

УДК 355.355(47+57:430.2)(091)"1945/1949"
DOI: 10.17223/19988613/57/10

Д.Г. Балашов

РЕФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СОВЕТСКОЙ ОККУПАЦИОННОЙ ЗОНЕ ГЕРМАНИИ, 1945–1949 гг.: СОЦИАЛЬНЫЙ АСПЕКТ

На основе документов Государственного архива Российской Федерации анализируется политика Советской военной администрации в Германии (СВАГ), направленная на преобразование системы здравоохранения в советской зоне оккупации (СОЗ) на принципах советского медицинского обслуживания и немецкого социального страхования. В итоге были уменьшены социальные основания массовых заболеваний в немецком обществе.

Ключевые слова: здравоохранение; СВАГ; СОЗ; Отдел здравоохранения.

В Германии после Второй мировой войны миллионы простых людей и те, кто попытался установить меры порядка и управления, столкнулись с отсутствием эффективного санитарно-лечебного обслуживания. Задача восстановления и перестройки немецкого здравоохранения Советской военной администрацией в Германии (СВАГ) в советской зоне оккупации (СОЗ) в 1945–1949 гг. была гораздо шире просто медицинской. Целью работы стал анализ реформы здравоохранения в СОЗ Германии 1945–1949 гг. в контексте социальной политики СВАГ, что и составляет теоретическую новизну исследования. Практическая значимость работы заключается в возможности использования опыта лечебно-профилактических мероприятий в период социальной трансформации общества.

Открытие архивных материалов по деятельности СВАГ только после распада СССР предопределило отсутствие исследований по политике в сфере здравоохранения СОЗ Германии. Отдельные аспекты медицинской направленности в общей политике СВАГ фрагментарно были представлены в работе М.И. Семиряги [1]. Л.Н. Корнева [2] констатирует факты введения системы производственной охраны здоровья, бесплатного здравоохранения и снижения уровня частной медицинской практики в СОЗ Германии. Реформу послевоенного советского здравоохранения исследует К. Бартон [3]. Дж. Райниш [4] сравнивает отношение к немецкому медицинскому персоналу оккупационных администраций. Реформы послевоенного здравоохранения в странах Восточной Европы проанализированы в работах П. Овсейко [5, 6].

Ко времени оккупации советскими войсками Восточной Германии максимально высокий потенциал бедствий отражался в распространении инфекционных (тиф, дифтерия, дизентерия) и социальных (туберкулез, венерические) болезней, вызванных антисанитарией из-за разрухи. Дезорганизованная, децентрализованная немецкая служба здравоохранения была не в состоянии справиться с возникшими проблемами.

Приказом № 5 от 10 июля 1945 г. Отделу здравоохранения СВАГ поручалось: решать задачи по бесперебойному выполнению планов производства и поставок в СССР в счет репараций, проводить работу по

ликвидации массовых заболеваний и обеспечению санитарного благополучия жителей в СОЗ Германии [7. Л. 2–6]. В июле 1945 г. было создано Центральное немецкое управление здравоохранения (с 1948 г. – Главное немецкое управление здравоохранения), контролируемое Отделом здравоохранения СВАГ [8. Л. 74–80]. С сентября 1945 г. закрывалось Германское общество Красного Креста [9. Л. 57–58]. С августа 1946 г. были упразднены медицинские учреждения, принадлежавшие частным лицам [10. Л. 276]. Таким образом, формировалась централизованная структура нового восточногерманского здравоохранения.

СОЗ Германии, как и многие восточноевропейские страны, приняла со многими вариациями советскую модель охраны здоровья граждан, разработанную Н.А. Семашко [5. Р. 4]. Участковый принцип, основанный на бесплатной медицине, включавший всеобщий профилактический охват населения через диспансеризацию, помог СССР в 20-е гг. XX в. справиться с эпидемиями. Однако к началу 1930-х гг. здравоохранение в Советском Союзе обеспечивало уже экономические задачи первых пятилеток, и приоритет получил производственный принцип предоставления медицинских услуг. Принцип дифференцировал помощь гражданам в соответствии с их ролью в деле индустриализации страны. В 1945–1953 гг. в СССР был осуществлен возврат к участковому принципу, и приоритетным направлением стала медицинская помощь для всего населения страны [3. С. 549–550].

