

Советская система социального обеспечения

Лекция 9

Концепция социального обеспечения МОТ

- Социальное обеспечение в узком смысле:
социальное страхование + социальная помощь и попечение + социальное обслуживание
- Социальное обеспечение в широком смысле:
социальное обеспечение в узком смысле + здравоохранение

Советская система социального обеспечения
кроме системы социальных пособий,
здравоохранения, обслуживания включала:

- попечительство над детьми 
- образование 
- программы физической культуры и спорта

Советская теория социального обеспечения

М.С. Ланчев (д.э.н., директор отдела пенсионного обеспечения Госкомитета по труду и заработной плате, директор НИИ труда) анализировал категорию «социальная безопасность». Он считал, что как экономическая категория, она присуща каждой современной хозяйственной системе: *«Социальное обеспечение представляет собой комплекс экономических отношений, который имеет целью содержание нетрудоспособных и заботу о них».*

Две группы нетрудоспособных:

- полностью нетрудоспособные (дети, инвалиды, пенсионеры);
- временные нетрудоспособные (больные, беременные, матери).

Социально-политические критерии принадлежности: молодежь (с 16 лет), пенсионеры, инвалиды могут быть полностью или частично трудоспособными.

Финансирование: как отчуждение части заработных плат государством*

Советская юридическая и экономическая литература

- социальное обеспечение трудящихся имеет место только в социалистических странах, это бесценное «бесплатное» предоставление населению государственных услуг;

- цель социального обеспечения – восстановление трудоспособности.

В 1930-е гг. было дано классическое определение социального обеспечения советского образца: *«Задача социального обеспечения состоит в изыскании лучших возможностей для возвращения нетрудоспособных в рабочую жизнь»* (Источник: Финансы СССР);

- политика социального обеспечения направлялась на сохранение и поощрительное развитие рабочего потенциала (по возможности бесконфликтное осуществление планов по использованию рабочей силы);

- понятие «нетрудоспособный» имело расширительное толкование. Красной нитью через всю историю советского социального обеспечения проводится мысль о том, что все без исключения мероприятия этой системы должны служить бесперебойному обеспечению процессов производства и труда.

Но: с 1960-х гг. происходит ревизия господствующих принципов социальной политики, ориентированной на нужды производства.

Базовые принципы советской системы социального обеспечения

1. Для получения услуг нужно было доказать выполнение общественно значимой работы («кто не работает, тот не ест»)

По различным основаниям дискриминировались следующие категории граждан:

- частные производители и работающие за сдельную или договорную плату;
- бывшие члены колхозов, которые больше не работали в сельском хозяйстве (до 1980-х гг.);
- «асоциальные элементы» и «паразиты» (кочевники, лица, часто меняющие работу*, бродяги, попрошайки, спекулянты, пьяницы).



Отдельные группы получателей услуг обеспечивались неодинаково: существовало огромное количество привилегий*. **Качество и количество услуг зависело от социального статуса получателя**, то есть назначаемая доля соответствовала месту в определенной касте.

Привилегированные группы:

- члены и функционеры коммунистической партии
- офицеры армии и милиции
- инвалиды войны
- некоторые избранные профессиональные группы: шахтеры, занятые на вредных и тяжелых работах, трудящиеся Крайнего Севера, Урала, Сибири, Дальнего Востока, ученые и преподаватели высшей школы, врачи, деятели культуры и пр.

К обделенным льготами относились:

- женщины
- члены семьи с детьми
- колхозные крестьяне
- пенсионеры
- гражданские инвалиды

2. Универсальность социальных услуг (только в случае идеологической борьбы до 1957 г.)

В 1975 г. только 40% финансовых средств социального обеспечения было израсходовано по «коммунистическому принципу» (желающим получить) для удовлетворения потребностей, большая же часть ушла на традиционное распределение льгот по привилегированным группам.

Действие данного принципа всегда обуславливалось рядом фактических обстоятельств:

1. Ведущая роль коммунистической партии. Решения высшего партийного руководства страны играли главную роль при делении общественного продукта. Данная монополия власти КПСС была официально зафиксирована в ст.6 Конституции 1977 г.: *«Руководящей и направляющей силой советского общества, ядром его политической системы, государственных и общественных организаций является Коммунистическая партия Советского Союза. КПСС существует для народа и служит народу. Вооруженная марксистско-ленинским учением, Коммунистическая партия определяет генеральную перспективу развития общества, линию внутренней и внешней политики СССР, руководит великой созидательной деятельностью советского народа, придает планомерный научно обоснованный характер его борьбе за победу коммунизма...»* (Ст. 6. Ред. текста Конституции СССР от 1990 г.)

Выводы:

1. Современные конституционные права (политические, права человека, социально-экономические) ограничивались произвольным их толкованием партийной и бюрократической властью.

2. Развитие социальной политики в СССР шло зигзагообразно – от мероприятия к мероприятию. Она мало зависела от хозяйственного развития страны, а больше от специфических решений партийного руководства, поэтому для нее были характерны «кампании».

2. Обеспечение по принципу «капающей лейки». В течение многих десятилетий расходы на социальное обеспечение повышались медленно.

