы последних. Проблема проведения данной реформы рассматривается на примере Центральной больницы им. Пирогова, которая, во-первых, являлась крупнейшим учреждением здравоохранения в Куйбышеве, во-вторых, располагалась близко к центральной части города, что порождало определенные специфические особенности, связанные с объединением этой больницы с амбулаторными учреждениями. В результате исследования был сделан вывод, что первоначальные результаты реформы носили неоднозначный характер и не вполне отражали замыслы Е.И. Смирнова.

*Ключевые слова:* советское здравоохранение, реформа Е.И. Смирнова, стационарные медицинские учреждения, амбулаторные медицинские учреждения, Центральная больница им. Пирогова города Куйбышева.

DOI: 10.37313/2658-4816-2025-7-3-82-89

EDN: AAZXHR

Послевоенный период традиционно считается этапом, в течение которого советское здравоохранение претерпело если не кардинальные, то весьма значительные изменения, которые, однако, рассматриваются и оцениваются в литературе различным образом.

Советские исследователи в подавляющем своем большинстве рассматривали развитие отечественного здравоохранения на протяжении всех исторических этапов начиная с 1917 г. как, во-первых, реализацию фундаментальных принципов советского здравоохранения, сформулированных еще Н.А. Семашко, и, во-вторых, как процесс количественного расширения и качественного совершенствования, т.е. увеличения числа врачей, коек, роста квалификации медиков и т.п. С этой точки зрения послевоенный период представляет собой органическую часть общего исторического развития советского здравоохранения, при том занимает в этом процессе довольно значительное место, определявшееся тем, что как раз в эти годы была в значительной степени изменена система организации медицинской помощи населению. Кроме того, как отмечают и современные исследователи, необходимость форсированного развития системы здравоохранения именно в этот период в значительной степени была связана с наследием войны, в течение которой было частично или

---

*Столяров Олег Дмитриевич, кандидат исторических наук, доцент кафедры истории Отечества, медицины и социальных наук Самарского государственного университета, доцент кафедры «Философия и история науки» Приволжского государственного университета путей сообщения. E-mail: belomor2012@mail.ru*

полностью уничтожено около 40 000 лечебных учреждений<sup>1</sup>. Надо сказать, что многие из этих представлений, в первую очередь положение о неизменности принципиальных основ советского здравоохранения, периодически подвергаются критике в современной историографии<sup>2</sup>, вплоть до мнения о мифологизации советскими исследователями истории отечественного здравоохранения<sup>3</sup>.

Однако не следует полагать, что утвердившаяся в советской историографии и основанная на солидном фундаменте исторических фактов точка зрения полностью отброшена современными исследователями. Дело идет скорее о ее корректировке и дополнении, и в первую очередь историки здравоохранения пытаются обнаружить принципиальные различия между теми или иными этапами развития системы охраны здоровья населения в СССР. При такой постановке вопроса исследователи полагают, что вопреки всем декларациям идеологического характера советское здравоохранение в определенный период перетерпело качественную трансформацию.

Наиболее распространенной концепцией такого рода является точка зрения К. Бартона, в соответствии с которой как раз в послевоенный период произошел переход от системы преимущественного медицинского обеспечения рабочих к системе относительно равномерного распределения услуг среди различных социальных групп. В этом исследователь видел элементы формирования «режима благоденствия», который противопоставлялся прежнему положению вещей, характеризовавшемуся классовым подходом. В области же организационных основ такие перемены нашли свое выражение в переходе от индустриально-производственного к территориальному принципу устройства системы здравоохранения<sup>4</sup>. Надо сказать, что данная точка зрения в полной мере разделяется далеко не всеми исследователями, склоняющимися к мнению о необходимости отказа от прежней концепции линейного развития советского здравоохранения. При этом некоторые авторы ставят вопрос более или менее схожим образом, а именно говорят о том, что 40-е гг. стали переломным периодом, в течение которого в советском здравоохранении произошли кардинальные перемены. Так, М.А. Семенов считает, что в период Великой Отечественной войны произошла «идеологическая адаптация», т.е. отказ от доминирования идеологических установок в системе здравоохранения, которое начинает в большей мере ориентироваться на решение сугубо практических задач<sup>5</sup>. Кроме того, некоторые авторы подвергают сомнению тезис представителей данного направления, в соответствии с которым в послевоенный период задачи социального, в том числе и медицинского обеспечения населения начали играть более значительную роль, нежели в довоенный период<sup>6</sup>.

