

# **Balkanistic**

**BF**  **Forum '21**  
**БАЛКАНИСТИЧЕН**  
**ФОРУМ 3**



**DREAMERS AND VISIONARIES**

---

**МЕЧТАТЕЛИ И ВИЗИОНЕРИ**

**B**alkanistic  
**F**orum '21  
БЪЛКАНИСТИЧЕН  
ФОРУМ 3

---

ИЗДАВА МЕЖДУНАРОДНИЯТ УНИВЕРСИТЕТСКИ  
СЕМИНАР ЗА БЪЛКАНИСТИЧНИ ПРОУЧВАНИЯ И  
СПЕЦИАЛИЗАЦИИ ПРИ ЮГОЗАПАДЕН УНИВЕРСИТЕТ  
“НЕОФИТ РИЛСКИ” – БЛАГОЕВГРАД  
Година XXX

<b>ГЛАВЕН РЕДАКТОР</b> доц. д-р Петър Воденичаров	<b>EDITOR-IN-CHIEF</b> Petar Vodenicharov
<b>РЕДАКЦИОННА КОЛЕГИЯ</b> проф. Михаел Митерауер проф. Карл Казер проф. Мария Тодорова проф. Надя Данова проф. Любинка Търговчевич проф. Елена Сюпур проф. Евелина Келбечева проф. Зейнеп Зафер доц. д-р Елена Тачева доц. д-р Илия Недин доц. д-р Кристина Попова доц. д-р Маринела Младенова проф. д-р Стилян Стоянов д-р Клаудия-Флорентина Добре д-р Милена Ангелова д-р Милен Малаков д-р Нурие Муратова	<b>EDITORIAL BOARD</b> Michael Mitterauer Karl Kaser Maria Todorova Nadia Danova Ljubinka Targovchevich Elena Supur Evelina Kelbecheva Zeynep Zafer Elena Tacheva Iliya Nedin Kristina Popova Marinela Mladenova Stiliyan Stoyanov Claudia-Florentina Dobre Milena Angelova Milen Malakov Nurie Muratova
<b>СЪСТАВИТЕЛИ</b> Маринела Младенова Милена Ангелова	<b>EDITORS</b> Marinela Mladenova Milena Angelova
<b>ЕЗИКОВА РЕДАКЦИЯ</b> Маринела Младенова	<b>LANGUAGE CHECK</b> Marinela Mladenova
<b>АДРЕС НА РЕДАКЦИЯТА</b> България, 2700 Благоевград Международен университетски семинар за балканистични проучвания и специализации при ЮЗУ “Неофит Рилски”, ул. “Иван Михайлов”, № 66, УК-1, стая 433 Тел./факс (+359 73) 88-55-16 e-mail: bforum1992@gmail.com www.bf.swu.bg	<b>EDITORIAL ADDRESS</b> Bulgaria, 2700 Blagoevgrad International University Seminar for Balkan Studies and Specialization at the South-West University “Neofite Rilski”, Ivan Mihailov str. 66, Room 433 Tel./Fax (+359 73) 88-55-16 e-mail: bforum1992@gmail.com www.bf.swu.bg

**ISSN 1310-3970 (Print)**  
**ISSN 2535-1265 (Online)**

**Indexed in:**

SCOPUS

Web of Science (ESCI)

ERIH PLUS

РИИЦ

MIAR

<http://www.bf.swu.bg/BF-eng.html>

<https://www.ceeol.com/search/journal-detail?id=1069>



**SPECIAL ISSUE  
30 YEARS “BALKANISTIC FORUM”**

**DREAMERS AND VISIONARIES**

**Editors: Marinela Mladenova and Milena Angelova**

**МЕЧТАТЕЛИ И ВИЗИОНЕРИ**

**Съставители: Маринела Младенова и Милена Ангелова**

*Издаването на този брой на списание "Балканистичен форум" е финансирано от Фонд „Научни изследвания“, Конкурс „Българска научна периодика – 2021 г.“ по договор №КП-06-НП2/13 от 02.12.2020 г.*

**На корицата:** Снимка от сиропиталище във Велико Търново, 1947 г.  
Централен държавен архив, Ф. 49, Оп.1, а.е. 4420, л. 137

## CONTENTS

### ARTICLES

#### **Zeynep Zafer**

Against the Barriers. The Unusual Story of the Usual Yusein Mashev..... 11

#### **Andronika Mårtonova**

Traumatic Insight on Film Memory: Forced Assimilation in the Focus of Post-totalitarian Bulgarian Documentaries..... 33

#### **Valentin Voskresenski**

Monumental Memorialization of Political Violence in Bulgaria (1944 – 1989): beyond Traumatization, Contestation and Dangerization of Memory..... 49

#### **Milena Angelova**

Visionarity and Health: The Semashko Model and the Sovietization of Public Health in Bulgaria (1944–1951)..... 74

#### **Kristina Popova**

"Sleeping rabbits stay alive two weeks longer than others": The Institute of Physiology in Yerevan after the "Pavlov's Session" in 1950..... 104

#### **Mincho Georgiev, Anelia Kassabova**

Dr Vladimir Kalaydzhiev or the Embodiment of Modernity..... 125

#### **Maroš Melichárek**

War Song in a Service of Ideology. Comparative Essay on the Example of Yugoslav and Ukrainian-Russian Conflicts..... 148

#### **Dominika Kubišová**

Verbal Manipulation in Political Discourse: Metaphors, Clichés, Emotions and Symbols in F. Tuđman's Speeches During Wartime Period 1990-1995..... 169

#### **Katerina Gadjeva**

„One Day he Will Find me and Save me”. The Dream for Prince Known from the Fairy Tales of Charles Perrault and Brothers Grimm and the Accompanying Illustrations..... 183

<b>Georgeta Nazarska</b> Socio-Religious Visionaries in Bulgaria (1920–1950s): the Christo Oustabachieff Case.....	195
<b>Elena Krejčová, Nadezhda Stalyanova</b> Family and Community Memory as a Vision for the Future. Ivan P. Milev – Chronicler and Visionary of the Bulgarian Village.....	219
<b>Ilko Drenkov</b> Dr. Radan Angelov Sarafov and his Sacrifice for Democracy.....	229
<b>Sadik Hacı</b> Hasan Eren - from Vidin to the Peaks of Turkology.....	248
<b>Magdalena Kostova – Panayotova</b> Danilo Kish's Fictional Self and the Father's Figure („Garden. Ashes“ and „Hourglass“).....	262
<b>Stiliyan Stoyanov</b> Mass Ideologies for Young Men and Women.....	273
<b>Tatiana Nevskaya, Alla Kondrasheva</b> Ideology and Utopia: the National State Structure of the USSR (Presented on the Example of the North Caucasus Territories).....	288
<b>Stavris Parastatov</b> Eurasianism Today and What Lev Gumilev Was Right About.....	303
<b>Marine Aroshidze and Nino Aroshidze</b> The Great Social Experiment: when Dreams did not Turn into Reality.....	314
<b>Veronika Bócsi, Tímea Ceglédi</b> Is the Glass Ceiling Inaccessible? The Educational Situation of Roma Youth in Hungary.....	329
<b>Dobrinka Chankova</b> Restorative Justice as a New Response to Crime - the Modern Vision and Bulgarian Dreamers and Opponents.....	344
<b>Diana Veleva Ivanova</b> Political Visionary of the Founder of Visegrad Group.....	355

**Soham Mukherjee, Madhumita Roy**  
The Postcolonial Nature of the Post-Soviet Space: a Reading  
of the Cultural Condition of Albania..... 369

**Elona Kodhel, Eris Rusi**  
Discourse on Europe and the European Identity of Albanians.....386

## **PhD STUDENT FORUM**

**Hristina Manova**  
The Dream of Pirin National Park and the Realities of  
Socialist Eco-Policies in the 1960s and 1970s..... 402

**Konstantine Shubitidze**  
First Democratic Republic of Georgia (1918-1921), a Result of  
the Changes in the International System..... 414

## **THEN**

You Can't Say Something New in the Science if You don't  
Disturb the Old: it is not Possible Only to Build over  
**A Conversation with Prof. Rusi Rusev (1948 - 2010)**..... 425

## **BOOK REVIEWS**

**Milena Angelova**  
Shared Histories and Multidisciplinary Perspectives on  
Southeastern Europe – Festschrift for Karl Kaser..... 436

**Katarína Maruškinová**  
Bulgarian Protestants and the Czech Village of Voyvodovo. A Review... 445

**Antoaneta Mihailova**  
Ein Beitrag zu der Mehrsprachigkeit in Europa..... 449

**Kostadin Paev**  
A New Study on the South Slavic Legal Literature..... 459

**Ventsislav Bozhinov**  
Bulgarian Sephradian Jews and the Ladino Language in  
the Kaleidoscope of Identities..... 464

**Mihaylina Pavlova, Dolores Meshulam**  
Let's Talk with Good!.....470



## СЪДЪРЖАНИЕ

### СТАТИИ

#### **Зейнеп Зафер**

Срещу бариерите. Необикновената история на обикновения Юсеин Машев.....11

#### **Андроника Мартонова**

Травматичният поглед на филмовата памет: принудителната асимилация във фокуса на посттоталитарното българско документално кино.....33

#### **Valentin Voskresenski**

Monumental Memorialization of Political Violence in Bulgaria (1944 – 1989): beyond Traumatization, Contestation and Dangerization of Memory.....49

#### **Милена Ангелова**

Визионерство и здраве: моделът „Семашко“ и съветизацията на общественото здравеопазване в България (1944–1951)..... 74

#### **Кристина Попова**

„Приспаните зайци остават живи две седмици повече от другите“: Институтът по физиология в Ереван след „Павловската сесия“ през 1950 г. ....104

#### **Минчо Георгиев, Анелия Касабова**

Д-р Владимир Калайджиев или възплъщаването на Модерността..... 125

#### **Maroš Melichárek**

War Song in a Service of Ideology. Comparative Essay on the Example of Yugoslav and Ukrainian-Russian Conflicts..... 148

#### **Dominika Kubišová**

Verbal Manipulation in Political Discourse: Metaphors, Clichés, Emotions and Symbols in F. Tuđman's Speeches During Wartime Period 1990-1995..... 169

#### **Катерина Гаджева**

„Един ден той сам ще ме открие и ще ме спаси“. Мечтата за принца, познат от приказките на Шарл Перо и Братя Грим и придружаващите ги илюстрации.....183