В основе системы предоставления лечебной помощи в дооккупационной Германии лежал преимущественно никем не контролируемый частный принцип ее оказания. Государственных и общественных учреждений внебольничной помощи (кроме учреждений Красного Креста) в Германии не существовало. В период 1945–1949 гг. в СОЗ Германии повсеместно вводилась бесплатная внебольничная помощь по советскому образцу, формировалась сеть коммунальных поликлиник и амбулаторий [2. С. 232]. На 1 октября 1949 г. в зоне работало 319 амбулаторий и поликлиник общественного пользования [11. Л. 13]. До капитуляции в Германии основное количество больниц принадлежало общественному сектору, они находились на

хозрасчете. В больницах разрешены были частные койки. Койки делились на 3 класса. Первые два класса обслуживали богатые слои населения. В СОЗ Германии проводилось постепенное ограничение количества частных коек в коммунальных больницах, их процент был снижен до 10–5%, в некоторых городах частные койки ликвидировались. Лучшие палаты 1-го и 2-го классов во многих больницах были предоставлены для госпитализации рабочих и служащих [10. Л. 70–79]. На 1 октября 1949 г. в СОЗ уже функционировало 1 117 больниц [11. Л. 13]. С весны 1946 г. для сельского населения организовывались временные пункты скорой помощи. В 1947 г. было развернуто 1,19 тыс. медпунктов. Для больных, требовавших стационарного лечения, койки предоставлялись в районных больницах вне всякой очереди бесплатно. В 1948 г. появляются выездные бригады из районных поликлиник [10. Л. 98]. Таким образом, в СОЗ Германии профилактика заболеваний и всеохватность населения становились целями нового здравоохранения.

В системе довоенного немецкого здравоохранения противоэпидемической службы сформировано не было. Массовые заболевания стали главной причиной высокого уровня смертности среди немцев после войны. В декабре 1945 г. в послевоенной Германии смертность в 3,5 раза превышала показатели 1938 г. [12. С. 253]. Инфекционные заболевания нес с собой возрастающий поток немецких переселенцев. В целом по СОЗ пришлое население составляло на 1 октября 1945 г. 23,4%, а на 1 июля 1946 г. 25,46% по отношению к общей численности населения [13. Л. 31–32]. Переселенцы были размещены в лагерях зачастую в антисанитарных условиях, врачи имелись не везде [14. С. 181]. В результате наивысшего распространения инфекционная заболеваемость в СОЗ достигла в октябре–ноябре 1945 г.

В октябре 1945 г. были организованы 39 санитарно-эпидемических станций и система санитарного контроля на путях движения и размещения переселенцев (приемные пункты) [Там же. Л. 74–80], в 48 лагерях осуществлялась санитарная обработка переселенцев, их контакт с местным населением был ограничен. Для всех прибывающих был введен двухнедельный карантин. Впервые в Германии были проведены обязательные прививки против брюшного тифа, детскому населению начали делать прививки против дифтерии [13. Л. 74–77]. Города и районы были разбиты на участки, к которым прикреплялись врачи и медсестры (в том числе частнопрактикующие). В помощь участковым врачам из населения выделялись санитарные уполномоченные [14. Л. 74–80]. В районах были сформированы выездные эпидемотряды (1 врач и 3–5 медицинских сестер). В городах и сельской местности выделялся социальный транспорт. В 1947–1948 гг. в СОЗ Германии общая инфекционная заболеваемость опустилась ниже уровня предвоенных лет. Так, например, если в 1945 г. в Берлине заболело тифом 15 тыс. человек, то в 1948 г. – лишь 603 человека [1. С. 259].