3. Психологическая зависимость от труда. Без регулярных вкладов населения собственных средств в систему социального обеспечения и с учетом распределения по привилегиям, со временем укрепилось чувство того, что социальные услуги (льготы) больше зависят от трудовой деятельности и должны создаваться трудом, в противном случае их количество резко снижается. Практически не принимаются во внимание существующие потребности уязвимых групп населения. Поэтому большие группы населения проживали в ситуации постоянной нужды (колхозники, женщины). Социальная несправедливость была допущена в отношении таких групп населения как пенсионеры, инвалиды, бедные семьи.

4. Потенциальная нуждаемость в услугах не вела к их автоматическому предоставлению.

Причины:

- практическое манипулирование социальным законодательством;
- трудности административного характера из-за некачественной работы власти (например, отсутствие нужных документов, пропущенные сроки получения услуг и пр.);
- в некоторых отраслях хозяйства отсутствовала возможность получения социально-политических услуг (например, получение пенсии дополнительно к заработной плате).

3. Государственное попечение и контроль.

Социальное обеспечение гарантировалось государством и поднадзорными ему институтами (например, профсоюзами). Строго контролировался процесс распределения финансовых средств.

4. Смешанные формы социальных услуг.

Также, как и на Западе, существовало **четыре основные формы социальных услуг**:

- пассивные монетарные (преобладающая форма) – денежные пособия;
- пассивные немонетарные (предметные) – услуги здравоохранения (медикаменты, терапия), попечение над детьми, социальное обслуживание;
- активные монетарные (почти неизвестны в Советском Союзе);
- активные немонетарные – образование.

Финансирование: **полностью бесплатное или частично оплачиваемое получателем** (ясли, детские сады, медикаменты в аптеках, пионерские лагеря, санаторно-курортное лечение, дома для престарелых и инвалидов).

Структура социального обеспечения в СССР. Основные вехи социального законодательства

I. Попечение над детьми (без образования)

Для дошкольного возраста:

- женские консультации
- дома малютки (для детей до 3-х лет, оставшихся без попечения родителей или при наличии неимущих родителей);
- ясли (для детей от 3 месяцев до 3-х лет)* с пребыванием 10,12, 24 часа;
- ясли-детский сад** (наиболее распространенный тип попечения над детьми дошкольного возраста с 1970-х гг.);
- детский сад (с 3 до 7 лет с пребыванием 10,12,24 часа, включая пребывание на детских дачах);
- детские площадки, детские комнаты, детский патронаж (детей до 3-х лет помещали в приемную семью, которая получала пособие в виде продуктов питания и одежды на сумму 5 рублей/месяц).

Для детей-школьников:

- детские дома (3-18 лет в случае отсутствия родителей (умерли или отказались), неудовлетворительных условий воспитания детей в семье, отсутствия средств (для семей с доходами менее 50 руб./месяц на человека), переизбытка детей в домах малютки);
- Школы-интернаты для детей-инвалидов;
- Интернаты при школах;
- Круглосуточные школы и детские центры;
- Места внешкольной работы с детьми*** (дома и дворцы пионеров, станции юных техников и природоведов, туристические станции и места пригородного отдыха, детские парки и стадионы, детская железная дорога);
- Места внешкольного попечения над детьми**** (туристические и спортивные базы, детские выставки и концерты, празднование Нового года и др.).

Для ребенка любого возраста:

- детские поликлиники (до 18 лет);
- детские санатории (например, противотуберкулезные), семейные дома отдыха.

II. Пенсионное обеспечение

Два периода

1. Декларативный характер законов первых 36 лет Советской власти

Все законы и предписания носили пунктуальный и элитарный характер: они защищали определенные профессиональные группы, отрасли хозяйства, географические районы в точно определенных законом случаях. В это время социальная безопасность была лишь декларирована в **Кодексе о труде 1922 г. и Конституции СССР 1936 г.** Ее реальное воплощение ограничивалось из-за чрезвычайных внешних обстоятельств: индустриализации, коллективизации, войны, «холодной войны». На практике применялись апробированные еще в царской России «пунктуальные» методы.

2. Трудовая и демографическая мотивация законов после 1956 г.*

1-й пенсионный закон 1956 г. **«О государственных пенсиях для рабочих, служащих и членов их семей»** - основа всей системы пенсионного законодательства, поскольку были названы почти все профессиональные группы и все без исключения случаи длительной нетрудоспособности.

2-й пенсионный закон 1964 г. **«О государственных пенсиях колхозникам и членам их семей»**** - процесс по снижению уровня дискриминации крестьянства в сравнении с рабочим классом и служащими.***

