

хочет предостеречь женщину от опасности...» [4, с. 113]. Делегатками женотдела проводились работы с беременными женщинами, где старались «удержать» женщин от производства аборт [10, л. 25]. На общих собраниях в 1928 г. рассматривались вопросы введения ограничений на проведение процедуры, приводя причину легкомысленного поведения девушек к здоровью [7, л. 75]. В 1936 году последовал запрет на искусственное прерывание беременности.

Таким образом, политика советской власти была направлена на освобождение женщины от «патриархальной кабалы» для вовлечения ее в строительство нового общества. Именно в русле идей Коллонтай начала формироваться государственная система охраны материнства и младенчества, что позволяло женщине перестать нести «крест материнства». Однако одновременно это порождало новые противоречия: резкий рост числа абортов, негативно сказавшийся на демографии и здоровье женщин.

Библиографический список

1. Декрет о страховании на случай болезни от 22 декабря 1917 года. URL: <https://istmat.org/node/28293> (дата обращения: 15.11.2025).
2. Декрет по комиссариату Государственного Призрения от 31 декабря 1917 года. URL: <https://istmat.org/node/28298> (дата обращения: 15.11.2025).
3. Доклад о работе среди женщин на VIII съезде РКП (б). 22 марта 1919 г. // Коллонтай А.М. Избранные статьи и речи. С. 268-273.
4. Краземан Э. Уход за грудным и малым ребенком: пособие для сестер и матерей по уходу за детьми раннего возраста: (в вопр. и ответах) / под ред. Курзон В.М. Самара, 1926. 118 с.
5. Постановление от 18 ноября 1920 года № 471 «Об охране здоровья женщин» // Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства за 1920 г. М., 1943. С. 681.
6. Самарский областной государственный архив социально-политической истории (СОГАСПИ). Ф. 1. Оп. 1. Д. 2340.
7. СОГАСПИ. Ф.1. Оп.1. Д.2696.
8. Спутник по охране материнства и младенчества : Ч. 1. Декреты и постановления в охрану прав беременной женщины и матери в Советской России. М., 1921. 105 с.
9. Центральный государственный архив Самарской области (ЦГАСО). Ф. Р-17. Оп. 1. Д. 1289.
10. ЦГАСО. Ф. Р.158. Оп. 11. Д. 102.

М.Р. Неманова

Самарский национальный исследовательский университет

МАТЕРИАЛЬНОЕ СТИМУЛИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СРЕДНЕВОЛЖСКОГО ОКРУГА В НАЧАЛЕ 1930-Х ГГ.

Изучение исторического опыта материального стимулирования труда в социально значимых отраслях, к которым относится здравоохранение, сохраняет свою актуальность в контексте современных дискуссий о эффек-

тивности кадровой политики, региональных диспропорциях и поиске оптимальных моделей оплаты труда. Цель исследования заключается в анализе динамики и структуры материального стимулирования медицинских работников Средневолжского округа в период с конца 1920-х по середину 1930-х годов, а также в выявлении ключевых факторов, определявших дифференциацию их заработной платы.

Анализ архивных источников за период с 1928 по 1933 годы демонстрирует устойчивую тенденцию к номинальному росту заработной платы для всех категорий медицинских работников. Этот рост происходил на фоне форсированной индустриализации и коллективизации, когда государство стремилось стабилизировать ключевые социальные отрасли.

Оклады врачей в городах увеличились с 90 рублей в 1928 году до 130 рублей в 1933 году, что составило рост на 44% [2, л. 7]. Для врачей в сельской местности динамика была еще более значительной: с 90 до 140 рублей, или на 56%. Примечательно, что изначально (в 1928 г.) оклады городских и сельских врачей были уравнены, однако к концу периода сложилась устойчивая разница в 10 рублей в пользу сельских работников [2, л. 7]. Это свидетельствует о целенаправленной попытке компенсировать материальные и бытовые трудности работы в сельской местности через прямую денежную надбавку, что было актуально в условиях острого кадрового голода.