<b>Жоржета Назърска</b> Социорелигиозни визионери в България (20–50-те год. на XX в.): случаят Христо Устабашиев.....	195
<b>Elena Krejčová, Nadezhda Stalyanova</b> Family and Community Memory as a Vision for the Future. Ivan P. Milev – Chronicler and Visionary of the Bulgarian Village.....	219
<b>Илко Drenkov</b> Dr. Radan Angelov Sarafov and his Sacrifice for Democracy.....	229
<b>Садък Хаджъ</b> Хасан Ерен – от Видин до върховете на тюркологията.....	248
<b>Магдалена Костова-Панайотова</b> Фикционалният аз на Данило Киш и фигурата на бащата („Градина. Пепел“ и „Пясъчен часовник“).....	262
<b>Стилиян Стоянов</b> Масови идеологии за младежи и девизи.....	273
<b>Tatiana Nevskaya, Alla Kondrasheva</b> Ideology and Utopia: the National State Structure of the USSR (Presented on the Example of the North Caucasus Territories).....	288
<b>Stavris Parastatov</b> Eurasianism Today and What Lev Gumilev Was Right About.....	303
<b>Marine Aroshidze and Nino Aroshidze</b> The Great Social Experiment: when Dreams did not Turn into Reality.....	314
<b>Veronika Bocsi, Tímea Ceglédi</b> Is the Glass Ceiling Inaccessible? The Educational Situation of Roma Youth in Hungary.....	329
<b>Dobrinka Chankova</b> Restorative Justice as a New Response to Crime - the Modern Vision and Bulgarian Dreamers and Opponents.....	344
<b>Диана Велева Иванова</b> Политическото визионерство на създателите на Вишеградската група.....	355

<b>Soham Mukherjee, Madhumita Roy</b> The Postcolonial Nature of the Post-Soviet Space: a Reading of the Cultural Condition of Albania.....	369
<b>Elona Kodhel, Eris Rusi</b> Discourse on Europe and the European Identity of Albanians.....	386
<b>ДОКТОРАНТСКИ ФОРУМ</b>	
<b>Христина Манова</b> Мечтата за Национален парк „Пирин“ и реалностите на социалистическите екополитики през 1960-те и 1970-те години.....	402
<b>Konstantine Shubitidze</b> First Democratic Republic of Georgia (1918-1921), a Result of the Changes in the International System.....	414
<b>ТОГАВА</b>	
„В науката не можеш да кажеш нищо ново, без да разбуташ старото - не можеш само да надграждаш...“	
<b>Разговор с проф. Руси Русев (1948 - 2010).....</b>	425
<b>РЕЦЕНЗИИ</b>	
<b>Милена Ангелова</b> Споделени истории и мултидисциплинарни перспективи за Югоизточна Европа – сборник в чест на Карл Казер.....	436
<b>Katarína Maruškinová</b> Bulgarian Protestants and the Czech Village of Voyvodovo. A Review.....	445
<b>Antoaneta Mihailova</b> Ein Beitrag zu der Mehrsprachigkeit in Europa.....	449
<b>Костадин Паев</b> Ново изследване върху южнославянската юридическа литература.....	459
<b>Венцислав Божинов</b> Българските сефарадски евреи и езика ладино в калейдоскопа на идентичности.....	464
<b>Михайлина Павлова, Долорес Мешулам</b> Да разказваме с добро! .....	470

*Милена Ангелова*  
*Югозападен университет „Неофит Рилски“, Благоевград*

*Milena Angelova*  
*South-West University “Neofit Rilski”, Blagoevgrad (Bulgaria)*  
*[mangelova74@yahoo.com]*

## **Визионерство и здраве: моделът „Семашко“ и съветизацията на общественото здравеопазване в България (1944–1951)**

**Abstract:** *After the Second World War and until 1990, Bulgaria, as most of the former communist countries from the Eastern Europe, implemented a Semashko healthcare system developed in the USSR. Named after the First People’s Commissar of Health of the Soviet Russia, Nikolai Semashko, Soviet health care was developed as “social health care”, trying also to eliminate the social reasons for illness, thus transforming society and economy as a whole. This type of system was based on the centrally planned principles, on rigid management and on the state monopoly. Consequently, the healthcare system created by the Ministry of Health was integrated and centralized, completely controlled by the state. The system of health services in Bulgaria from 1944 to 1990 was inspired by the Soviet model Semashko, a centralized state system, which seemed to guarantee “free access to health services for the entire population”. In the research the author focuses on the policies in the field of public health in Bulgaria between 1944 and 1951, when the “Sovietization” in this field took place.*

**Key words:** *history of public health, Bulgaria, soviet healthcare system, the Semashko model*

С установяването на власт на просъветски режими в страните от Източна Европа след края на Втората световна война, започва постепенното въвеждане на ключови елементи от съветската обществено-политическа система. Хронологическите рамки на предложеното изследване се разполагат именно в периода на трансформация, характеризиращ се с институционален и идеологически трансфер, определян като „съветизация“ (Апор 2004; Naimark, Gibianski 1997). Статията представя спецификите на съветския модел на общественото

здравеопазване, известен като здравна система „Семашко“.<sup>1</sup> Тя е въведена и в повечето страни с просъветски политически режими в началото на 1950-те години. Постепенното преминаване към този модел на здравеопазване в България започва от есента на 1944 г. и завършва през 1951 г.

От втората половина на 19. и през 20. век се теоретизират и институционализират няколко подхода и модела за здравно осигуряване и функциониране на общественото здравеопазване (Проданова, Спасов 2011, 66-68). Те са известни с имената на няколко социални реформатори и политици: „Бисмарк“, „Семашко“, „Бевъридж“ и „Кенеди“.

Моделът на здравеопазване „Бисмарк“ е най-старата национална система за социално здравно осигуряване и носи името на пруския канцлер Ото фон Бисмарк, при чието управление в Германия между 1881 и 1889 г. се въвежда специално социално законодателство (Sheingold, Nahn. 2014, 19). При този модел е характерно наличието на един или множество от осигурителни фондове, които са независими от организационна гледна точка от болниците и медицинските заведения, които предоставят здравни услуги (Marree, Groenewegen 1997, 5-7). Той разчита на здравно осигуряване, финансирано чрез социални вноски от работодатели и служителите, а държавата взема решенията за обхвата на намесата на здравноосигурителните фондове и предприема съответните мерки, ако възникне финансов дисбаланс.<sup>2</sup>

Наречен на Уилям Бевъридж – социалният реформатор, проектирал британската Национална здравна служба, моделът „Бевъридж“ е въведен във Великобритания през 1948 г. от британския здравен министър А. Бевън като система за социална защита, основана на принципа на универсален достъп до здравни грижи (Sheingold 2014, 18-22). В тази система здравеопазването се предос-

---

<sup>1</sup> Текстът предлага резултатите от изследване, извършено в рамките на проект „Европейският Левиатан: Наследството на следвоенната медицина и „общото благо“ [Taming the European Leviathan: The Legacy of Post-War Medicine and the Common Good], финансиран по програма Хоризонт 2020, H2020 ERC-2019-SyG; GA ID: 854503.

<sup>2</sup> Понастоящем моделът „Бисмарк“ е приет в Германия, Франция, Белгия, Япония, страните от Източна Европа, както и в известна степен в страните от Латинска Америка. В България също се прилага този модел на здравеопазването след реформата на системата през 1998 г. и създаването на Националната здравна каса, която управлява средствата, които се събират от здравните вноски.

тавя и финансира от правителството чрез данъчни плащания, а не чрез социални вноски.<sup>3</sup> Идеята си Бевъридж излага през 1942 г. в доклада „Социалното осигуряване и съюзническата служба“, който се превръща в програмен план за следвоенната британска социална държава (Beveridge 1942). Освен, че се фокусира главно върху социалното осигуряване, докладът също така се застъпва за правото на всеки да получава здравни грижи въз основа на необходимостта, независимо от платежеспособността. Докато терминът „социализирана медицина“ често се използва небрежно и не винаги точно, моделът „Бевъридж“ възможно най-точно проектира и дефинира „социализирана медицина“: система за здравеопазване, управлявана от правителството, което притежава и контролира здравната инфраструктура, наема медицински експерти и плаща за здравни услуги. Вярно е, че в тази концепция, заложената в системата „Бевъридж“ се заемат елементи от по-ранната съветска система „Семашко“, в която терминът „социализирана медицина“ също е ключов, но при съветския модел изцяло се изключва възможността за частни източници на здравеопазване. И двете системи се полагат в различни идеологически рамки, които променят спецификите на приложението на „социалната медицина“ – както се опитвам да представя по-надолу в текста по отношение на съветския случай.

Моделът „Кенеди“ или *“The out-of-pocket model”* е смесена система, въведена през 1960-те години в САЩ. При нея има превес на частните структури в здравеопазването и здравното осигуряване, т.е. основният принцип е, че здравето е въпрос на индивидуална отговорност и частно застраховане. В този случай липсва задължителното здравно осигуряване с единна национална система, обхващаща цялото население и всички осигурени заплащат средна вноска в зависимост от вероятността за настъпване на съответни здравноосигурителни случаи. Ролята на държавата се свежда до гарантиране

---

<sup>3</sup> При модела „Бевъридж“ много, но не всички, болници и клиники са собственост на правителството. Някои лекари са държавни служители, но има и частни лекари. Тези системи са склонни да имат ниски разходи на глава от населението, защото правителството, като единствен платец, контролира действията на лекарите. Най-голямата такава система е Националната здравна служба във Великобритания. Системата се прилага и в Скандинавските страни, Италия, Испания, Португалия и Гърция и др.

на медицинското обслужване на възрастни хора, социално слаби и ветерани от войната.<sup>4</sup>

Моделът „Семашко“ или съветската "социализирана" медицина се организира след на болшевишката революция от октомври 1917 г. и се установява в Съветския съюз, а между 1945 и 1989 г. – и в страните с просъветски режими на управление.

### **Кой е Николай Семашко?**

Николай Ал. Семашко е роден в учителско семейство през 1874 г. в с. Ливенское, Русия. През 1893 г. той става член на марксистка група, а през 1895 г. за участието си в „революционното движение“ е арестуван и изключен от Медицинския факултет на Имперския Московски университет. През 1901 г. Семашко завършва медицинския факултет на Казанския университет, след което работи като лекар в градовете Орлов и Самара. Той е племенник на един от първите влиятелни руски марксисти в емиграция – Г. Плеханов и през 1906 г. Семашко се премества при него в Швейцария, където се оказва в близкия кръг на Вл. Илич Ленин. През август 1907 г. той взема участие в Международния социалистически конгрес на Втория интернационал. След арест от швейцарската полиция по обвинения за участието му по-рано в обир в Тифлис /Тбилиси/, през 1908 г. заедно с болшевишкия чуждестранен център Семашко се премества в Париж, където до 1910 г. работи като секретар на Външното бюро на Централния комитет на РСДРП (Залеский 2000, 458). През 1913 г. той емигрира в Сърбия, а после и в България – през 1916–1917 г. работи като окръжен лекар в градовете Пещера и Котел (Страшимиров 1974). Семашко се завръща в Русия през септември 1917 г. и след болшевишкия преврат през ноември същата година става ръководител на здравния отдел на Московския градски съвет.