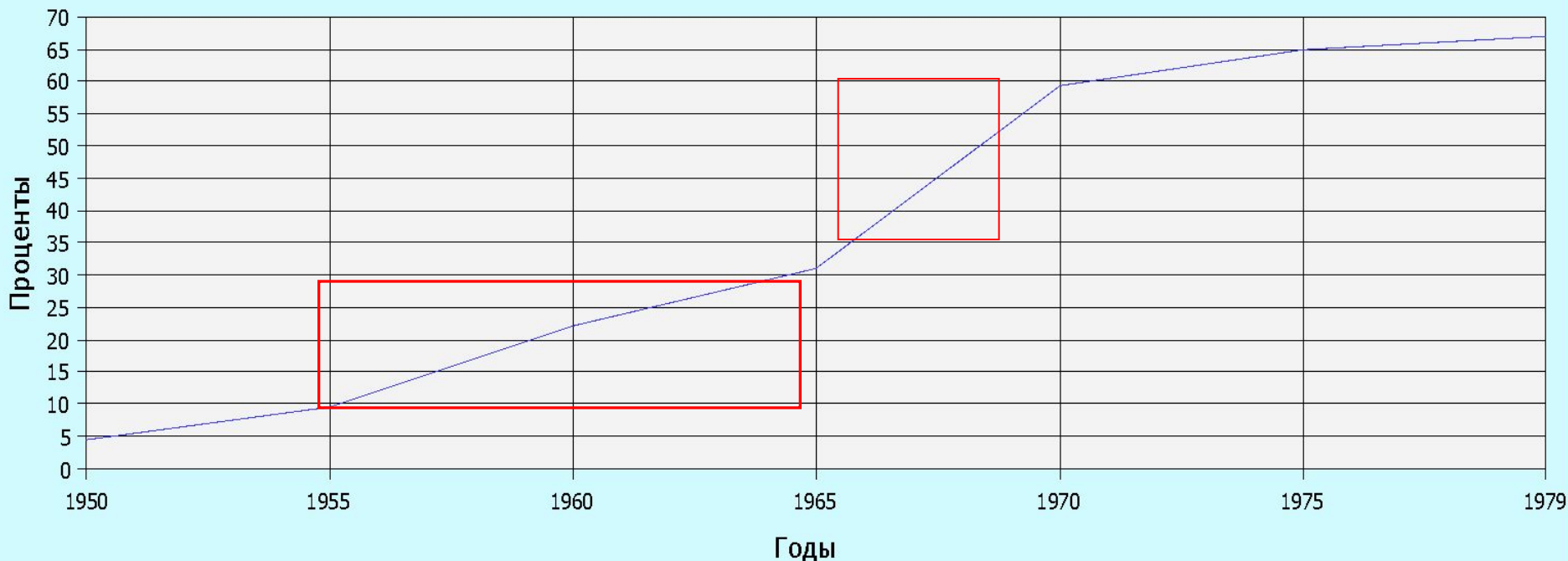
Финансирование пенсий:

- со временем тенденцией стало преимущество в расходах на социальное обеспечение (пассивные денежные выплаты) перед иными расходами (например, на здравоохранение);
- именно пенсионные выплаты определяли структуру и охват социальных целей;
- расходы на пенсионное обеспечение в 1978 г. составили 50,2% от общих расходов, тогда как в 1955 г. – лишь 37,6% от общих расходов;
- за период 1955-1978 гг. расходы на пенсионные цели выросли в 4 раза (Народное хозяйство – 78).

Причины значительного роста расходов на пенсионные выплаты:

1. Увеличилось число людей, по закону претендовавших на пенсию.
2. Быстро увеличивалось число пожилых людей в стране: если в 1956 г. в стране было 16,5 млн. пенсионеров, то в 1979 г. – 47,6 млн. (18,1% от общего числа жителей).
3. Произошли заметные изменения в структуре пенсионного населения (по виду получаемой пенсии): число инвалидов войны сокращалось и одновременно росло число получателей пенсии по старости (доминировали и среди иных видов пенсий).

Изменение в структуре пенсионеров (по виду получаемой пенсии)



4. Увеличился размер пенсий.

В 1940-х гг. размер пенсий был полностью неудовлетворительным. Она не обеспечивала проживание людей.

В пересчете на 1 руб. 1980 г., пенсия составляла 10-21 р., тогда как по советским меркам жизни на тот момент времени она должна была составлять 50-55 р.*

Вывод: пенсия рассматривалась как некая дотация к жизненному обеспечению. В результате принятия закона 1956 г. пенсия была **увеличена больше чем в 2 раза.**

1955 г. – 21,9 р.

1957 г. – 46 р.

Мин. размер пенсии достиг 30 р. (ранее – 8,6 р.).

(Источник: Труд и зарплата – 75»)

Виды пенсионного обеспечения

1. Пенсия по старости
2. Пенсия по инвалидности
3. Пенсия по потере кормильца
4. Пенсия по выслуге лет (для служащих в сфере здравоохранения и образования, для военных)
5. Персональная пенсия

4 и 5 виды пенсий играли незначительную роль (0,9% всех пенсионеров в 1966 г.), но с финансовой точки зрения имели большое значение: их размер был гораздо выше среднестатистической пенсии (носили элитарный характер), а возраст выхода на пенсию ниже на пять лет (для мужчин – 55 лет, для женщин – 50 лет).

Персональная пенсия всесоюзного значения – 200 р.
персональная пенсия республиканского значения – 120 р.
персональная пенсия местного значения – 80 р.

III. Медицинское обслуживание

Основные программы здравоохранения создавались в 1930-е гг. В 1969 г. были подведены единые основания под категорию «охрана здоровья советских граждан».