Заработная плата фельдшеров выросла с 52 до 63 рублей (+21%). Обращает на себя внимание снижение оклада в 1933 году по сравнению с пиковым значением 1932 года (72 руб.) [3, л. 8]. Эта аномалия может указывать на внутренние корректировки сметы или пересмотр системы оплаты для данной категории в рамках общей оптимизации расходов. В отличие от фельдшеров, заработная плата сестер милосердия и врачей-стоматологов демонстрируют стабильный рост, причем у сестер милосердия в 1933 г. наблюдался резкий скачок оплаты труда с 45 до 78 рублей, что, возможно, связано с повышением их статуса или расширением обязанностей [2, л. 7].

Оклады санитаров, хожалок, прачек и кухарок в городах увеличились с 20 до 30 рублей (+50%), в селах — с 15 до 22,5 рублей [2, л. 7]. Несмотря на высокий процент роста, абсолютный уровень оплаты оставался крайне низким.

Принятие Постановления СНК СССР и ЦК ВКП(б) «О повышении заработной платы медицинским работникам и об увеличении ассигнований на здравоохранение в 1935 году» ознаменовало собой отход от относительно простой тарифной сетки и переход к сложной, многофакторной модели оплаты труда [1]. Новые ставки были не просто увеличены, а структурно перестроены, отражали новые приоритеты.

Система стала гибко реагировать на уровень компетенций. Главный врач крупной больницы мог получать до 750 рублей, в то время как рядовой врач в сельской амбулатории — 275–360 рублей. Вводилась прямая зависи-

мость от стажа и наличия ученой степени: разрыв между молодым специалистом (до 5 лет) и опытным врачом или кандидатом наук (свыше 10 лет) в одной и той же должности мог достигать 150–200% [1]. Это создавало мощный стимул для профессионального роста и закрепления кадров.

Государство целенаправленно применяло финансовые рычаги для привлечения специалистов в наиболее критичные области. Работа в инфекционных, психиатрических больницах и рентген-кабинетах стала оплачиваться на 15–30% выше. Устанавливались повышенные ставки для сотрудников лепрозориев. Это является прямым свидетельством острой востребованности данных специальностей и признания государством повышенных рисков и нагрузок, связанных с такой работой.

Наиболее показательной метаморфозе подверглась политика оплаты труда на селе. Если в 1928–1933 гг. сельский врач получал в итоге больше городского, то постановление 1935 года закрепило обратную практику. Ставки для сельских медработников одной категории и стажа с городскими становились ниже. Это свидетельствует о кардинальном изменении кадровой стратегии. Вероятно, государство, столкнувшись с ограниченностью средств и масштабом задач, отказалось от чисто финансового стимулирования работы на селе в пользу административных методов. Дифференциация оплаты стала в большей степени зеркально отражать общий экономический разрыв между городом и деревней.

Таким образом, система материального стимулирования медицинских работников в СССР в конце 1920-х – середине 1930-х годов претерпела значительную эволюцию: от относительно простой и условно-уровнительной модели к сложной, глубоко дифференцированной системе, чувствительной к множеству факторов (квалификация, стаж, место работы, специализация). На протяжении всей первой пятилетки (1928–1933 гг.) наблюдался устойчивый номинальный рост окладов для всех категорий персонала, однако при этом усиливался абсолютный разрыв в доходах между высшим и низшим звеньями системы, что отражало курс на стимулирование прежде всего квалифицированных кадров.

Библиографический список

1. Постановление Совета Народных Комиссаров Союза ССР и Центрального Комитета ВКП(б). О повышении заработной платы медицинским работникам и об увеличении ассигнований на здравоохранение в 1935 году // Известия ЦИК Союза ССР и ВЦИК. 1935. 5 марта. № 56.
2. Центральный Государственный архив Самарской области (ЦГАСО). Ф. Р-1160. Оп. 2. Д. 3.
3. ЦГАСО. Ф. Р-1160. Оп. 1. Д.4.