През юли 1918 г. с указ на Съвета на народните комисари на РСФСР е създаден *Народният комисариат на здравеопазването* (Наркомздрав), оглавяван от Николай Семашко до 1930 г. Именно под негово ръководство се разработва и внедрява в съветското здравеопазване системата, наречена на негово име.

В периода 1921–1949 г. проф. Семашко ръководи катедрата по *Социална хигиена* в Медицинския факултет на Московския държа-

---

<sup>4</sup> Тази система е най-характерна за САЩ, Швейцария и някои страни в Източна Азия.

вен университет.<sup>5</sup> От 1930 до 1936 г. той работи в Централния изпълнителен комитет като член на Президиума и председател на Комисията за подобряване на живота на децата (по-рано – *Деткомисия*). В периода 1945–1949 г. Семашко е директор на *Института за училищно здраве на РСФСР*, а по същото време (1947–1949) и на *Института по здраве и история на медицината на Академията на медицинските науки*.<sup>6</sup> Също така, той е първият председател на *Върховния съвет по физическо възпитание и спорт* (от 1923 г.), председател на *Всесъюзно общество по хигиена* (1940–1949 г.), а от 1927 до 1936 г. е и главен редактор на 35-томната „*Большая медицинская энциклопедия*“ (Семашко 1928–1936).

Наличните исторически и биографични данни за Семашко се интерпретират според идеологически оцветените стереотипи, формиранни в съветската историография, макар и да съществуват известни опити да се даде идеологически неутрална оценка за участието на Семашко в организацията на съветското здравеопазване (Arsentyev, Reshetnikov 2018; Черниченко 2014; Решетников, Несвижский, Касимовская 2014).



**Проф. Н. Семашко на лекция в Московския медицински институт, 1937 (Черниченко 2014, 74).**

<sup>5</sup> От 1931 г. – Московска медицинска академия.

<sup>6</sup> От 1965 г. – Институт на Организацията за социална хигиена и обществено здраве „Семашко“.



### Моделът „Семашко“ – съветската държавна социална медицина

Съветската здравна система се счита за една от определящите черти на съветския социализъм. Малко след идването си на власт през 1917 г. болшевиките създават силно централизирана държавна здравна система, основана на принципите на социалната медицина. Тези принципи, формулирани на Осмия конгрес на комунистическата партия през 1919 г., включват безплатни и универсални здравни грижи, подобро хранене и санитария, предотвратяване на заразни болести и лечение на социални болести /туберкулоза, венерически болести, алкохолизъм и др./ (Field 1967, 59-60).

Съветската система на здравеопазване рязко контрастира с множеството частни, благотворителни и земски медицински служби от последните десетилетия на царска Русия (Hoffmann 2011, 55). На пръв поглед може да се предположи, че този нов тип централизирана държавна здравна система е продукт на социалистическата идеология. Съветският социализъм с неговия войнствен антикапитализъм и загриженост за благосъстоянието на работническата класа със сигурност е изкушен от „държавната социална медицина“. И все пак, е трудно да се приеме единствено комунистическата идеология като основен тласък за съветската здравна система. Както подчертава Дон Роуни, Ленин и другите болшевишки лидери, вкл. и Семашко не развиват конкретни идеи за общественото здравеопазването преди „Октомврийската революция“ (Rowney 1989, 83-84).<sup>7</sup> Дори към лятото на 1917 г. болшевиките имат само общи предложения относно разширената медицинска помощ за работниците и тези предложения се различават малко от предложенията на други политически партии. Заедно с това, много безпартийни лекари, действащи в земската медицина, предоставят идеите си и се включват в организирането на съветското здравеопазване (Hutchinson 1990a, 185-195).

През втората половина на XIX в. руските лекари развиват традицията на социално ориентирана земска медицина, следвайки усилията на западноевропейските си колеги (Hutchinson 1990b, 9-11;

---

<sup>7</sup> Така например на Руския социалдемократически конгрес през 1903 г., делегатите правят само общи прокламации за необходимостта от подобряването на здравето на работниците чрез подобряване на фабричните условия (Rowney 1989, 84).

Frieden 1981, 158-159).<sup>8</sup> Към края на 19. и началото на 20. век лекарите и служителите в областта на общественото здравеопазване и в Русия застъпват идеите за увеличаването на ролята на държавата.<sup>9</sup> Така, разглеждана в сравнителни контексти, съветската държавна социална медицина не изглежда толкова уникална като идея и проект. Както отбелязва Дейвид Хофман в изследването си за модерните държавни практики и съветския социализъм, някои „капиталистически“ страни въвеждат много сходни принципи и практики в здравеопазването в същия исторически момент като Съветския съюз (Hoffmann 2011, 55). Социалната медицина и централизираното държавно здравеопазване са част от по-общите тенденции и подходи към здравето и към държавно администрираната превантивна медицина. В цяла Европа и в др. страни по света експертните намени и засилването на ролята на държавата стават все по-широко приети в края на 19. век и се проявяват с пълна сила по време на Първата световна война. Съветското здравеопазване се разбира най-добре чрез поставянето му в тази по-широка рамка, която включва възхода на социалната медицина и драматичното разширяване на ролята на държавата като гарант за общественото здраве (Hoffmann 2011, 55-56).

Въпреки че съветското обществено здраве възприема подходи, сходни и в други страни, то представя и редица специфични черти. Болшевиките след ноември 1917 г. управляват държава, която е пред икономическа разруха и на ръба на военното поражение в Първата световна война. Самото съществуване и стабилността на новия режим е подкопано от епидемии и здравословни проблеми, които активизират обществената реакция на гладуващо и обедняло население.

---

<sup>8</sup> Първият завеждащ на Катедрата по хигиена в Московския университет – роденият в Швейцария Фридрих Ерисман, често подчертава, че болестта е социален проблем. По-голямата част от руските лекари споделят това мнение, което се вписва добре в етоса на интелигенцията от 1860-те г., ангажирана с проблемите на социалното благосъстояние и науката – Вж. (Nachten 1991, 255–262).

<sup>9</sup> Редица земски лекари продължават да играят решаваща роля в създаването на съветската здравна система. Зиновий Соловьев, (1876–1928), който ръководи основаването на Комисариата на здравеопазването, е донякъде изключение, тъй като преди „Революцията“ е едновременно член и на управителния съвет на лекарското Общество „Пирогов“, и на болшевишката партия. Повечето земски лекари не са болшевики, но много от тях въпреки това стават водещи съветски здравни служители, включително А. Н. Сисин, Д. К. Заболотни, Л. А. Тарасевич и Е. И. Марциновски – Вж. (Hoffmann 2011, 60).

ние (Field 1957:14-19). Тежката ситуация се влошава още повече от Гражданската война, епидемиите, глада, както и задълбочаващите се проблеми в производството и земеделието. Потискащите хигиенни условия на цивилното население по време и след Първата световна война безспорно допринасят за нова оценка на медицината като източник на социален активизъм и национална мобилизация. Освен това, последиците от епидемията от петнист тиф в страната са толкова тежки, че през 1919 г. Ленин дори заявява, че *„или въшката побеждава социализма, или социализмът побеждава въшката“* (Виноградов, Страшун 1947, 12). Макар, че и двете не успяват напълно, това твърдение е показателно за социалния радикализъм, с който по-късно съветският проект за създаването на ново общество ще стане известен (Turda 2018).

Създаването на Комисариата по здравеопазване на 18 юли 1918 г. поставя под свое разпореждане и това на първия здравен комисар Семашко *„всички медицински и санитарни дела“*. В допълнение към постановлението за статута му, специален правителствен доклад обяснява, че предишният Медицински съвет се е оказал неспособен да се справи с здравословни проблеми, породени от *„войната, икономическия колапс и произтичащите от това недохранване и отслабване на населението“*. В доклада се акцентира, че комисариатът е изправен пред огромна организационна задача да унищожи *„старите, разводнени с либерализъм, бюрократични медико-санитарни органи“* и да замени *„контрареволуционното лице“* на земските здравни организации със съветска медицина. По този начин създаването на централизирана държавна здравна администрация също служи и за укрепване на съветската власт в медицинския сектор (Hoffmann 2011, 60).

В Съветския съюз тенденцията към засилена държавна намеса в общественото здраве се засилва допълнително от Гражданската война. Именно наложените държавни здравни ограничения, установени по време на Гражданската война, спомагат да се оформи силно централизираният и интервенционистки характер на съветската здравна система.

Един от приоритетите на новия режим е борбата с епидемиите чрез превантивни мерки. Последващата история на съветската медицина може да бъде разделена на няколко фази. Първата, която обхваща 1920-те години, е доминирана от марксисткото схващане, че болестта е продукт на *„болно“* (т.е. капиталистическо) общество и че социализмът ще освободи обществото от патологиите на стария

ред, като алкохолизъм, проституция, лоша индустриална хигиена и др. Този период приключва в края на десетилетието с решението на Сталин за принудителна колективизация на селското стопанство и за форсирана индустриализация в Съветския съюз (Barr, Field 1996, 307). Заради ефектите от политическите, икономическите, социалните и демографски турбуленции, Николай Кременцов определя 1920-те години като „десетилетие на смъртта“ – мрачно, но подходящо име за период, довел до смъртта на между 15 и 20 милиона души (Krementsov 2014, 28). Средствата за борба със здравните проблеми през този период са затруднени и от постоянния недостиг на лекари (Weissman 1990, 106).

В основата си съветската медицина включва държавна гаранция за „предоставяне на безплатна, универсална и квалифицирана медицинска помощ“ на населението – фраза, повтаряна често от съветските автори (Ебу 2015, 20). Тя е организирана около централната идея за профилактиката на заболяванията и подобряването на общите нива на здравето, а не просто за лечението на съществуващите заболявания. Зиновий Соловьев, дългогодишен заместник на Семашко твърди, че „основната разлика между съветската медицина и медицината на капиталистическите страни е, че последните не могат да тръгнат по пътя на профилактиката, без да посегнат на самите основи на капиталистическата система“ (Петров 1958, 7). Самият Семашко в представително издание за съветската медицина, публикувано на английски език в Лондон през 1934 г. подчертава: „Самото ядро на съветската здравна служба е организирано с оглед не само да лекува болести, но и да премахва причините им чрез изучаване на условията на труд и живот на всеки пациент“ (Semashko 1934, 23-24). Тази визия за медицинско наблюдение и „събиране на информация с цел наблюдение и след това оформяне на нагласите на населението“, отразява както модернистичните утопични стремежи както на съветската власт, така и на модерния свръхакцентиран медицинския поглед (Holquist 2000, 91).