Реформа Е.И. Смирнова, которая носила комплексный характер, включая в себя значительный ряд элементов, вследствие указанных разногласий может представлять под тем или иным углом зрения. Так, сторонники положения, в соответствии с которым в послевоенный период происходил переход от доминирования индустриального принципа к преобладанию территориального, особый акцент делали на расширения сети сельских лечебных учреждений и т.п. С другой стороны, исследователи, рассматривающие развитие советского здравоохранения как процесс более или менее линейного роста, в качестве главного звена реформы обыкновенно выделяют процесс объединения стационарных и амбулаторных учреждений<sup>7</sup>.

Исходным пунктом этой реорганизации стали данные медицинской статистики, которая показывала высокий процент расхождений между поликлиническими и больничными диагнозами, притом последние, разумеется, считались более точными<sup>8</sup>. Среди причин такого положения вещей ключевую роль с точки зрения руководителей здравоохранения играли две – во-первых, сравнительно низкая квалификация врачей, оказывающих амбулаторную помощь населению, во-вторых, недостаточная техническая оснащенность, затрудняющая во многих

случаях проведение лабораторной диагностики<sup>9</sup>. Оба эти фактора планировалось устранить путем объединения больниц и поликлиник, поскольку сотрудники последних получали в этом случае не только доступ к оборудованию, имевшемуся в распоряжении стационаров, но и помощь со стороны более квалифицированных, как предполагалось, специалистов.

С другой стороны, в работе врачей стационаров руководители системы здравоохранения также видели недостатки, находившие свое зримое выражение в статистике, касавшейся несовпадений больничных и патологоанатомических диагнозов. Эти расхождения объяснялись главным образом тем, что работающий в больнице медик наблюдал пациента лишь в течение периода пребывания последнего на койке, тогда как общие жизненные условия этого больного и развитие патологических процессов в его организме до момента госпитализации оставались вне поля зрения врача стационара<sup>10</sup>. Такого рода взгляд на специфику работы больниц был связан не только с практическими наблюдениями, но и с установкой на профилактический подход к охране здоровья населения. Во главу угла ставился участковый принцип, в соответствии с которым врач, если только он не являлся узким специалистом или не принадлежал к какой-либо специфической категории медицинской профессии, должен был вести определенное количество конкретных больных, сгруппированных либо по территориальному, либо – что бывало реже – по ведомственному принципу. С этой точки зрения тот факт, что больного в случае госпитализации пользовал не участковый врач, а медик, в большинстве случаев незнакомый с особенностями организма пациента, виделся несомненным недостатком.

Таким образом, рассматривая два основных звена системы здравоохранения – амбулаторное и стационарное, – Е.И. Смирнов и другие руководители Минздрава приходили к выводу, что оба они обладают своими специфическими изъянами, а наиболее эффективным путем их преодоления на данном этапе считали присоединение поликлиник к больницам. Притом дело шло не просто об организационном слиянии, но и об упразднении разделения занимавшихся лечебной деятельностью медиков на сотрудников стационаров и тех, кто оказывал амбулаторную помощь. На практике это означало, что в каждом из вновь образованных объединений врачи должны были работать одновременно и в стационаре, и вне него, т.е. в поликлинике или на участке. Соответствующими инструкциями было установлено, что в течение рабочего дня деятельность врача в больнице должна составлять не менее двух с половиной часов, а на долю работы в поликлинике или на участке оставалось четыре часа<sup>11</sup>.