Увеличение заболеваемости туберкулезом началось еще с первых лет войны, и она удвоилась к ее окончанию. Приказом № 297 от 3 октября 1945 г. восстанавливалась сеть туберкулезных диспансеров, они пре-

вращались в полноценные лечебно-профилактические учреждения, а не только диагностические, как это было раньше [15. Л. 245–249]. Застрахованные больные туберкулезом получали пособия. С середины 1946 г. было установлено дополнительное питание для амбулаторных туберкулезных больных [14. С. 309–310]. В целях раннего выявления туберкулеза вводилось обязательное рентгенологическое обследование по отдельным категориям профессий. В 1948–1949 гг. в результате предпринятых мер в СОЗ Германии смертность от туберкулеза снизилась на 35%, а заболеваемость им – на 30% [11. Л. 43].

До капитуляции в Германии борьба с венерическими заболеваниями проводилась через венконсультации частнопрактикующими врачами [10. Л. 99]. Массовые изнасилования немок в оккупированной Германии резко увеличили показатели венерических заболеваний и привели к десяткам тысяч нежелательных беременностей. В Берлине было временно приостановлено законодательство, которое запрещало аборт [16. Л. 8]. Только в марте 1949 г. определили серьезное наказание за изнасилование: срок от 10 до 15 лет в трудовом лагере [4. Р. 156].

Приказ № 25 от 7 августа 1945 г. требовал развернуть венпрофилактории и венкабинеты из расчета 1 профилакторий на 0,05 млн человек [17. Л. 76–77]. Диспансер имел своей задачей не только определять болезнь и учитывать больных, но и лечить их, обследовать контакты, привлекать к лечению источники заражения, проводить санитарную пропаганду, активно участвовать в борьбе с проституцией путем устройства проституток на работу. Развертывались трудовые колонии, создавались больницы закрытого типа. Формировались «советы оздоровления» из представителей общественных организаций. В результате предпринятых мер в СОЗ в 1948–1949 гг. в 2 раза снизился уровень заболеваемости венерическими болезнями [11. Л. 49].

Сокращение инфекционных и кожно-венерических заболеваний и их всеохватывающая профилактика способствовали тому, что к октябрю 1949 г. смертность по сравнению с 1945–1946 гг. в советском секторе сократилась в 3,5 раза и стояла на уровне 1938–1939 гг. [14. С. 399]. Предпринятые меры способствовали ресоциализации переселенцев и проституток, что, в свою очередь, улучшало инфекционную обстановку в СОЗ.

В период 1947–1949 гг. подъем производства становился важным звеном в системе народного хозяйства СОЗ Германии [18. Л. 371]. В работе Отдела здравоохранения СВАГ ведущее значение приобрели вопросы охраны здоровья производственных немецких коллективов. Сократить производственные потери рассчитывали путем предоставления медицинских услуг непосредственно на предприятиях, ближе к рабочим местам [2. С. 232]. Приказ № 234 от 9 октября 1947 г. обязывал обеспечить организацию на предприятиях с числом работающих от 0,2 до 5 тыс. человек медицинских пунктов, а на предприятиях с числом работающих свыше 5 тыс. человек – заводских поликлиник [19. Л. 36–76]. Число заболеваний понизилось: если в марте 1947 г. заболевших было в среднем 7,2 человека в месяц на 100 рабочих и служащих, то в марте 1948 г. –

уже 4,48 человека [20. Л. 2–14]. На 1 октября 1949 г. в СОЗ Германии работало 1 863 заводских медицинских пункта и 31 производственная поликлиника [11. Л. 18].