Структурата на съветската здравна система отразява няколко течения – антикапитализмът и етадизмът на болшевишката идеология, централизиращият прерогатив в борбата с епидемиите и вярата на земските лекари в социалната медицина – с акцент върху безплатните, универсални здравни грижи, превантивната медицина, санизацията и хигиената (Hutchinson 1990a, 202). Здравният комисариат, под ръководството на Семашко, институционализира идеите на социалната хигиена като основен стълб на съветската медицина

(Plaggenborg 1996, 85–87). В своята статия от 1919 г. „*Задачите на общественото здраве в Съветска Русия*“ Семашко подчертава важността на комплекса от санитарни условия, профилактика и „*безплатна и широко достъпна медицинска помощ*“ (Rosenberg 1990, 148–419). Фокусът на здравния комисар е *социалната хигиена* като, според него, съветските лекари трябва да бъдат „толкова у дома си в социологията, колкото и в биологията – толкова заинтересовани да предотвратят болестта, колкото и да я излекуват“ (Семашко 1922, 7; Solomon 2006, 267). Прилагането едновременно на хигиена, профилактика и безплатно лечение, се превъща във водещ принцип на съветското обществено здравеопазване. Въпреки че Семашко се стреми да го разграничи от „капиталистическата медицина“, идеите му за социалната хигиена всъщност са силно повлияни от чужди модели и предреволюционни традиции. Той и други руски лекари черпят вдъхновение от германските пионери в общественото здраве от края на XIX век и особено от идеите на Алфред Гротян<sup>10</sup> (Starks 2008, 47; Weissman 1990, 112). Самият Семашко поема ръководството на новосъздадената катедра по социална хигиена в Московския държавен университет, както и редакцията на ново списание, озаглавено „*Социална хигиена*“, а през 1923 г., за да координира и стандартизира изследванията на социалната хигиена в цялата страна, е открит и *Държавният институт по социална хигиена* (Solomon 2006, 267).

Макар че съветското здравеопазване следва международните тенденции на социалната медицина и профилактиката, то развива и други собствени специфики. Докато в много страни фокусът върху санитаризацията и социалната работа в края на 19. век отстъпва пред бактериологията, съветските здравни експерти през 1920-те г. продължават да привилегирват социалните пред бактериологичните фактори по отношение на болестите.<sup>11</sup> В съветския случай, особено що се отнася до 1920-те години, социалната хигиена триумфира над бактериологията и общата хигиена, а съветските специалисти продължават да подхождат към болестта повече като към социален, отколкото като към биологичен феномен (Solomon, 1994).

---

<sup>10</sup> Вж. (Димитров, 2012).

<sup>11</sup> Съветският социален статистик Е. И. Яковенко например противопоставя социологическия подход на съветските служители в областта на общественото здраве към епидемиите с Коховия подход на германските бактериолози (Solomon 2006, 268).

Още през март 1919 г. съветското обществено здравеопазване под ръководството на *Наркомздрав* достига един важен идеологически праг. Осмият конгрес на Руската комунистическа партия /б/ определя основните бъдещи цели и стратегии за развитие на съветското здравеопазване. Превенцията на заболяванията чрез масови кампании за подобряване на здравословните и хигиенни условия става основен приоритет, а „просветата“ в областта на общественото здраве се дефинира като основата на всички превантивни стратегии. Вярвайки, че болестта е резултат не от биологията, а от социалните условия на капитализма, Семашко и другите съветски „социални хигиенисти“ твърдят, че „болестта в крайна сметка ще изчезне с премахването на капитализма“ (Solomon 1990). В резултат на това здравето тяло се превръща в проява на социалистически триумф, който ще остане, след като всичко останало изчезне. По този начин „санитарната просвета“ става ключова в борбата за бъдещето на съветската държава. Както отбелязва един от биографите на Семашко: „именно санитарната просвета, богата на политическо съдържание, помогна на Семашко да съчетае медицинската си дейност с партийните повели“ (Weissman 1990, 103).

Крайт на Гражданската война бележи промяна в съветското здравеопазването от защитен подход (борба с епидемиите) към офанзивни кампании за създаване на здравословни условия на труд и живот. Съветското правителство обаче не разполага с ресурси да осъществи амбициите си за разширена и централизирана система на здравеопазване. През 1922 г. Комисариатът по здравеопазването прехвърля финансирането на повечето медицински заведения на местните власти, които също не разполагат с ресурси и са принудени да ограничат здравните услуги (Weissman 1990, 108). Съветските лекари разчитат в голяма степен на диспансерите за предоставяне на здравни грижи. Според диспансерния метод лекарите трябва не само да лекуват симптомите на пациентите, но и да инспектират домовете и фабриките, за да съветват хората относно правилната хигиена, безопасност и диета (Burton 2000, 28-29).

Диспансерният метод е изобретен във Великобритания през 18. век и земските лекари в Русия го използват широко от края на 19. Век – особено членовете на Всеруската лига за борба с туберкулозата, които поставят диспансерите в центъра на дейностите си (Starks 2008, 51). Този подход се оказва и най-приложим в условията на ограничените ресурси за здравеопазването, но също така е в съответствие с принципите на социалната хигиена – фокус върху со-

циалните условия, профилактиката и въвеждането на модерни хигиенни норми (Hoffmann 2011, 65). Според замисъла на Семашко, постепенно всяка медицинска институция трябва да премине към диспансерния метод на работа. Той смята, че използването на цялата медицинска мрежа в тази посока ще позволи изпълнението на превантивните задачи в цялата страна. Според него, превантивният метод трябва да интегрира цялата медицинска практика в СССР (Семашко 1929, 67; Ryan 1983, 1495). Т. нар. „пълнен диспансерен режим“, първоначално е насочен към туберкулозата, но скоро се разширява до венерически заболявания, алкохолизъм и др. Той комбинира лечение, здравна пропаганда и наблюдение в дома и в работата, в опит да се бори както с болестите, така и с нездравословния начин на живот (Семашко 1929, 67). Семашко въодушевено посочва: *диспансерът не просто лекува болните, изпраща ги в санаториуми и болници, но също така предотвратява болести, преди всичко чрез разпространение на санитарна просвета*“ (Семашко 1926, 35). „Диспансеризацията“ се превръща в основното средство на съветската превантивна медицина (Reshetnikov and all 2019, 19-21). Появяват се нови превантивни съоръжения като нощни санаториуми, центрове за консултации /по подобие на здравно-съвещателните станции/, центрове за хранене на кърмачета /“млечни кухни“/, детски ясли, общественио-здравни образователни центрове /“дома и уголки санитарного просвета“/ и др.<sup>12</sup> Освен това, стратегиите за превенция се разглеждат като средство за намаляване на натовареността на медицинските заведения и следователно за намаляване на разходите за здравеопазване в Съветския съюз. Както находчиво се изразява Съюзът Соломон, „докато духът на социалната хигиена продължава да ръководи политиките на общественото здраве през целия съветски период, самото движение за социална хигиена се изчерпва към края на 1920-те години, с обявяването на „големия прелом“ през

---

<sup>12</sup> През 1922 г. в Москва е създаден Централният изследователски институт за майчинство и детство. Подобни съоръжения бяха открити в Харков (1922), Баку (1927), Киев (1929), Минск (1931), Ростов на Дон (1932), Алма-Ата (1932) и други градове. През 1928 г. страната разполага с над 2000 консултативни центъра за жени и деца, 27 000 легла в родилните болници и бързо развиваща се система от детски ясли. Услугите за грижи за майчинството и децата също се увеличават в селските райони със създаването на консултативни центрове за жени и деца, колхози (на руски: колхоз) родилни болници, акушерски центрове и детски ясли. Само за две години бяха изградени над 600 родилни болници, 1600 детски ясли (за 100 000 деца) и около 200 центъра за хранене на бебета.

1929 г.“ – с решението на Сталин за форсирана индустриализация и принудителна колективизация на селското стопанство (Solomon 1994, 207). Към онзи този момент здравната система възприема специфичен подход към здравните грижи, чиято функция дефинира като „поддържаща работоспособността на населението“. Здравното обслужване се определя като “право на гражданите“ и се превръща в обществена услуга, предоставяна от държавата. Системата вече е силно централизирана, бюрократизирана и стандартизирана (Solomon 1994, 208).

Съветското обществено здравеопазване от началото на 1930-те г. се инкорпорира все по-отчетливо в идеологическата програма за постигане на съветските цели за индустриализация и социална трансформация (Hoffmann 2011, 71). По време на Първия петгодишен план се възприемат политики, която дават приоритет на работниците в промишлеността и пренебрегват нуждите от здравни грижи на останалата част от населението. По-късно, към средата на 1930-те г., когато партийното ръководство обявява социализма за изграден, те се насочват към по-универсален подход към общественото здраве, който чрез безплатни медицински услуги и хигиенни програми се стреми да подобри здравето на населението като цяло. Прокламирайки, че буржоазните класи са „ликвидирани“, партийните лидери започват да се обръщат към всички членове на обществото като към важни участници в социалистическия ред (Burton 2000, 36-38).

Конституцията от 1936 г. гарантира на всички съветски граждани безплатни медицински грижи. Третият петгодишен план (1938–1941) значително увеличава разходите за здравеопазване, включително за изграждане на болници и клиники, достъпни за всички. В края на 1930-те г. съветските власти удвояват усилията си за проследяване на разпространението на болестите. Здравният комисиариат отново се фокусира върху санитарните условия и профилактиката на заболяванията, доколкото неговите служители се стремят да подобрят хигиената и в селските райони (Burton 2000, 105-108).

Идеологическите „чистки“ сред лекарите от края на 1920-те и началото на 1930-те г. променят фигурите на по-високите административни нива на съветското здравеопазване. Въпреки че повечето социалхигиенисти продължават своите изследвания, някои „непартийни“ здравни служители са заменени от „червени“ специалисти – членове на партията, които са преминали медицинско обучение през съветската епоха и чиято лоялност не е под въпрос. Нещо повече,



съветското правителство през този период съкращава финансирането на научните изследвания в областта на социалната хигиена и пренасочва средства и към клинични услуги, особено във връзка с форсираната индустриализация. От „новия санитарен лекар“ вече се очаква да бъде експерт по индустриална безопасност и санитарни технологии, а не толкова по „социална критика“ (Hoffmann 2011, 72). Идеологът на съветската социална хигиена – комисар Семашко, е сменен през 1930 г. от дотогавашния председател на Централната ревизионна комисия на КПСС /б/ Михаил Владимировски (Залеский 2000).

Историята на превенцията на болестите в съветското здравеопазване би била непълна без коментар на санитарните мерки и мерките за контрол на заболяванията като инструмент, който се оказва също ключов за съветското обществено здраве – системата от санитарни и епидемиологични станции /„санепидстанции“/, също натоварена с превантивни мерки и санитарен контрол. С декрет на Съвета на народните комисари на РСФСР от 15 септември 1922 г. „За санитарните органи на републиката“, се определят задачите и структурата на държавната санитарно-епидемиологичната служба. Този указ бележи началото на създаването на този тип специализирана „санитарна и превантивна институция“. Работата на санитарната организация през 1930-те г. започва да се извършва въз основа на държавното планиране – това е отразено в първия Петгодишен план за развитие на здравеопазването. На Първата всесъюзната конференция за планиране на здравеопазването и почивката, свикана през 1932 г. е взето решение за разширяването на мрежата от санитарно-епидемиологични станции като независими постоянни институции на санитарно-епидемиологичната служба, които се финансират от държавния бюджет. През 1933 г. е създаден и Държавен санитарен инспекторат, който да ръководи работата на органите за санитарна инспекция в цялата страна, а през 1935 г. е приета специална резолюция за създаване на Всесъюзна държавна санитарна инспекция към Съвета на народните комисари на СССР (Хромченко, Куценко 1990).