Важнейшие вехи советского здравоохранения:

- Образование Народного комиссариата здравоохранения РСФСР (правительственный декрет 1918 г.);
- «Медицинское обслуживание рабочих и крестьян» (постановление ЦК КПСС 1929 г.);
- Создание Народного комиссариата здравоохранения СССР (правительственный указ 1936 г.);
- Основание Академии медицинских наук (1944 г.);
- Первая советская программа комплексного развития здравоохранения «Медицинское обслуживание и охрана здоровья советских граждан» (постановление ЦК КПСС 1960 г.);
- Кодекс здравоохранения Советского Союза 1969 г. (основные положения законодательства СССР).

Три этапа развития советского здравоохранения – от «индустриального» к «территориальному» принципу:

1. До 1930-х гг. в организации медицинского обслуживания доминировал **земский, «районный» принцип обслуживания населения**. Со времени медицинского подвижничества земских врачей, земская система эффективно противодействовала всевозможным эпидемиям и ослабляла недоверие между сельскими жителями и врачами тем, что медицинское обслуживание являлось бесплатным, а большое число маленьких клиник охватывали всю сельскую местность. Земская система предложила профилактический принцип в дореволюционном здравоохранении, который использовался в социально-гигиенических проектах 1920-х гг. (**«участковый принцип»**), а для оказания бесплатной помощи на географической основе организовывались диспансеры.

Вывод: при помощи «районного принципа» должно было осуществляться систематическое обслуживание населения (первая составляющая). Он был тесно связан с идеей массового доступа к бесплатному здравоохранению* (вторая составляющая).

2. С начала 1930-х гг. этот принцип был заменен «индустриальным принципом» в здравоохранении, и в целом, в социальной политике. Здравоохранение стало связываться тесно с экономическими задачами. Горизонты советского здравоохранения сузились – от внимания к жизни пациентов на всей ее протяженности до времени их пребывания в заводском цехе. В результате, были реорганизованы службы здравоохранения в интересах производства.

М.И. Барсуков (Очерки истории здравоохранения СССР. М., 1957): *«В области здравоохранения план исходил из принципа дифференцированного медицинского обслуживания отдельных групп населения в соответствии с их ролью в социалистическом строительстве».*

При общем недостатке ресурсов постепенно этот план был заменен крайним вариантом – преимущественным обслуживанием ведущих групп работников промышленности и сельского хозяйства. Медицинский персонал должен был распределяться в узловые пункты производства – в город и в деревню. Обычно этот принцип принято называть **производственным принципом медицинского обслуживания.****

3. Послевоенная реформа здравоохранения - борьба двух принципов при оказании медицинской помощи населению*: доступность медицины не только рабочему классу, но и гражданским лицам, не связанным с производством. Попытка внедрения всеохватывающей помощи как базового принципа социального государства, наряду с традиционным обеспечением трудящихся в Советском Союзе.

Основные нововведения 1947-1953 гг.:

- взаимодействие между медицинским персоналом больниц и поликлиник при лечении пациентов и постановке диагнозов*;
- налаживание служб здравоохранения в сельской местности (массовое перемещение «медицинских кадров» для работы на селе; обеспечение медицинским оборудованием и расширение районных больниц);
- разработка стандартов обеспечения койко-местами в больницах и докторами в сельской местности. В связи с открытием районных поликлиник состоялся частичный отход медицины от производственного принципа: здесь доктора обслуживали население всего района, была исключена дифференциация обслуживания рабочих и остального населения;
- с другой стороны, реорганизация заводского здравоохранения: место здравпунктов**, заняли медсанчасти, организуемые по территориальному признаку и прямо не связанные с заводами, но сохранившие значение заводского здравоохранения. В медсанчастях, созданных при предприятиях, медицинский персонал обрел некоторые льготы по сравнению с участковыми врачами (например, увеличение з/п на 15-20%). Однако в этих учреждениях поддерживались жесткие стандарты предоставления медицинских услуг***;
- санитарное просвещение и повышение качества здравоохранения всего населения (программа).

Результат:

1. Резкое падение смертности населения;
2. Улучшение показателей здоровья населения;
3. Улучшение квалификации докторов общей практики и специализации врачей узкого профиля;
4. Сокращение разницы в диагнозах.

Общие итоги послевоенного этапа развития здравоохранения:

- более широкий доступ к здравоохранению всего населения;
- восстановление престижа профессии врача в связи с повышением значения медицинской науки и возвышением больничных специалистов над врачами из поликлиник;
- была восстановлена сельская медицина;
- повышено значение профилактической медицины, которая лучше работает тогда, когда имеет дело с большим количеством населения.