Производственная продуктивность социальной политики заключалась в том, что если работающий человек будет себя чувствовать здоровым, то он будет работать намного лучше и тем самым окупит расходы по социальному страховому обеспечению. На каждом предприятии, где работало более 40 рабочих и служащих, избирались уполномоченные социального страхования, в обязанности которых входило оказание помощи заболевшим работникам [19. Л. 36–76]. Была введена должность врача-консультанта для контроля над правильностью освобождения рабочих и служащих от работы по болезни [21. Л. 1–25]. Справки об освобождении от работы по болезни выдавались только врачами, которые работали на договорных началах с органами социального страхования [22. Л. 1–11]. Застрахованным беременным кроме пособия бесплатно полагались врачебное обслуживание, акушерская помощь, обеспечение лекарствами, лечение в больнице [23. Л. 70–113]. Заболевший застрахованный работник получал врачебное лечение, медикаменты, протезы, лечение в санатории, зубоврачебную помощь [24. Л. 26–27, 145–172]. Меры по снижению заболеваемости (и, в частности, фиктивной) среди работающих немцев способствовали повышению производительности труда на производстве, укреплению трудовой дисциплины и уменьшению расходов на выплату пособий.

Проблему сохранения базового уровня здравоохранения невозможно было решить без непосредственного участия немецких медицинских работников. Деятельность Отдела здравоохранения СВАГ была направлена на подбор, учет и подготовку врачебных кадров [7. Л. 48–50]. В этой работе возникли трудности, связанные с политикой денацификации: СВАГ приступила к чистке немецкого здравоохранения от нацистских элементов, а свыше 50% врачей ранее являлись членами НСДАП [10. Л. 17]. Через денацификацию прошли 5 тыс. немецких врачей, с работы уволили 1,7 тыс. бывших членов нацистской партии, многим врачебная практика была запрещена (237 человек) [25. Л. 23–45].

Даже после всех чисток медицинского персонала численность нацистов оставалась высокой (около 20–30%) [8. Р. 240]. Политика денацификации медицинской профессии в значительной степени не удалась из-за повсеместного недостатка квалифицированных медицинских работников. Заменить уволенных врачей не представлялось возможным, на рынке труда политически надежных кадровых сил не имелось [26. Л. 25]. В кадровой политике в здравоохранении пришлось пойти на компромисс. Денацификация медперсонала была прекращена, произошло его увеличение за счет восстановления на работе ранее отстраненных бывших нацистов [4. Р. 259]. При этом свыше 60% врачей, имея лучшее материальное обеспечение в частной практике, работать в госучреждениях отказывались [27. Л. 83].

Вследствие увеличения доверия немецкого населения к новому здравоохранению, возрастающего финансирования из государственного бюджета медицинской профессии [6. Р. 75] частнопрактикующие врачи

теряли свой привилегированный статус. Тем не менее частная медицина сохранялась: на 1 января 1949 г. в Берлине из 4,521 тыс. врачей 2,527 тыс. оставались частнопрактикующими [14. С. 399–411].

В период оккупации Восточной Германии трансформировался социальный состав немецкого студенчества на медицинских факультетах университетов и в средних медицинских образовательных учреждениях. Так, если женщин среди студентов было в 1940 г. 19,7%, то в январе 1948 г. они уже составляли 44,9% [10. Л. 268–269]. На 1 октября 1949 г. на работающих в Берлине 3,485 тыс. врачей-мужчин приходилось 1,032 тыс. женщин [14. С. 399–411]. На 1 января 1948 г. незначительный процент детей рабочих (11,9%) и крестьян (2,4%) среди студентов объяснялся главным образом их плохой материальной обеспеченностью по сравнению с другими социальными категориями. Подавляющая масса детей рабочих не имела среднего образования, необходимого для поступления в высшую медицинскую школу. Однако на 1 января 1948 г. уже изменился социальный состав учащихся средних медицинских учебных заведений: группа детей рабочих увеличилась с 15,4 до 32,8%, группа детей крестьян – с 7,4 до 10,0% [10. Л. 268–281]. Чтобы дети трудящихся, не имевшие законченного среднего образования, могли поступить на медицинские факультеты, были открыты подготовительные курсы. Значительная часть студентов была освобождена от уплаты за обучение и получала стипендии. Таким образом, кадровая проблема решалась, но меняющемуся в гендерном отношении, а также пролетаризированному медицинскому персоналу еще предстояло занять место старой интеллигенции.