Друг ключови елемент в съветската система за здравеопазване е областният или участъковият принцип. Съвременната руска историография, която често анализира наследството на здравния комисар Семашко в крайно панегерична и носталгична посока, представя като „основата на съветския модел на здравеопазване“ въвеждането на териториално-областния принцип за организиране на здравеопаз-

ването (Арсентъев 2020). Този принцип се прилага още в годините на земската медицина, макар и да не е толкова широко застъпен.<sup>13</sup> В съветския здравеопазен модел обаче той придобива ново значение и мащаби (Семашко 1954, 46). Едва през периода на „Застоя“ през 1970-те г. моделът „Семашко“ претърпява дълбока ревизия, измествайки акцента от участъковия лекар към специализирана помощ в районните поликлиники. Участъковият лекар терапевт от общопрактикуващ лекар се превръща в нещо като „диспечер“, който насочва пациентите към специалисти и само много тесен спектър от заболявания остава в сферата на неговите компетенции. Всъщност, реформите от този период постепенно снемат отговорността за проследяване на общото здравословно състояние на пациента от участъковите лекари и насочват цялостна оценка на собственото му здраве към самия пациент (Bartlett, Vožikov and Rechel 2012). Тези реформи в съветското здравеопазване се приемат като отклонение от модела „Семашко“ и преход към модел, фокусиран върху специализирана извънболнична /амбулаторна/ помощ (Kühlbrandt, Voerma 2015).

Съветските правителствените ръководители поставят сериозен акцент върху обучението на голям брой лекари и осигуряването на максимално количество болнични легла. Тази ориентация цели да подчертае и научния, и клиничния подход към заболяванията. Задължителното разпределение на завършилите медици в мрежата от лечебни заведения позволява да се осигури лекарски персонал дори за отдалечените селски райони и играе важна роля в организирането на националното здравеопазване. В този порив за разширяване на системата обаче се обръща по-малко внимание на качеството на обучението на лекарите в съвременните за епохата методи, както и на стандартите на здравните съоръжения (Barr, G. Field 1996). Към 1946 г. страната има 72 медицински висши учебни заведения с 116 000 студенти.<sup>14</sup> Въпреки че Съветският съюз в този период може да се похвали с повече лекари и болнични легла /както като абсолютно число, така и на глава от населението/, отколкото която и да е друга

---

<sup>13</sup> До началото на XX в. в Руската империя земската медицина съществува в 34 провинции на европейската част на страната, които заемат малко по-малко от половината от територията на европейската част на страната и покрива около 60% от населението на империята (74 милиона души).

<sup>14</sup> Към 1913 г. в страната има 13 медицински факултета с 8 500 студенти.

държава, качеството им се оценява като доста под световните стандарти (Ryan 1990).

В идеологически план лекарите трябва да допринесат за създаването на социалистическо общество от нов тип и освен това, да се подчиняват изцяло на държавата и партията. Всички решения идват отгоре, а медицината като професия и област на знание е лишена от възможността за саморегулация. Самите лекари се обучават в среда, в която количеството е по-важно от качеството. От 1920-те г. при приема в медицинските университети се предпочитат кандидатите от работническо-селски произход, а през 30-те г., поради недостига на лекарски персонал, периодът на обучение е намален от пет на четири години. Всичко това няма как да не се отрази на професионализма на възпитаниците на медицинските институти. Разбира се, с годините ситуацията се променя – „неграмотността“ сред студентите е преодоляна, а учебните програми са подобрени, но фокусът на съветската медицинска система продължава да се основава на същия принцип – количеството е по-важно от качеството.

Съветската здравна система не е лишена и от други слабости. Един от основните проблеми се оказва консервативната стратегия, насочена към екстензивен растеж след 1950 г. Става въпрос за забавянето на скоростта в обновяването на медицинските технологии и недофинансирането на здравеопазването в рамките на съветската икономика. По тази причина много съвременни методи и лекарствени терапии в Съветския съюз изостават от западните страни, а и остават недостъпни за обикновеното население. Друг също толкова сериозен недостатък на еволюцията на съветското здравеопазване е, че правителствата нямат дългосрочни планове за здравната система. Даже основната политика на съветското здравеопазване през втората половина на 20. век – превенцията продължава да фокусира вниманието си главно върху санитарните и антиепидемични мерки, които не обръщат необходимото внимание на неинфекциозните заболявания.<sup>15</sup> В резултат на това, страната, която първоначално настига напредналите страни на Запада по продължителност на живота и намаляване на детската смъртност, започва да изоставя все повече от 1970-те г. Дефицитите в здравеопазването, причинени главно от

---

<sup>15</sup> През първата половина на XX век, когато инфекциозните болести са най-разпространени и отговорни за високата смъртност, предотвратяването им е разумно и оправдано. Втората половина на XX век обаче изисква насочването на вниманието на здравните служби към неинфекциозните болести.

недостатъчните финансови инвестиции в него, започват постепенно да изглеждат като недостатъци на самия здравен модел, въпреки че някои изследователи подчертават, че недофинансирането е следствие от вътрешната политика на СССР, а не основен недостатък в системата „Семашко“ (Field 1990).

Като част от общия недостиг на потребителски стоки и услуги, който се развива в съветската икономика, се разработва и сложна система за стратификация на достъпността и качеството на общественоздравните услуги. В годините преди разпадането на Съветския съюз проблемът с корупцията и недостигът на фармацевтични продукти и други медицински консумативи се засилва, което често води до „сив“ или „черен пазар“ в тази сфера. Заедно с това, системата се оказва парализирана от задушваща бюрокрация и команден манталитет (Schultz, Rafferty 1990, 195).

Една от важните прояви на съветския подход към медицината се вижда не само в създаването на специфични медицински институции, но и в самата комунистическа идеология. Както отбелязва Марк Фийлд: „Тази идеология вижда болестта и /преждевременната/ смъртност предимно като продукт на болно или патологично общество, т.е. капитализъм, който първо ще бъде поставен под контрол от социализма, а след това от комунизма“ (Field 1967). Съветският режим често критикува Запада, че не е разбрал нововъзникналата „пролетарска“ медицина. Въпреки това, има редица симпатизирани на съветската система влиятелни западни експерти. Сред тях се откроява работещият в САЩ френско-швейцарски историк на медицината Хенри Сигерист (Ратманов 2013). Посещавайки Съветския съюз през 1930-те г. той заявява в книгата си „Социализираната медицина в Съветския съюз“: „Стигнах до заключението, че това, което се прави в Съветския съюз днес, е началото на нов период в историята на медицината. Всичко, което е постигнато досега за пет хиляди години медицинска история, представлява само първа епоха – периодът на лечебната медицина. Сега в Съветския съюз започна нова ера, периодът на превантивната медицина“ (Sigerist 1937, 308).<sup>16</sup> Самият Сигерист, макар и да заявява, че „съветската система

---

<sup>16</sup> Други западни автори от този период обаче са по-малко склонни да възхваляват съветското здравеопазване – Уилям Хорсли Гант (Horsley Gantt 1928), Артър Нюсхолм, Джон Кингсбъри (Newsholme, Kingsbury 1933) и др., а през 1960-те и 1970-те г. са публикувани поредица анализи на съветската медицина от автори като Марк Фийлд (Field 1957, 1967), Лорън Грехъм (Graham 1972), Кендъл Бейлс и др. (Bailes 1978).

за защита на здравето на хората е основно различна от всички други системи за обществено здраве“, двусмислено продължава: „Това е социалистическа система. Оръжията, използвани във войната срещу болестите, са много сходни с оръжията, използвани в други страни, но цялата стратегия и тактика са различни“ (Sigerist 1937, 24). Именно свръхакцентирането на превантивните здравни стратегии в съветския случай, насочени към профилактика на десетки често срещани инфекциозни и епидемични заболявания, а по-късно – и към универсална ваксинация и имунизация, се оказват основния проблем на тази тип здравна система. Такава е и общата тенденция сред останалите просъветски режими от 1950-те г. нататък. Заради възможността на правителствата да контролират голяма част от живота на поданиците, предоставянето на превантивно здравеопазване се оказва много по-лесно, отколкото в демократичните страни от Запада например. В допълнение, системата на здравеопазването се концентрира около нуждите на жителите на градовете и индустриалните работници, което я прави в много отношения подчинена на индустриалните изисквания. Евтините профилактични прегледи, които стават задължителни за всички, трябва да открият и диагностицират, а и при провеждането им – и да лекуват медицински проблеми на най-ранен етап. Подобна е ситуацията и с ваксинациите /също задължителни/. Този фокус върху прости и евтини профилактични средства позволява значително, но с кратковременен ефект да се подобри цялостната здравна ситуация в страната. На по-късен етап обаче фокусът върху превантивното лечение довежда до това, съветската система започва да се проваля и в това, в което е била добра – превантивните грижи (Hohmann, Lefevre 2016). „Благородна цел, великолепен дизайн, грешно изпълнение“ е фразата, с която в едно от късните си изследвания Марк Фийлд обобщава смесените резултати от съветската социализирана медицина (Field 1990, 145).

### **Налагането на съветската здравна система в България след 1944 г.**

Още в периода на Временното руско управление от 1878 г. започва изграждането на мрежата от институции на общественото здравеопазване в България и постепенно се въвежда съответното законодателство. След 1878 г. българската система на здравеопазване е устроена първоначално по руски модел. Системата на обществено здравеопазване в България постепенно се изгражда, следвайки немския модел „Бисмарк“ за здравното осигуряване и законодателс-

тво – особено забележимо в здравните закони от 1903 г. и от 1929 г. (Ангелова 2021: 62-65). Началото на здравното осигуряване в България се свързва с приемането през 1906 г. на Закона за подпомагане в случай на инвалидност и болест на назначените с надница държавни работници. Утвърждаването на здравните осигуровки започва след приемането на законите за осигуряване на работниците и служителите в случай на злополука и болест от 1918 г. и за общественото осигуряване от 1924 г.<sup>17</sup> Важна промяна в законодателното уреждане на правото на частична безплатна медицинска помощ се случва през 1940 и 1941 г., когато такова право получават: бременните и родилките; децата от предучилищна възраст (ок. 990 000); болните от заразни болести със задължително уединение и принудително уединените болни от определени форми на туберкулоза.<sup>18</sup>

С установяването на новия политически режим след преврата на 9 септември 1944 г., не просто се променят идеологическите акценти, а се поставя началото на радикални промени в цялостната обществено-политическа панорама, включително и в управлението на здравеопазването. Предначертава се „преломът“ в идеологическото преустройство и започва постепенното утвърждаване на „социалистическата организация“ на здравеопазването от съветски тип.