Несмотря на факт констатации недочетов в обоих ключевых звеньях системы здравоохранения, более значительными признавались те, что относились к амбулаторным учреждениям. Выразилось это, в частности, в том, что во главе объединений должны были стоять главврачи больниц, в подчинении у которых находились руководители поликлиник<sup>12</sup>, тогда как заведующим больничным отделениям вменялось в обязанность курировать соответствующие их профилю направления работы в пределах объединения в целом<sup>13</sup>.

24-го ноября 1947 г. вышел приказ Минздрава РСФСР № 612 «Об улучшения качества больнично-поликлинического обслуживания населения», в котором предписывалось до 1-го января 1948 г. объединить городские больницы и поликлиники (амбулатории)<sup>14</sup>. Вместе с тем планировалось также проведение в жизнь таких мер, как увеличение количества участков<sup>15</sup> и усиление профилактической работы среди населения<sup>16</sup>. В частности, предписывалось организовать в присоединенных к больницам поликлиниках кабинеты санитарного просвещения<sup>17</sup>.

Следует отметить, что реформе, проведенной под руководством Е.И.Смирнова, уделено в историко-медицинской литературе достаточно серьезное внимание, однако анализируются данные преобразования преимущественно в масштабах страны в целом, тогда

как региональный аспект протекавших в данный период процессов остается относительно малоизученным<sup>18</sup>. Однако поскольку дело шло о весьма значительных изменениях в системе организации здравоохранения и в силу того, что реформа, включавшая в себя к тому же целый ряд других элементов<sup>19</sup>, должна была быть проведена в сжатые сроки, руководители городских и районных отделов здравоохранения столкнулись с немалыми трудностями, которые отличались разнообразной спецификой, зависевшей от местных – в том числе и в районных масштабах – особенностей.

В этом отношении довольно показательным представляется пример реорганизации в конце 1940-х гг. одного из крупнейших лечебных учреждений Куйбышева – Центральной больницы им. Пирогова, находившейся в подчинении городского отдела здравоохранения и располагавшейся на границе двух центральных районов Куйбышева – Сталинского и Ленинского. Значение этой больницы для города определялось рядом факторов, в частности, тем, что из четырех крупнейших стационаров Куйбышева лишь два, включая и больницу им. Пирогова, находились в ведении горздрава, тогда как другие два подчинялись соответственно областному отделу здравоохранения и Куйбышевскому государственному медицинскому институту. При этом второй из крупных стационаров, подчиненных горздраву – Центральная больница Кировского района, – был по количеству штатных должностей вдвое меньше, чем больница им. Пирогова<sup>20</sup>.

Кроме того, играл свою роль и территориальный момент – больница им. Пирогова как старейшая в городе фактически обслуживала все центральные и отчасти окраинные районы, поскольку в этот период в пяти из них (в Куйбышеве в данный период насчитывалось девять районов) не было районных больниц<sup>21</sup>.

И перед реформой Е.И. Смирнова, и в течение нее роль данного лечебного учреждения определялась также тем, что оно в целом ряде отношений выполняло функции общегородского центра. В частности, туда свозили большую часть больных города, получивших тяжелые травмы<sup>22</sup>. Кроме того, больница им. Пирогова была одним из трех городских стационаров, располагавших патологоанатомическим отделением<sup>23</sup>, и одним из двух, где имелись физиотерапевтические отделения<sup>24</sup>. Также следует отметить тот факт, что довольно значительную часть преподавателей Куйбышевского медицинского училища составляли заведующие отделениями больницы им. Пирогова, на базе которой в связи с этим проводились занятия<sup>25</sup>.

Таким образом, имеются основания говорить о данном лечебном учреждении как о крупнейшем из тех, что находились в ведении горздрава. Это, в свою очередь, позволяет прийти к предварительному выводу о том, что принципы реформы Смирнова должны были в данном случае найти более полное свое выражение, нежели в случае с другими больницами Куйбышева.