Индикаторы здравоохранения в СССР:

1. В количественном выражении советское здравоохранение было лучшим в мире (1980 г.):

	СССР	Западные стандарты
кол-во койкомест в больницах на 10 тыс. жителей	124,1	123
кол-во врачей на 10 тыс.жителей	36,7	16-25
кол-во женщин-врачей (от общего числа)	70%*	27% (ФРГ)

Обратные пропорции количества и качества

Причины низкого качества советской медицины:

- низкий уровень профессионального образования врачей в провинциальных вузах;
- неравное распределение врачей после окончания вуза;
- неудовлетворительное распределение рабочего времени (40% служебного времени врача уходило на выполнение административной деятельности);
- высокий процент врачей не занимались практикой (свыше 20%) из-за исследовательской деятельности, руководящей должности, выполнения контрольных функций, учебы или других забот;
- дача взяток за предоставление лучших мед.услуг, злоупотребления в центрах «скорой помощи»;
- злоупотребление психиатрическими методами лечения*;
- невнимание к амбулаторным возможностям лечения;**
- низкие стандарты производимых медикаментов и неудовлетворительные показатели ухода;
- недостаток мед.оборудования, оснащения больниц и медикаментов;
- расточительство имеющихся приборов и дешевых лекарств;
- создание пациентами «домашних аптек»***;
- серьезные различия в мед.обеспечении между городом и деревней;
- сильная текучесть мед.кадров;
- низкая оплата труда большинства мед.персонала по сравнению с его значением и социальным престижем.

Вывод: здравоохранение не являлось приоритетной областью развития. Об этом свидетельствуют заниженные расходы бюджета и постоянство уровня расходов на здравоохранение (4% от ВВП) в период 1950-70-х гг. В 1980-е гг. ситуация не изменилась: не было отмечено заметного развития отраслей и служб здравоохранения.

Следующие результаты «мутили» блеск советской медицины:

- **высокие проценты младенческой смертности**

1971 г.: 22,9 на 1000 новорожденных детей (в возрасте до 1 года);

1974 г.: 27,9 на 1000 новорожденных детей (показатель 1964-65 гг.);

С 1975 г. – данные не публикуются*.

Факторы, усугубляющие регресс в этой области:

1. Недостаток служб здравоохранения, особенно в сельской местности;
2. Сверхзанятость и значительная домашняя нагрузка на женщин;
3. Ухудшение условий содержания и охраны окружающей среды, что пагубно влияло на здоровье матери и ребенка.

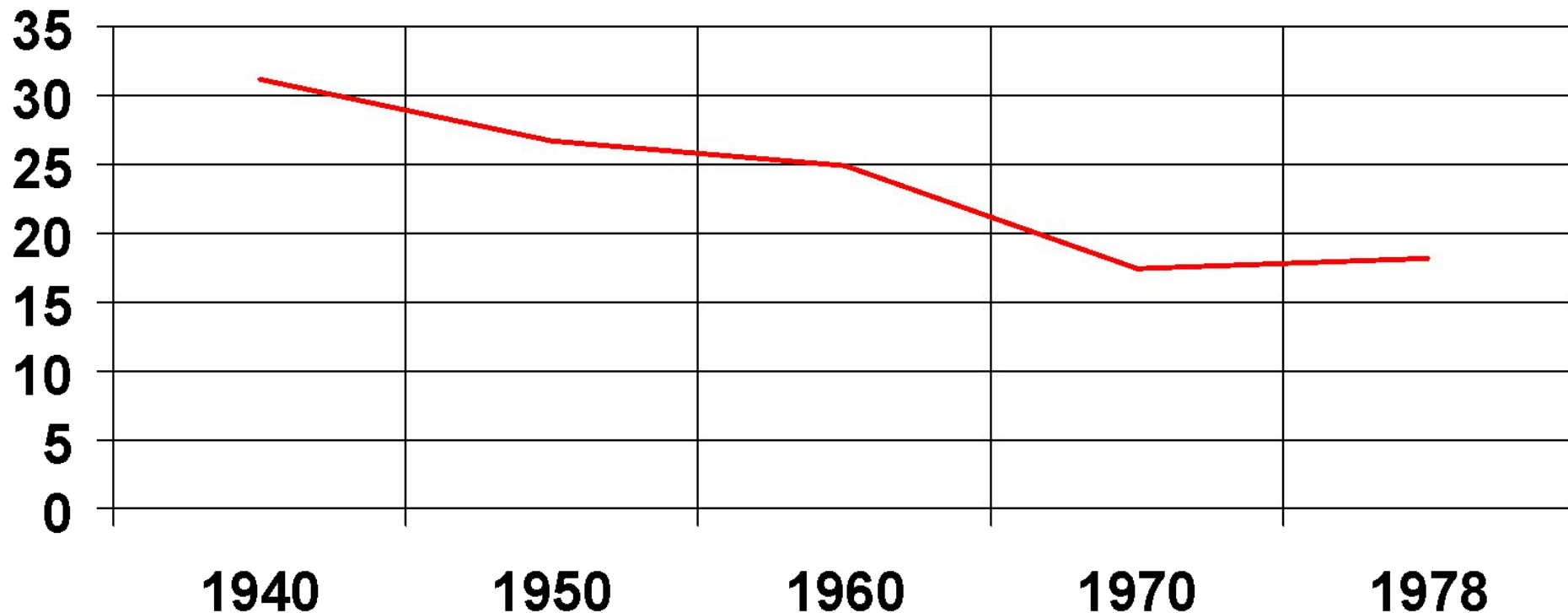
- **увеличение общей смертности населения**

1964 г.: 6,9 на 1000 жителей

1980 г.: 10,3 на 1000 жителей.