Още с формирането на първото правителство на Отечествения фронт е създадено и ново *Министерство на народното здраве* (МНЗ), като централна институция, която да провежда здравната политика на правителството.<sup>19</sup> То съществува в този си вид до 1950 г., когато е закрито и функциите му се поемат от *Министерството на народното здраве и социалните грижи*.

Веднага след преврата от 1944 г. в Централното управление на министерството и в останалите здравни институции масово се назначават нови административни „кадри“ – членове на БРП /к/. Някои

---

<sup>17</sup> С тях се въвежда задължителната здравна застраховка на работниците и служителите от частните и кооперативни предприятия и заведения, която им предоставя правото на безплатно лечение. Право на частична медицинска помощ като безплатно лечение в държавни и общински заведения до 1939 г. получават: бедните със свидетелство за бедност; войниците и трудоваците на служба; затворниците в предварителен затвор и осъдените; инвалидите, родителите и семействата на загиналите по време на войните; бедно-болните от венерически болести; длъжностните лица по санитарното ведомство; ветераните.

<sup>18</sup> Така, броят на получилите право на частична безплатна медицинска помощ се увеличава до около 1 180 000 души. По-подробно вж. (Константинов 2001, 85-111).

<sup>19</sup> *Държавен вестник*, бр. 179 от 1944 г.; Известия на МНЗ, №282, 31.01.1945.

от тях са познати обществени фигури и се ползват с авторитет в лекарските среди. Такива са първият здравен министър д-р Рачо Ангелов и новият главен секретар на МНЗ д-р Константин Куситасев. До края на 1944 г. и през първите месеци на 1945 г. БРП/к/ съсредоточава усилията си върху чистките и овладяването на властовите структури в областта на здравеопазването в столицата и в страната – уволняването и наказването на най-изявените привърженици на старата власт и „нормализирането“ на работата на здравните служби (Константинов 2001, 8-9). Проблемът е, че много от „новите“ здравни администратори нямат организационен опит на управленчески административни позиции извън професионалната организация на лекарите. Изключение в това отношение прави д-р Др. Матеев – съавтор на проекта за държавния Здравен план от 1940 г. и началник на Дирекцията по обща профилактика, лечебна помощ и здравно благоустройство от 1944 г., а преди това работил и като главен инспектор-лекар в Министерството на народната просвета.

Със своето създаване МНЗ привидно продължава да организира здравеопазването в системата за здравно осигуряване, като се разширяват групите на отделни категории имащи право на безплатно лечение – основно получилите статут на „бойци против фашизма“. (Ангелова 2019). Един от първите закони, който се разработва в МНЗ през 1945 г., е за учредяване на фонд „Здравна застраховка на държавните, държавно-автономните и общинските служители и членовете на семействата им“.<sup>20</sup> Уредбата на фонда се възлага не на Института по обществено осигуряване, а вероятно по политически причини – на новосъздадения към МНЗ отдел „Всенародна здравна застраховка“.<sup>21</sup> Макар да се организира формално такъв отдел, през следващите две години и трите законопроекта, подготвени за новото му регламентиране, не се гласуват в парламента. След 1947 г. МНЗ не внася нови законопроекта в тази посока, а отделът се реструктурира в „Здравеопазване на здравно осигурените“ (Константинов 2006, 83-84). През декември 1948 г. е приет Законът за общественото осигуряване, но извън кръга на осигурените остават селяните и пенсионираните земеделци.<sup>22</sup> Постепенно МНЗ губи инициативата да подготвя и обсъжда законови предложения в тази

<sup>20</sup> Такова право държавните и общинските служители, но без семействата им, имат и преди 1944 г.

<sup>21</sup> *Държавен вестник*, бр.180, 06.08.1945.

<sup>22</sup> *Държавен вестник*, бр.11, 17.01.1949.

сфера. Показателен е фактът, че последният програмен документ за здравната политика на МНЗ в разглеждания период се обсъжда през март 1949 г. не в МНЗ или в Министерския съвет /МС/, а в Политбюро на ЦК на БКП. В тази програма изобщо не се споменава за „здравно осигуряване“, което означава, че неговата съдба е окончателно решена и че се тръгва по друг път – този на съветското здравеопазване (Константинов 2006, 88). Доколкото здравното осигуряване е в разрез със съветската система „Семашко“, в документите от тези обсъждания, то е обявено за „чуждо и несъвместимо“ със социалистическото здравеопазване. Затова и в доклада на министър Петър Коларов до ЦК на БКП и до МС за въвеждане на всенародна безплатна медицинска помощ от декември 1950 г. здравното застраховане е определено като „принцип на капиталистическата система, пренесен у нас от Запад“ (Константинов 2006, 86).

В първите години след преврата от 1944 г. се запазва частната лекарска практика. Одържавяването на частните лечебни заведения става по *Закона за отчуждаване на едрата градска покрита недвижима собственост*<sup>23</sup>, според който одържавените болници, санаториуми и частни кабинети се предоставят за стопанисване и управление на съответния градски общински съвет, а от месец по-късно преминават в разпореждане на МНЗ (Ангелова 2021, 114).

До есента на 1944 г. политиките за превантивна медицина в България не са непознати, но те се разработват и разполагат между здравеопазването и общественото подпомагане – като опит за съвместна работа на държавни, дружествени и местни инициативи. Равносметката на новите управляващи по отношение на десетилетните усилия на хората от стотиците дружества в страната ги обобщава като безрезултатно *“евтино милосърдие”* (Ангелова 2021, 182). Най-често повтаряната здравно-пропагандна фраза *„предпазването е най-доброто лечение“* постепенно се заменя, подобно на другите страни от съветското пространство, с лозунга *“социализмът е най-добрата профилактика”* (Moser 2002, 207).

През 1946 и 1947 г. не настъпват съществени промени в здравната политика, доколкото правителствените и партийните приоритети са в други области – изборите за ВНС, разправата с опозицията, подготовката на новата конституция и др. Към началото на 1948 г. вече видимо се очертават контурите на нова държавно-политическа система, сходна с вече установената в СССР, включително и на

<sup>23</sup> *Държавен вестник*, бр.87, 15.04.1948 г.



държавните политики в областта на здравеопазването. В конституцията от декември 1947 г. официално се прокламира принципът на неговото одържавяване (Чл.81).<sup>24</sup> В края на 1947 г. е предприета и смяна на ръководството на здравното министерство – новият министър е журналистът от политическият кръг „Звено“ Трайчо Доброславски. В духа на конституционния текст за „одържавяване на здравното дело“ и на възприетия курс на БРП /к/ за ускоряване на прехода към социализъм, през 1948 и 1949 г. се национализират частните клиники, лаборатории, аптеки, санаториуми и др., въвежда се „задължителна обществена служба на санитарните лица“ и се предприемат стъпки за реорганизация на здравните служби, съобразно изменящите се условия и практиките в съветските здравни заведения.<sup>25</sup> От края на 1948 г. намеренията за усвояването на съветския модел на здравеопазване стават все по-отчетливи. Ясно и недвусмислено се внушава идеята, че цялостният модел на здравеопазване в СССР трябва да се въведе и утвърди, при това без всякакви отклонения и отсрочки, като през септември 1949 г. към Москва пътува в едномесечна командировка поредната делегация от МНЗ (Константинов 2006, 24-27).

Решаващи за подмяна на съществуващата организация на общественото здравеопазване в България и заменянето ѝ със съветската са 1950 и 1951 г. (Ангелова 2021, 111). В началото на 1950 г. здравен министър става бившият емигрант в СССР и син на Васил Коларов – д-р Петър Коларов. До края на април той подменя ръководния състав на отделите и дирекциите в здравното министерство. Започва „преломът“ в налагането на съветската система на здравеопазване. От една страна, макар и афиширани като нещо съвършено ново и много значимо, част от промените не засягат по същество функциите на съществуващите дотогава здравни организации.<sup>26</sup> От друга страна, се извършват и промени, отхвърлящи изцяло или отчасти натрупания опит в организацията на здравеопазването до 1944 г. и се появяват чисто съветски институции, пренесени почти без

<sup>24</sup> Конституция на Народна република България, София, 1949, 30.

<sup>25</sup> През пролетта 1949 г. в Москва е изпратена поредната българска делегация от представители на МНЗ за проучване опита на съветското здравеопазване, а след това в София е командирована група от съветския Наркомздрав. (Константинов 2006, 23-24).

<sup>26</sup> От 1 януари 1951 г. се променят имената на основните дирекции в МНЗ – те стават управления, така както е в СССР, без в началото да се променя структурата им по същество.

изменения. Такъв пример са *обществените санитарни отговорници* – съществуването им е предписано със специална наредба<sup>27</sup> от началото на 1950 г., буквално преведена от съветската. През пролетта на същата година се учредява и *Научен медицински съвет* (НМС) към МНЗ, който трябва да замени Висшия медицински съвет /ВМС/.<sup>28</sup> На новия медицински съвет се поставят само и единствено такива задачи, които решава съответният съвет в СССР, включително и осъществяването на партийния контрол върху дейността на всички „научни работници в областта на здравното дело“ (Константинов 2006, 43). До края на 1950 г. са приети още няколко закони и наредби, заимствани директно от съветската практика.

През пролетта на 1950 г. се въвежда *„диференцирано обслужване на населението с медицинска помощ“*<sup>29</sup> – съобразено с приетото година преди това решение на Политбюро и съгласно законодателството за въвеждане на специални привилегии. Така се регламентират 3 групи, според *„участието им в строителството на социализма“*. „Бойците против фашизма“, ударниците, рационализаторите, орденоносците и техните семейства са в първата група и се приемат на лечение като „спешно болни“, а рецептите им се изпълняват с най-голямо предимство. Във втората група се включват осигурените работници в мините, индустриалните предприятия, работниците в транспорта, големите строителни обекти, членовете на ТКЗС. В третата група са осигурените работници и служителите от останалите отрасли и семейства им (Ангелова 2021, 115).

Самият здравен министър П. Коларов посочва 1950 г. като „преломна по отношение на социалистическото преустройство“ (Коларов 1951, 9): *„В основата на това преустройство беше положен опитът на съветското здравеопазване, етап единствен и най-добър образец за социалистическо здравно строителство, приложен при конкретните условия на нашата страна... Установена бе нова организационна структура и бяха регламентирани и определени взаимоотношенията, и дейността на Министерството на народното здраве и здравните органи при народните съвети. Съз-*

<sup>27</sup> Държавен вестник, бр.43, 21.02.1950.