Формирование лечебного объединения на основе больницы им. Пирогова произошло 5-го января 1948 г., и присоединены к ней были находившиеся на ее же территории и при этом в одном и том же двухэтажном здании<sup>26</sup> поликлиника № 4 и женская консультация № 13 Ленинского района<sup>27</sup>. Однако едва ли на этом основании можно счесть, что таким объединением была достигнута предусмотренная основными положениями реформы Смирнова цель, поскольку предполагалось, что в результате всех преобразований необъединенных лечебных учреждений – за вычетом лишь некоторых узкоспециализированных – не останется вовсе. Поскольку же стационаров в городах было намного меньше, нежели амбулаторий, речь должна была идти о присоединении к одной больнице нескольких поликлиник. Именно этот принцип и предполагалось применить к больнице им. Пирогова, однако возможное объединение более широкого характера оказалось затруднительным из-за особенностей территориального распределения лечебных учреждений в Куйбышеве.



В результате, в частности, четыре «мощные» поликлиники, располагавшиеся в центральных районах города на значительном удалении от всех городских стационаров, оказались вне процесса объединения<sup>28</sup>.

При этом в целом к 1 января 1952 г. из 152 лечебных учреждений Куйбышева 123 подверглись объединению<sup>29</sup>, хотя в ряде случаев объединение, по мнению самих руководителей горздрава, носило «формальный характер»<sup>30</sup>.

Поскольку исходной точкой для проведения реформы стали – во всяком случае с внешней стороны – статистические данные, касавшиеся диагностических ошибок, постольку при анализе результатов проведенных преобразований следует в первую очередь обратить внимание на соответствующие изменения количественного характера, произошедшие в последующие несколько лет, имея, однако, в виду то обстоятельство, что руководители как созданных объединений, так и горздрава были заинтересованы в положительной динамике, которая подтверждала бы эффективность реформы.

В частности, согласно официальным сведениям, касавшимся больницы им. Пирогова, за 1947 г. несовпадение клинических и патологоанатомических диагнозов имело место в 8% случаев, причем этому давалось объяснение, в соответствии с которым многие из данных больных умерли в течение суток после поступления в больницу и, следовательно, не успели пройти тщательную диагностику<sup>31</sup>. Однако в отчетности 1949 г. содержатся иные сведения относительно 1947 г., а именно сообщается, что несовпадения соответствующих диагнозов составили 19,7%. При этом в отношении 1948 г. эта цифра составляла 13,3%, а в 1949 г. – 4,5%<sup>32</sup>.

Аналогичным образом обстояло дело с проблемой несовпадений поликлинических и больничных диагнозов. Так, согласно сведениям, предоставленным руководством больницы в 1949 г., эти расхождения составляли 5,8% в 1948 г. и 4,5% в 1949 г.<sup>33</sup>. Однако отчетность за 1951 г. рисует иную картину, в соответствии с которой в 1948 г. неверными оказались 25,1% поликлинических диагнозов, а в 1949 г. эта цифра уменьшилась до 4,6%<sup>34</sup>.

Иными словами, положительная динамика достигалась не путем предоставления неточных данных относительно отчетных лет (об этом у нас не имеется сведений), а посредством искусственного увеличения цифр, касавшихся предыдущих. Это, несомненно, свидетельствует о том, что проведение объединения не давало, во всяком случае в первый период, желаемого результата в той части, которая касалась количества несовпадения диагнозов.

Иным образом дело обстояло с проблемой доступа врачей поликлиник к больничному оборудованию, что видно на примере больницы им. Пирогова. В частности, в 1950 г. было сделано 27782 рентгеновских просвечивания и 5419 снимков, в 1951 г. – соответственно 31350 и 10624<sup>35</sup>. Эта же тенденция наблюдалась в работе физиотерапевтического отделения, в котором в 1950 г. было проведено 44636 процедур, а в 1951 г. – 60082. Руководство лечебного объединения давало данным фактам следующую оценку, представляющуюся обоснованной: «в связи с объединением улучшилось лабораторное обслуживание больного в поликлинике, оно больше приближается к стационарному»<sup>36</sup>.