IV. Политика в области защиты материнства и детства

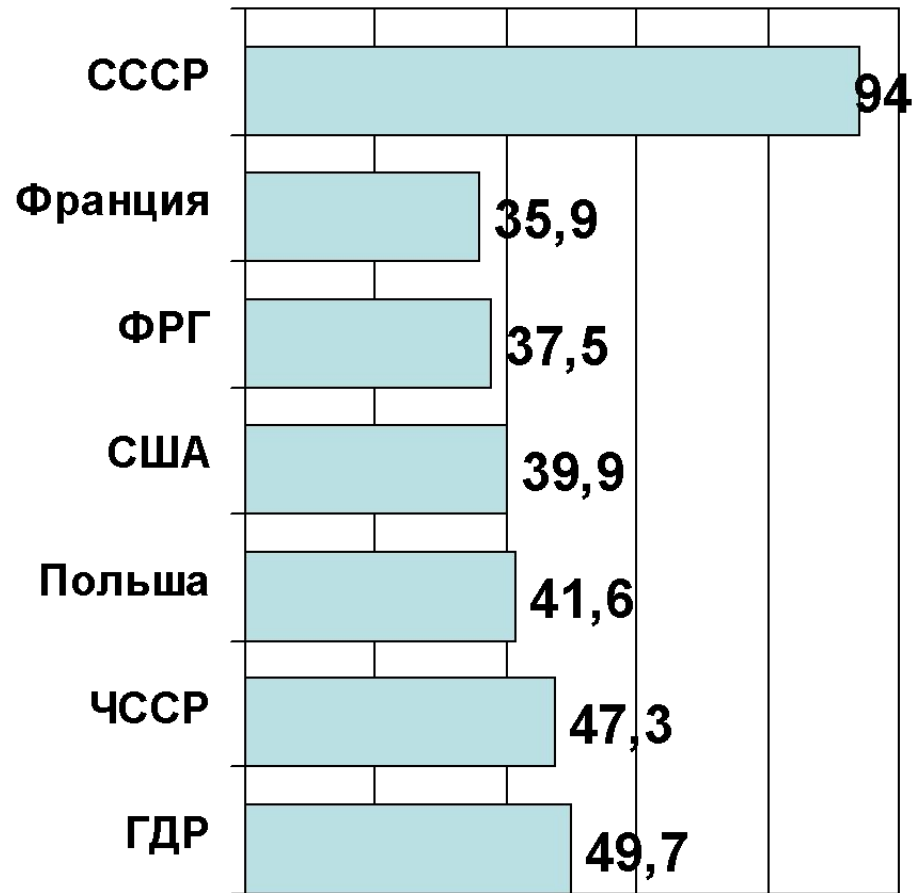
Спад рождаемости наметился в 1960-е гг. После короткой фазы стабилизации рождаемости в конце 1970-х гг., кривая рождаемости снова стала падать и впервые в 1980-е гг. был зафиксирован «нулевой прирост» населения, правда за исключением кавказцев и жителей среднеазиатской части страны.



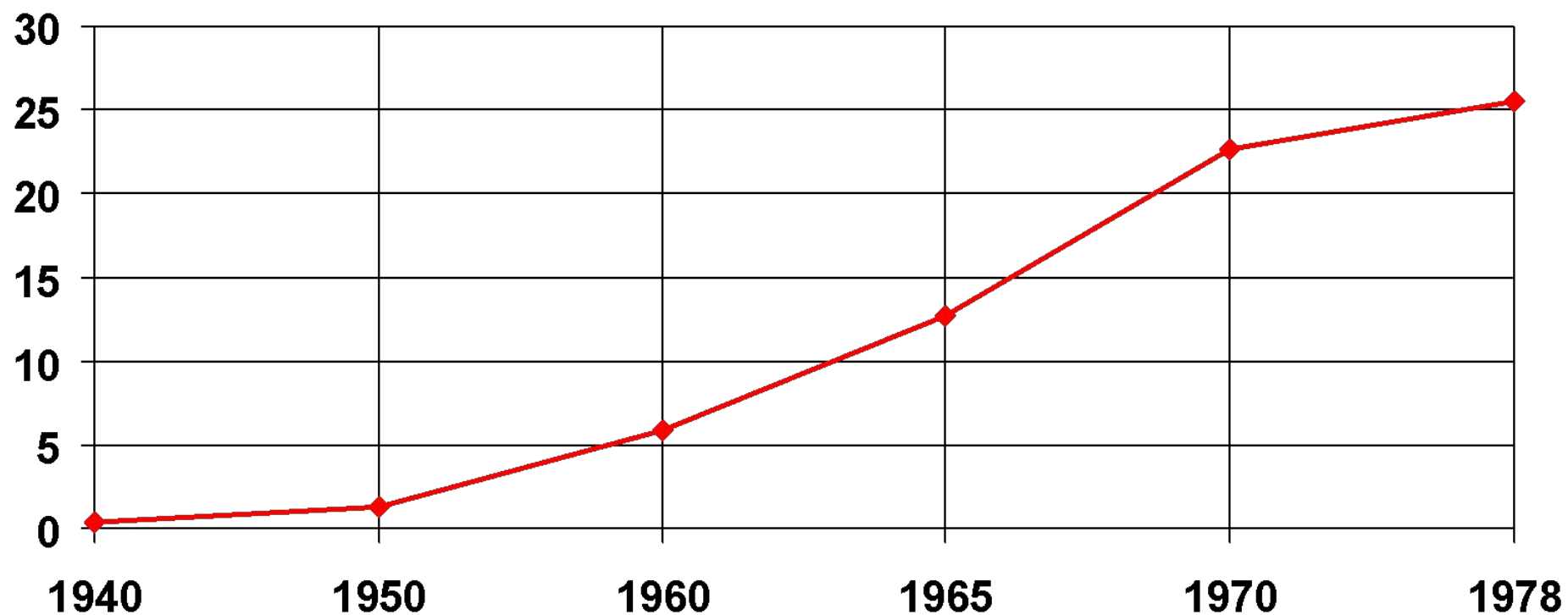
Причины падения рождаемости:

- старение населения
- тенденции по ограничению числа детей в семьях;
- экстремально высокая занятость женщин в соединении с низкой заработной платой
- улучшение уровня жизни
- разрешение противозачаточных средств, легализация абортов

Уровень занятости женщин



Данные процессы меняли соотношение между экономически активным и неактивным населением.



Источник: Народное хозяйство - 78

В результате были введены:

- отпуск по беременности и родам;
- отпуск по уходу за ребенком в течение 1 года;
- пособия на содержание и воспитание детей (1974 г.)

V. Курс на создание «потребителя»

При **Маленкове и Н.С. Хрущеве** наметился отход от жесткой товарной экономической политики в сторону более внимательного отношения к нуждам и потребностям населения (принцип «создание потребителя»). С этой целью внедрялись новые направления в экономической политике, целью которых было улучшение материального положения широких слоев населения.

Причины:

- возросший потенциал страны после преодоления последствий второй мировой войны;
- длительное забвение некоторых отраслей хозяйства, ориентированных на потребности, привело к видимым народнохозяйственным диспропорциям. В результате, изменение приоритетов развития стало срочным делом, в первую очередь, для того, чтобы обезопасить экономический рост в целом.

Политические решения:

1. После 1953 г.* главная задача заключалась в удовлетворении потребности населения в продуктах питания. Был взят курс на бесперебойное снабжение населения продовольствием (**Продовольственные программы** и создание «**общепита**»**).

2. Для этого осваивались новые земледельческие территории (1954-1958 гг.).

3. С 1955 г. вводилось социальное обеспечение временно или постоянно нетрудоспособных граждан (1955 г. – пособие по нетрудоспособности; пенсионные законы; определение минимального уровня всех социальных выплат).

4. Согласно законам о жилье 1957, 1959 гг. развертывались программы жилищного строительства.

5. Производство «советского потребителя» в двух аспектах:

- рост доходов населения;
- рост потребления.

Г.Ханин (Советское экономическое чудо //Альманах «Восток». №11-12, 2003): *«...в результате подъема душевого потребления таких высококачественных продуктов питания как мясо, молоко, сахар, овощи и бахчевые в 1,5-2 и более раза, уровень потребления достиг уровня ряда развитых стран мира... В два и более раза в этот период выросло душевое потребление наиболее дорогих видов тканей, верхнего и бельевого трикотажа, чулочно-носочных изделий, кожаной обуви. В несколько раз выросла продажа товаров культурно-бытового назначения, достигнув по некоторым из них довольно высокого уровня (часы, радиоприемники и радиолы, велосипеды и мотовелосипеды, швейные машины). Впервые в массовом количестве стали производиться такие относительно сложные изделия бытового назначения, как телевизоры, холодильники и стиральные машины, хотя объем их производства оставался еще небольшим... Без преувеличения можно сказать, что за 50-е годы, с точки зрения уровня жизни населения, появилась новая страна, свободная от нищеты и по мировым меркам обеспеченная, хотя и не богатая, для основной части своих граждан».*

Попечительство над детьми играло важную роль в советской системе, поскольку забота о детях укладывалась в особенности этой общественной системы:

- в СССР существовала очень высокая степень женской и материнской занятости;*
- практиковался более поздний, по сравнению с другими системами срок начала обучения детей (с 7 лет)
- высокое число сирот
- считалось целесообразным оказывать на детей влияние вне семьи;
- недостатки семейной социализации, например, из-за высокого числа разводов и наличия родителей – одиночек. С 1966 г. официально регистрировалось 26-34 развода/на 100 закл.браков.** Причины:

- проблемы с жильем;
- возрастающий уровень образования женщин (это изменяло их представления о семье);
- чрезмерная нагрузка работающих женщин (работа, тяжелый домашний труд в отсутствие бытовых приспособлений, уход за детьми)
- алкоголизм среди мужчин



Из доклада врача ГДР о работе советских медицинских организаций (цит. по книге: П.Штиллер. Социальная политика в СССР): *«...провинциальные врачи имеют недостаточное образование и работают сверх нормы. Организация больниц плохая, в них отсутствует необходимое соблюдение гигиены. Медицинские сестры не обладают достаточной степенью квалификации, можно наблюдать недружелюбие медицинского персонала, скудное питание для больных, редкую смену постельного белья в больницах. На текущие (не срочные) операции есть длинные очереди... ..Советское медицинское обслуживание отстает как минимум на 15 лет от среднеевропейских показателей...».*



Энн Лившиц (США): 3 периода образовательных реформ, которые в целом использовались для того, чтобы школьная система могла отражать и закреплять определенный образ жизни нового советского общественного строя.