<sup>28</sup> ВМС преди 1944 г. /и даже до 1950г./ не се контролира директно от Централното управление, а е по-скоро консултативен орган и висше научно и съвещателно тяло, което се произнася по въпроси, свързани с народното здраве и е съставено от експерти в отделните области на медицината. Решенията му могат да станат задължителни, само ако бъдат одобрени от министъра.

<sup>29</sup> Наредба на МНЗ, 27.04.1950 г.

дадена беше Държавна санитарна инспекция и научен медицински съвет. Медицинското висше образование беше предадено от Комитета за наука, изкуство и култура на Министерството на народното здраве. Изградена беше единна аптечна мрежа в страната. Болничните заведения бяха обединени с амбулаторно-поликлиничните и се премина към участъковото обслужване на населението. Създадох се специализирани диспансери, санитарно-епидемиологически станции и други характерни за социалистическото здравеопазване здравни заведения“ (Коларов 1954, 324).

Налагането на съветската организация на здравеопазването в България завършва през пролетта на 1951 г. с въвеждането на т.нар. „всенародна безплатна медицинска помощ на населението“<sup>30</sup> Осъществен е „преломът в идеологическото преустройство“, като се утвърждава социалистическата организация на здравеопазването от съветски тип. Пълното установяване на моделът „Семашко“ завършва на 8 декември 1951 г. с въвеждането на съветската номенклатура на болестите и причините за смъртта (Големанова 1987, 177).

### Заклучение

Съветските медицински дискурси за модерността отразяват възгледа за социалистическото строителство и марксистко-ленинската телеология като универсализиращ процес и проектират изграждането на интегриран съветски колектив, който ще въведе утопията на комунизма. Медицината се разполага в центъра на този проект, като обещава егалитарно съветско гражданство, обединено в единно (здрaво) тяло и дух (Ебу 2015, 75). Съветската здравна система „Семашко“ е централно планирана и има йерархична структура. Две от най-забележителните характеристики на този здравен модел, които са широко цитирани от специалистите като доказателство, че съветската система е работила, са големият брой болнични легла и големият брой лекари. Това обаче не винаги се приема като мерило за реална ефективност, доколкото здравните системи трябва да се оценяват не само по резултатите, но и спрямо ресурсите, които използват. През първите три или четири десетилетия от съветското управление моделът „Семашко“ наистина представлява значително подобрене спрямо това, което наследява от преди 1917 г. и се стига до драстично намаляване на детската смъртност и увеличаване на продължителността на живота /въпреки разрушителните ефекти на

<sup>30</sup> Известия на Президиума на Народното събрание, 23, 20.03.1951 г.

Втората световна война и предхождащите ги мащабни репресивни съветски политики от 1930-те г./, както и до намаляването на честотата на различни инфекциозни заболявания, като холера, тиф и туберкулоза. След подобренията в здравните условия през 1920–50-те г. системата, в държавите, в които е въведена, се оказва в „застой“ – особено забележим от 1970-те г., а след това цялостният провал на системата става все по-очевиден. През 1980-те години се правят опити за децентрализация на системата, в опити да стане по-гъвкава, но без особен успех (Albrecht, Salmon 1986).

Системата на общественото здравеопазване в България от 1951 г. до падането на тоталитарния режим се развива именно в рамките на съветския модел „Семашко“ – като централизирана държавна система, която сякаш гарантира свободен достъп до здравни услуги за цялото население. Подобно на други страни от бившият съветски „лагер“, падането на комунизма предизвика поредица от реформи, целящи да доближат здравната система на България отново до германския модел, а именно връщането към модела „Бисмарк“. В съвременните емоционално заредени обществени дискусии за здравеопазването и посоките на неговото реформиране, могат да се чуят полюсни оценки за системата „Семашко“ – от изкусителният мит за „безплатната и универсална медицинска система, подобна на която не е имало в света“<sup>31</sup> до демонизирането ѝ като „кошмара на комунизма“<sup>32</sup>. Връщането към дискусиите за спецификите на „съветизацията“ на общественото здравеопазване на страните от Източна Европа след Втората световна война и начина, по който съветският модел е адаптиран, „рафиниран“ и институционализиран в различните страни (Harsch, 2012), е важен в търсенето на по-правдивото нюансиране на тези оценки.

---

<sup>31</sup> Вж. например: Вълканов, Велко 2012. „Семашко – една велика система“. Нова зора, бр. 11. Web. 13.08.2021.

[https://www.zoranews.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4394:ednavelikasitema&catid=392:broi-11-2012&Itemid=123](https://www.zoranews.com/index.php?option=com_content&view=article&id=4394:ednavelikasitema&catid=392:broi-11-2012&Itemid=123)

<sup>32</sup> Маринова, Евгения 2021. „Здравната реформа – между кошмара на комунизма и застрахователното печалбарство“. *Investor.bg*, 19.04.2021. Web. 08.06.2021. <https://www.investor.bg/ikonomika-i-politika/332/a/zdravnata-reforma--mejdu-koshmara-na-komunizma-i-zastrahovatelnoto-pechalbarstvo-326295/>

## Библиография:

**Albrecht, Gary L., Warren J. Salmon 1986.** “Anomalies in Soviet healthcare”. *The Journal of medical practice management*, 2(4), 288-296.

**Arsentyev, Evgeny, Vladimir Reshetnikov 2018.** “To the Biography of N.A. Semashko: on the Work of the First People’s Commissar of Health in 1920–1925”. *History of Medicine* 4(4), 383-394. doi: 10.17720/2409-5834.v4.4.2017.09i.

**Bailes, Kendall E. 1978.** *Technology and Society under Lenin and Stalin: Origins of the Soviet Technical Intelligentsia, 1917–194*. Princeton: Princeton University Press.

**Barr, Donald A., Mark G. Field 1996.** “The current state of health care in the former Soviet Union: Implications for health care policy and reform”. *American Journal of Public Health*, Vol. 86, 3, 307-312.

**Bartlett, William, Jadranka Božikov, Bernd Rechel 2012.** “Health Reforms in South East Europe: An Introduction”. In: Bartlett, William, Jadranka Božikov, Bernd Rechel (eds) *Health Reforms in South East Europe. New Perspectives on South-East Europe Series*. Palgrave Macmillan, London, 3-30.

**Beveridge, William 1942.** *Social Insurance and Allied Service*. London: HMSO. Web. 14.08.2021.  
[https://www.historyofsocialwork.org/1942\\_ENG\\_Beveridge/1942,%20Beveridge,%20social%20insurance%20and%20allied%20services.pdf](https://www.historyofsocialwork.org/1942_ENG_Beveridge/1942,%20Beveridge,%20social%20insurance%20and%20allied%20services.pdf).

**Burton, Christopher 2000.** *Medical Welfare during Late Stalinism: A Study of Doctors and the Soviet Health System, 1945–1953*. PhD dissertation, University of Chicago. <http://pi.lib.uchicago.edu/1001/cat/bib/4219209>.

**Eby, Marek 2015.** *Fighters for New Life: Doctors, Medicine, and Modernity in Soviet Central Asia, 1925–1953*. Master’s Thesis, Carleton University Ottawa, Library Catalogue Record: <https://doi.org/10.22215/etd/2016-11217>.

**Field, Mark 1967.** *Soviet Socialized Medicine: An Introduction*. New York: Free Press.

**Field, Mark G. 1957.** *Doctor and Patient in Soviet Russia*. Cambridge: Harvard University Press.

**Field, Mark G. 1967.** *Soviet Socialized Medicine: An Introduction*. New York: Free Press.

**Field, Mark G. 1990.** “Noble Purpose, Grand Design, Flawed Execution, Mixed Results: Soviet Socialized Medicine after Seventy Years”. *American Journal of Public Health*, 80(2), 144–145. doi: 10.2105/ajph.80.2.144.

**Frieden, Nancy M. 1981.** *Russian Physicians in an Era of Reform and Revolution, 1856–1905*. Princeton: Princeton University Press.

**Graham, Loren R. 1972.** *Science and Philosophy in the Soviet Union*. New York: Alfred Knopf.

**Graham, Loren R. 1983.** *Between Science and Values*. New York: Columbia University Press.

**Hachten, Elizabeth A. 1991.** *Science in the Service of Society: Bacteriology, Medicine, and Hygiene in Russia, 1855–1907*. Ph.D. Diss., University of Wisconsin. Web. 04.-9.2021.  
<https://www.proquest.com/openview/dc8b0c6269934a72b4b48b7ac3a91126/1?pq-origsite=scholar&cbl=18750&diss=y>.

- Harsch, Donna 2012.** "Medicalized Social Hygiene? Tuberculosis Policy in the German Democratic Republic", *Bulletin for the History of Medicine*, vol. 86, 394-423.
- Hoffmann, David L. 2011.** *Cultivating the Masses. Modern State Practices and Soviet Socialism, 1914–1939*, Ithaca and London: Cornell university press.
- Hohmann, Sophie, Cecile Lefevre 2016.** "Post-Soviet Transformations of Health Systems in the South Caucasus". *Central Asian Affairs*, 1, 48-70.
- Holquist, Peter 2000.** "What's so Revolutionary about the Russian Revolution?". In: Hoffman, David, Yanni Kotsonis (eds.), *Russian Modernity: Politics, Knowledge, Practices*. New York: St. Martin's Press.
- Horsley Gantt, William 1928.** *A Medical Review of Soviet Russia*. London: British Medical Association.
- Hutchinson, John F. 1990a.** *Politics and Public Health in Revolutionary Russia, 1890–1918*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Hutchinson, John F. 1990b.** "Who Killed Cock Robin? An Inquiry into the Death of Zemstvo Medicine". In: Solomon, Susan G., John F. Hutchinson (eds.). *Health and Society in Revolutionary Russia*. Bloomington: Indiana University Press, 3-26.
- Krementsov, Nikolai 2014.** *Revolutionary Experiments: The Quest for Immortality in Bolshevik Science and Fiction*. New York: Oxford University Press.
- Kühlbrandt Charlotte and Wienke Boerma 2015.** "Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: Success and challenges". *Eurohealth*, 21 (2), 3-6.
- Marrée, Jorgen, Peter P. Groenewegen 1997.** *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Ashgate: Avebury.
- Newsholme, Arthur, John A. Kingsbury 1933.** *Red Medicine: Socialized Health in Soviet Russia*. Garden City, NY: Doubleday.
- Plaggenborg, Stefan 1996.** *Revolutionskultur: Menschenbilder und Kulturelle Praxis in Sowjetrussland zwischen Oktoberrevolution und Stalinismus*. Köln: Böhlau.
- Reshetnikov, Vladimir A., Natalia V. Ekkert, Lorenzo Capasso, Evgeny V. Arsentyev, Maria S. Mikerova, Irina I. Yakushina 2019.** "The history of public healthcare in Russia". *Medicina Historica*; Vol. 3, 1, 16-24.
- Rosenberg, William G. (ed.) 1990.** *Bolshevik Visions: First Phase of the Cultural Revolution in Soviet Russia*, Part 1. University of Michigan Press.
- Rowney, Don K. 1989.** *Transition to Technocracy: The Structural Origins of the Soviet Administrative State*. Ithaca: Cornell University Press.
- Ryan, Michael 1990.** *Doctors and the State in the Soviet Union*. New York: St Martin's Press.
- Ryan, Michael, Richard Prentice 1983.** "Spatial variations in the Soviet health service". *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, Vol. 7, 286(6376), 1494–1496.
- Schultz, Daniel S., Michael P. Rafferty 1990.** "Soviet health care and perestroika". *American Journal of Public Health*, 80, 193-197.
- Semashko, Nikolai 1934.** *Health Protection in the USSR*. London: Victor Gollancz.
- Sheingold, Brenda Helen, Joyce A. Hahn 2014.** "The history of healthcare quality: The first 100 years 1860–1960". *International Journal of Africa Nursing Sciences*, Vol. 1, 18-22.
- Sigerist, Henry E. 1937.** *Socialized Medicine in the Soviet Union*. New York: Norton.