Как видно, реформа Е.И. Смирнова, точнее, та ее часть, которая предполагала объединение больничных и поликлинических лечебных учреждений, в первые годы давала неоднозначные результаты и не вполне оправдывала надежды, возлагавшиеся на нее руководителями здравоохранения, однако в целом наряду с другими мероприятиями в данной области (особенно с увеличением количества поликлиник, расширением штатов лечебных и медико-профилактических учреждений) положительным образом сказывалась на развитии системы охраны здоровья населения. Разумеется, подобный вывод – т.е. перенос тех данных, которые характеризуют результаты объединения в одном частном случае – не может претендовать на окончательность, однако вполне определенным образом иллю-

стрирует по меньшей мере одну из важнейших тенденций, относящихся к данному процессу. Такое положение вещей заставляет несколько иначе, нежели это было принято в советской историографии, взглянуть на то место, которое занимал процесс объединения стационарных и амбулаторных учреждений в общей системе преобразований в области здравоохранения. Точнее говоря, возможно, что, характеризуя реформу Е.И. Смирнова в целом, следует делать больший акцент на других ее аспектах, в частности, на количественном росте системы охраны здоровья населения, который носил отнюдь не автоматический характер, а являлся результатом целенаправленных действий со стороны в том числе и руководителей Минздрава. При этом едва ли стоит считать реорганизацию, связанную с объединением больниц и поликлиник, случайным моментом в общей системе преобразований послевоенного периода. Очевидно, что вопрос о соотношении различных элементов в пределах реформы 1947-1952 гг., несмотря на ряд высказанных в литературе соображений по данному вопросу, на данный момент остается далеким от окончательного разрешения.

### ПРИМЕЧАНИЯ

- <sup>1</sup> *Затравкин С.Н., Вишленкова Е.А.* Восстановление или создание? Послевоенная реформа советского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 5. С. 1012.
- <sup>2</sup> *Ратманов П.Э.* Советское здравоохранение на международной арене в 1920-1940-х гг.: между «мягкой силой» и пропагандой (Западная Европа и США). Хабаровск: Изд-во ДВГМУ; 2021. С. 14.
- <sup>3</sup> *Вишленкова Е.А., Затравкин С.Н.* Достижения и дефициты истории советского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31. № 3. С. 501.
- <sup>4</sup> *Бартон К.* Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945-1953 годы // Журнал исследований социальной политики. 2007. Т. 5. № 4. С. 546-556.
- <sup>5</sup> *Семенов М.А.* Советское здравоохранение в годы Великой Отечественной войны: трансформация идеологических основ // Исторический курьер. 2021. № 6 (20). С. 143.
- <sup>6</sup> *Медведева Е.Г.* Характерные черты социальной политики в СССР в 1930-1953 гг. // Теория и практика общественного развития. 2023. № 1. С. 96.
- <sup>7</sup> *Альбицкий В.Ю., Шер С.А.* Реформирование детского здравоохранения в Советском Союзе после Великой Отечественной войны // Вопросы современной педиатрии. 2023. Т. 22. № 6. С. 492.
- <sup>8</sup> *Астафьева Т.М., Дерябина В.Л.* Указ. соч. С. 12; *Захаров Ф.Г.* Указ. соч. С. 148; Организация здравоохранения в СССР / под ред. Н.А. Виноградова. М.: Медгиз, 1962. С. 417; *Смирнов Е.И.* Указ. соч. С. 112; Сорок лет советского здравоохранения 1917-1957 / под ред. М.Д. Ковригиной: М.: Медгиз, 1957. С. 522.
- <sup>9</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 22. Л. 38.
- <sup>10</sup> Там же. Л. 15.
- <sup>11</sup> Там же. Л. 16.
- <sup>12</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 1. Л. 209 об.
- <sup>13</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 22. Л. 16.
- <sup>14</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 1. Л. 209.
- <sup>15</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 22. Л. 16 об.
- <sup>16</sup> Там же. Л. 78.
- <sup>17</sup> Там же. Л. 80.
- <sup>18</sup> *Фадеев А.В.* Указ соч. С. 53.
- <sup>19</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 1. Л. 3-6.
- <sup>20</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 64. Л. 20.
- <sup>21</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 4. Д. 122. Л. 21-22.
- <sup>22</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 64. Л. 12.
- <sup>23</sup> Там же. Л. 17.
- <sup>24</sup> Там же. Л. 24.
- <sup>25</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 4. Д. 426. Л. 43.