1) 1920-30-е гг. (реабилитация дореволюционного наследия*): А.

Ждановым активно использовались образовательные «стандарты» царской России, например, «Правила для учеников гимназий и прогимназий Министерства Народного Образования от 1877 г.». В результате, постепенно происходило

- смещение акцентов с ребенка-активиста на ученика, хотя с сохранением прошлым педагогических идей об исключении семьи из процесса воспитания**;
- постепенное установление гендерных различий в подходе к советскому школьнику и особый подход к девочкам, требующим дополнительного контроля. Из используемых сов.руководством Правил 1877 г.: *«В женских гимназиях ученицам запрещалось даже с родителями после 9 часов вечера находиться в общественных садах и парках, а также запрещалось посещение в период учебных занятий всякого рода мест развлечений. Очень правильно был поставлен вопрос о том, чтобы гимназистки вели себя достойно, им не разрешалось иметь нескромную прическу, носить излишние украшения и предъявлялось строгое требование вести себя прилично, не причиняя своим поведением никому беспокойства»* (Цит. по отчету СНК в 1943 г.)
- институализация подходов и требований в отношении городских и сельских детей;
- поиск наиболее эффективной организационной структуры советской школы.

- 2) **Военные годы:** время масштабных экспериментов из-за значительного сокращения числа учащихся и школ. Принятие новых законов об образовании должно было усилить у населения во время кровопролитной войны неотвратимость наступления мирной жизни. Среди многочисленных мер отметим следующие:
- раздельное обучение мальчиков и девочек;
 - **платное образование в старших классах (постановление 1940 г.);**
 - **одновременно вышло постановление «О государственных трудовых резервах» (1940 г.)** – принудительный набор подростков мужского и женского пола в возрасте 14 лет в ремесленные и фабрично-заводские училища (с бесплатным обучением, питанием и обмундированием);

Два версии:

- 1) **Э.Лившиц:** продолжение возвращения к дореволюционной школьной системе*
- 2) **Игорь Бунич:** из-за значительной нехватки трудовых резервов в стране

- новые правила поведения школьников от 1944 г. («Об укреплении дисциплины в школах»; введение удостоверения личности для учащихся);
- укрепление системы академического поощрения учащихся (выпускные экзамены, новая система оценок, золотые, серебряные медали);
- новые правила приема в школы (обучение не с 8-ми, а с 7-ми лет) из-за демографического спада и для сокращения растущего числа безнадзорных детей;
- упразднение курса об обязательном обучении сельскохозяйственным работам для учеников средних и старших классов;
- учреждение Академии педагогических наук;
- новая учебная программа средней школы (с учетом опыта США и Европы и как тенденция конкурентоспособности различных образовательных систем**).

3) Послевоенный период

- распределение старшеклассников по специализированным классам;
- демонстрация превосходства русских в пересмотренной учебной программе (учебники истории, географии);
- политехнизация системы образования (потребность в выпускниках вузов в 1950-е гг.);
- создание Министерства народного образования (1946 г.);
- восстановление и строительство школьных помещений*;
- на протяжении долгого времени сельские школьники использовались для сельскохозяйственных работ, а отдельных школьных зданий не существовало**;
- восстановление внеклассной работы с детьми***;
- материальная поддержка детей-сирот, детей – инвалидов войны и прочим нуждающимся группам детей.



- Традиция административного наказания нищих, бродяг и проституток: выселение из городов, пятилетняя ссылка с обязательной трудовой отработкой по месту ссылки для трудоспособных лиц (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 1951 г. «О мерах борьбы с антиобщественными и паразитическими элементами»);

Н.С. Хрущев на XX съезде КПСС осудил **две категории людей**, ведущих паразитический образ жизни:

- работающих для вида, но живущие на нетрудовые доходы;
 - не принимающих участия в общественно-полезной работе на благо общества или семьи, а занимаются бродяжничеством, попрошайничеством и совершением преступлений.
- общественное порицание* и ссылка (от 2 до 5 лет) с отработкой «антиобщественных, паразитических» элементов общества, не занятых общественно полезным трудом более 3-х месяцев («Об усилении борьбы с лицами, уклоняющимися от общественно-полезного труда и ведущими паразитический образ жизни», закон 1961 г.): зарабатывающие в теневой экономике, не работающая молодежь и пр. — спекулянты, торговцы на черном рынке, тунеядцы, а также лица, владеющие дачами, личными автомобилями, использующие эти средства для извлечения личной выгоды;
 - меры по устранению причин и условий, способствующих паразитическим элементам обогащаться за счет чужого труда. В этом случае появились указы, ограничивающие право на частное владение земельными участками («О нормах приусадебных участков»), запрещение частного владения рабочим скотом, а также регулирование вопросов использования леса, строительных материалов, ведения торговли;
 - привлечение внимания к «золотой молодежи» - неработающим детям из привилегированных семей и их склонность к западному образу жизни.