**Solomon, Susan G. 1990.** “Social Hygiene and Soviet Public Health, 1921-1930.” In: Solomon, Susan G., John F. Hutchinson (eds.). *Health and Society in Revolutionary Russia*. Bloomington: Indiana University Press, 175–199.

**Solomon, Susan G. 1994.** “The Expert and the State in Russian Public Health: Continuities and Changes Across the Revolutionary Divide.” – In: Porter, Dorothy (ed.) *The History of Public Health and the Modern State*, Amsterdam: Rodopi, 194–203.

**Solomon, Susan G. 2006.** “Infertile Soil: Heinz Zeiss and the Import of Medical Geography to Russia, 1922–1930.” In: Solomon, Susan G. (ed.) *Doing Medicine Together: Germany and Russia between the Wars*. Toronto: University of Toronto Press.

**Starks, Tricia 2008.** *The Body Soviet: Propaganda, Hygiene, and the Revolutionary State*. Madison: University of Wisconsin Press.

**Turda, Marius 2018.** “History of Medicine in Eastern Europe, Including Russia”. In: Jackson, Mark (ed.), *A Global History of Medicine*, Oxford University Press, 96-117.

**Weissman, Neil B. 1990.** “Origins of Soviet Health Administration: Narkomzdrav, 1918-1928.” In: Solomon, Susan G., John F. Hutchinson (eds.). *Health and society in revolutionary Russia*. Bloomington: Indiana University Press, 97–120.

**Zatravkin, Sergei, Elena Vishlenkova, Elena Sherstneva 2020.** “‘A Radical Turn’: The Reform of the Soviet System of Public Healthcare”. *Quaestio Rossica*, 8(2). doi: <https://doi.org/10.15826/qr.2020.2.486>.

**Ангелова, Милена 2021.** *Социалната болест: Туберкулозата в България през първата половина на ХХ век*“, Благоевград: Университетско издателство „Н. Рилски“ [Angelova, Milena 2021. *Sotsialnata bolest: Tuberkulozata v Balgariya prez parvata polovina na HH vek*“, Blagoevgrad: Universitetsko izdatelstvo „N. Rilski“].

**Ангелова, Милена 2019.** „‘Бойците против фашизма’ – власт и привилегии (1945-1951)“. – *Дзяло. е-списание в областта на хуманитаристиката, Х-XXI в. год. VII, бр. 15* [Angelova, Milena 2019. „‘Boysite protiv fashizma’ – vlast i privilegii (1945-1951)“. – *Dzyalo. e-spisanie v oblastta na humanitaristikata, H-HHI v. god. VII, br. 15*]; <https://www.abcdar.com>.

**Арсентьев, Евгений В. 2020.** *Развитие методологических основ организации здравоохранения, заложенных Н.А. Семашко: реализация принципа бесплатного оказания медицинской помощи населению*. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Москва: МГМУ имени И.М. Сеченова [Arsent'yev, YEvgeniy V. 2020. *Razvitiye metodologicheskikh osnov organizatsii zdravookhraneniya, zalozhennykh N.A. Semashko: realizatsiya printsipa besplatnogo okazaniya meditsinskoj pomoshchi naseleniyu*. Dissertatsiya na soiskaniye uchenoy stepeni kandidata meditsinskikh nauk. Moskva: MG MU imeni I.M. Sechenova]. Web.15.08.2021.<https://www.sechenov.ru/upload/iblock/404/Dissetatsiya-Arsentev.pdf>.

**Виноградов, Николай А., Илья Д. Страшун 1947.** *Охрана здоровья трудящихся в Советском Союзе*. Москва: Медгиз [Vinogradov, Nikolay A., Il'ya D. Strashun 1947. *Okhrana zdorov'ya trudyashchikhsya v Sovetskom Soyuze*. Moskva: Medgiz].

**Големанова, Жана 1987.** *Изграждане основите на социалистическото здравеопазване в България*. София: Медицина и физкултура [Golemanova, Zhana 1987. *Izgrazhdane osnovite na sotsialisticheskoto zdравеопазване v Balgariya*. Sofiya: Meditsina i fizkultura].

**Димитров, Цветомир 2012.** „Алфред Гротиян (1869–1931) и немската социална медицина“. *Асклепий*, VI, 1, 140-143 [Dimitrov, Tsvetomir 2012. „Alfred Grotiyan (1869–1931) i nemska sotsialna meditsina“. *Asklepiy*, VI, 1, 140-143].

**Залесский, Константин А. 2000.** *Империя Сталина. Биографический энциклопедический словарь*. Москва: Вече [Zalesskiy, Konstantin A. 2000. *Imperiya Stalina. Biograficheskiy entsiklopedicheskiy slovar'*. Moskva: Veche].

**Коларов, Петър 1951.** *Въпроси на социалистическото преустройство на народното здравеопазване*. София: Наука и изкуство [Kolarov, Petar 1951. *Vaprosi na sotsialisticheskoto preustroystvo na narodnoto zdraveopazvane*. Sofiya: Nauka i izkustvo].

**Коларов, Петър 1954.** „Десет години народно здравеопазване“. – В: *10 години народна власт*, София: БКП [Kolarov, Petar 1954. „Deset godini narodno zdraveopazvane“. – V: *10 godini narodna vlast*, Sofiya: BKP], 294-325.

**Константинов, Никола 2001.** *Социално осигуряване в България (1888-1951)*. София: Национален осигурителен институт [Konstantinov, Nikola 2001. *Sotsialno osiguruyavane v Balgariya (1888-1951)*. Sofiya: Natsionalen osiguritelен institute].

**Константинов, Никола 2006.** *Здравеопазването в България 1944–1952*. София: РИК „Диана“ [Konstantinov, Nikola 2006. *Zdraveopazvaneto v Balgariya 1944–1952*. Sofiya: RIK „Diana“].

**Петров, Борис Д. (ред.) 1958.** *Очерки истории профилактического направления светской медицины*. Москва: Государственное издательство медицинской литературы [Petrov, Boris D. (red.) 1958. *Ocherki istorii profilakticheskogo napravleniya svetskoy meditsiny*. Moskva: Gosudarstvennoye izdatel'stvo meditsinskoy literatury].

**Проданова Янка, Любомир Спасов 2011.** „Съвременни модели на здравно осигуряване“. – *Здравна политика и мениджмънт*, 4, 64-72 [Prodanova Yanka, Lyubomir Spasov 2011. „Savremenni modeli na zdravno osiguruyavane“. – *Zdravna politika i menidzhmant*, 4, 64-72].

**Ратманов, Павел Э. 2013.** „Советское здравоохранение в освещении западных авторов (1920-1960-е гг.)“. *Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России*, 3, 102-106 [Ratmanov, Pavel E. 2013. „Sovetskoye zdravookhraneniye v osveshchenii zapadnykh avtorov (1920-1960-ye gg.)“. *Vestnik obshchestvennogo zdorov'ya i zdravookhraniya Dal'nego Vostoka Rossii*, 3, 102-106].

**Решетников, Владимир А., Юрий В. Несвижский, Наталия А. Касимовская 2014.** „Н.А. Семашко – теоретик и организатор здравоохранения“ – *История медицины*, 3 (3), 24-29 [Reshetnikov, Vladimir A., Yuriy V. Nesvizhskiy, Nataliya A. Kasimovskaya 2014. „N.A. Semashko – teoretik i organizator zdravookhraniya“ – *Istoriya meditsiny*, 3 (3), 24-29].

**Семашко Николай А. 1926.** *Основы советской медицины*. Москва [Semashko Nikolay A. 1926. *Osnovy sovetskoy meditsiny*. Moskva].

**Семашко Николай А. 1929.** „О едином диспансере“. *Вопросы здравоохранения*, 15, 65-67 [Semashko Nikolay A. 1929. „O yedinom dispansere“. *Voprosy zdravookhraniya*, 15, 65-67].

**Семашко Николай А. 1947.** *Очерки по теории организации советского здравоохранения*. Москва: Издательство Академии Наук СССР [Semashko Nikolay



А. 1947. Ocherki po teorii organizatsii sovetskogo zdravookhraneniya. Moskva: Izdatel'stvo Akademii Nauk SSSR].

**Семашко, Николай А. 1928-1936.** *Большая медицинская энциклопедия*, Т. 1–35. Москва: Советская энциклопедия [Semashko, Nikolay A. 1928-1936. Bol'shaya meditsinskaya entsiklopediya, T. 1–35. Moskva: Sovetskaya entsiklopediya].

**Семашко, Николай 1922.** „Социальная гигиена, ее сущность, метод и значение“. *Социальная гигиена*, 1, 5-11 [Semashko, Nikolay 1922. „Sotsial'naya gigiyena, yeye sushchnost', metod i znacheniyе“. Sotsial'naya gigiyena, 1, 5-11].

**Страшимиров, Константин 1974.** *Н.А. Семашко в България*. София, НЦНМИ [Strashimirov, Konstantin 1974. N.A. Semashko v Balgariya. Sofiya, NTSNMI].

**Хромченко, Ольга М., Геннадий И. Куценко 1990.** *Санитарно-эпидемиологическая служба*. Москва: Медицина [Khromchenko, Ol'ga M., Gennadiy I. Kutsenko 1990. Sanitarno-epidemiologicheskaya sluzhba. Moskva].

**Черниченко, Михаил Ю. 2014.** „Н.А. Семашко – первый нарком здравоохранения: новый век – новые исследовательские горизонты“. *История медицины*, 3 (3), 73-81 [Chernichenko, Mikhail Yu. 2014. „N.A. Semashko – pervyy narkom zdravookhraneniya: novyy vek – novyye issledovatel'skiye gorizonty“. Istoriya meditsiny, 3 (3), 73-81].