- <sup>26</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 144. Л. 1.  
<sup>27</sup> Там же. Л. 59.  
<sup>28</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 4. Д. 47. Л. 3.  
<sup>29</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 4. Д. 122. Л. 23.  
<sup>30</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 4. Д. 47. Л. 11 об.  
<sup>31</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 64. Л. 17.  
<sup>32</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 3. Д. 144. Л. 59.  
<sup>33</sup> Там же. Л. 23.  
<sup>34</sup> ЦГАСО. Ф. Р-2148. Оп. 4. Д. 97. Л. 12.  
<sup>35</sup> Там же. Л. 49.  
<sup>36</sup> Там же. Л. 51.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Альбицкий В.Ю., Шер С.А. Реформирование детского здравоохранения в Советском Союзе после Великой Отечественной войны // Вопросы современной педиатрии. 2023. Т. 22. № 6. С. 492-497.
2. Астафьева Т.М., Дерябина В.Л. Объединение больниц и поликлиник и диспансерное обслуживание населения // Советское здравоохранение, 1952, № 1. С. 11-16.
3. Бартон К. Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945-1953 годы // Журнал исследований социальной политики. 2007. Т. 5. № 4. С. 541-558.
4. Вишленкова Е.А., Затравкин С.Н. Достижения и дефициты истории советского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023. Т. 31. № 3. С. 500-504.
5. Затравкин С.Н., Вишленкова Е.А. Восстановление или создание? Послевоенная реформа советского здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. № 5. С. 1011-1016.
6. Захаров Ф.Г. Организация медицинской помощи промышленным рабочим России и СССР (Очерки истории). М.: Медицина, 1969. 280 с.
7. Медведева Е.Г. Характерные черты социальной политики в СССР в 1930-1953 гг. // Теория и практика общественного развития. 2023. № 1. С. 96-100.
8. Организация здравоохранения в СССР / под ред. Н.А. Виноградова. М.: Медгиз, 1962. 656 с.
9. Ратманов П.Э. Советское здравоохранение на международной арене в 1920-1940-х гг.: между «мягкой силой» и пропагандой (Западная Европа и США). Хабаровск: Изд-во ДВГМУ; 2021. 388 с.
10. Семенов М.А. Советское здравоохранение в годы Великой Отечественной войны: трансформация идеологических основ // Исторический курьер. 2021. № 6 (20). С. 142-148.
11. Смирнов Е.И. Медицина и организация здравоохранения (1947-1953). М.: Медицина, 1989. 430 с.
12. Сорок лет советского здравоохранения 1917-1957 / под ред. М.Д. Ковригиной: М.: Медгиз, 1957. 661 с.
13. Фадеев А.В. Вклад Ефима Ивановича Смирнова в реформирование здравоохранения страны (1947-1952). Дис. канд. мед. наук. М., 2005. 207 с.
14. Центральный государственный архив Самарской области. Ф. Р-2148.

## REFERENCES

1. Albitskiy V.Yu., Sher S.A. Reformirovanie detskogo zdravookhraneniya v Sovetskom Soyuze posle Velikoy Otechestvennoy voyny // Voprosy sovremennoy pediatrii. 2023. T. 22. № 6. S. 492.
2. Astaf'eva T.M., Deryabina V.L. Ob'edinenie bolnic i policlinic i dispansernoe obslushivanie naseleniya // Sovetskoe zdravookhranenie, 1952, № 1. S. 11-16.

3. Barton K. Zdravookhranenie v period pozdnego stalinizma i duh poslevoennogo gosudarstva blagodenstviya, 1945-1953 gody // Zhurnal issledovaniy social'noj politiki. 2007. T. 5. № 4. S. 541–558.
4. Vishlenkova E.A., Zatravkin S.N. Dostizheniya i defitsity istorii sovetskogo zdravookhraneniya // Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2023. T. 31. № 3. S. 501.
5. Zatravkin S.N., Vishlenkova E.A. Vosstanovlenie ili sozdanie? Poslevoennaya reforma sovetskogo zdravookhraneniya // Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny. 2020. № 5. S. 1012.
6. Zaharov F.G. Organizacia medicinskoj pomoshi promishlennim rabochim Rossii i SSSR (Ocherki istorii). M.: Medicina, 1969. 280 s.
7. Medvedeva E.G. Kharakternye cherty sotsialnoy politiki v SSSR v 1930-1953 gg. // Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya. 2023. № 1. S. 96.
8. Organizacia zdravookhraneniya v SSSR / pod red. N.A. Vinogradova. M.: Medgiz, 1962. 656 s.
9. Ratmanov P.E. Sovetskoe zdravookhranenie na mezhdunarodnoy arene v 1920–1940-kh gg.: mezhdue «myagkoy siloy» i propagandoy (Zapadnaya Evropa i SShA). Khabarovsk: Izd-vo DVGMU; 2021. S. 14.
10. Semenov M.A. Sovetskoe zdravookhranenie v gody Velikoy Otechestvennoy voyny: transformatsiya ideologicheskikh osnov // Istoricheskiy kuryer. 2021. № 6 (20). S. 143.
11. Smirnov E.I. Medicina i organizacia zdravookhraneniya (1947-1953). M.: Medicina, 1989. 430 s.
12. Soroc let sovetskogo zdravookhraneniya 1917-1957 / pod red. M.D. Kovriginoi: M.: Medgiz, 1957. 661 s.
13. Fadeev A.V. Vklad Efima Ivanivicha Smirnova v reformirovanie zdravookhraneniya strani (1947-1952). Dis. kand. med. nauk. M., 2005. 207 s.
14. Central'nyy gosudarstvennyy arhiv Samarskoj oblasti. F. R-2148.

**FEATURES OF THE MERGER OF MEDICAL INSTITUTIONS  
DURING THE HEALTHCARE REFORM OF 1947-1952  
(ON THE EXAMPLE OF THE PIROGOV CENTRAL HOSPITAL OF KUIBYSHEV)**

© 2025 O.D. Stolyarov

Samara State Medical University,  
Volga Region State University of Railway Engineering

The author analyzes the impact of reforms carried out in the health care sector in 1947-1952 on the specifics and quality of the public health care system during the period of reform implementation. The most important part of the reforms was the process of merging inpatient and outpatient medical institutions with the aim of improving the quality of the latter's work. The problem of implementing this reform is examined using the example of the Pirogov Central Hospital, which, firstly, was the largest healthcare institution in Kuibyshev, and secondly, was located close to the central part of the city, which gave rise to certain specific features associated with the merger of this hospital with outpatient institutions. As a result of the study, the author came to conclusion that the initial results of the reform were ambiguous and did not fully reflect the intentions of E.I. Smirnov.

*Keywords:* Soviet healthcare, E.I. Smirnov's reform, inpatient medical institutions, outpatient medical institutions, Pirogov Central Hospital of the city of Kuibyshev.

DOI: 10.37313/2658-4816-2025-7-3-82-89

EDN: AAZXHR