К октябрю 1949 г. в СОЗ Германии акцент на централизованную профилактическую всеохватывающую медицину по советскому образцу позволил достигнуть уровня эпидемиологического состояния, существовавшего перед войной, уменьшить заболеваемость социальными недугами (туберкулез, венерические болезни) и сократить социальную базу их возникновения. В период 1945–1946 гг. это позволило обеспечить здоровыми трудовыми ресурсами процесс репарационных поставок в СССР.

В 1946–1949 гг. успехи в сфере здравоохранения в СОЗ Германии стали необходимым условием обеспечения идеологического противостояния в холодной войне между СССР и Западом: уровень медицинских услуг подчеркивал преимущества советского пути развития. Теперь дифференциация в получении медицинской помощи немцами зависела от степени их пролетаризации. Приоритет советского производственного принципа медицинского обслуживания работающих превращал наемных работников в привилегированную социальную группу и способствовал повышению производительности их труда в деле восстановления народного хозяйства СОЗ Германии.

Отличие реформированного восточногерманского здравоохранения от советского госбюджетного заключалось в том, что, кроме частных платежей, основное покрытие расходов немцев на медицинские услуги осуществлялось преимущественно из средств социального страхования, которое рассматривалось как инструмент

социальной безопасности. Здравоохранение СОЗ Германии совместно с органами социального обеспечения выполняло обязанности по минимизации социальных рисков (болезнь, материнство, безработица) общества.

На протяжении всей послевоенной эпохи реформа здравоохранения в СОЗ Германии была шире лечебно-

медицинских вопросов, став частью процесса трансформации социальных структур восточногерманского общества в целом и медицинского кадрового состава в частности. От реформы здравоохранения зависел успех или провал советской оккупационной политики в Германии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Семиряга М.И. Как мы управляли Германией: политика и жизнь. М. : РОССПЭН, 1995. 349 с.
2. Социальная политика и социальное государство в Германии : учеб. пособие / отв. ред. Л.Н. Корнева. Кемерово : Кузбассвузиздат, 2014. 455 с.
3. Бартон К. Здравоохранение в период позднего сталинизма и дух послевоенного государства благоденствия, 1945–1953 годы // Журнал исследований социальной политики. 2007. Т. 5, № 4. С. 541–558.
4. Reinisch J. The Perils of Peace. The Public Health Crisis in Occupied Germany. Oxford : Oxford University press, 2013. 324 p.
5. Ovsieko P. The Politics of Health Sector Reform in Eastern Europe: the Actor-Centred Institutional Framework for Analysis. Budapest : Center for Policy Studies, 2002. IPF Working Paper No. 2002–01. 28 p.
6. Ovsieko P. The Politics of Health Care Reform in Central and Eastern Europe: The Case of the Czech Republic PhD Dissertation. Department of Social Policy. Jesus College, University of Oxford. Oxford, 2008. 356 p.
7. Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. Р-7317. Оп. 7. Д. 7.
8. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 56. Д. 23.
9. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 7. Д. 10.
10. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 56. Д. 1.
11. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 56. Д. 5.
12. Болдырев Р.Ю. «Stunde Null» или «Neubeginn»: ситуация в до-эрхардовской Германии, 1945–1948 гг. // Социальное рыночное хозяйство: концепции, практический опыт и перспективы применения в России / под общ. ред. Р.М. Нуреева. М., 2007. С. 242–253.
13. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 56. Д. 10.
14. Деятельность советских военных комендатур по ликвидации последствий войны и организации мирной жизни в Советской зоне оккупации Германии, 1945–1949 : сб. документов / отв. ред. В.В. Захаров М., 2004. 664 с.
15. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 8. Д. 7.
16. ГАРФ. Ф. Р-7212. Оп. 1. Д. 281.
17. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 8. Д. 1.
18. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 56. Д. 29.
19. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 8. Д. 13.
20. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 30. Д. 65.
21. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 50. Д. 23.
22. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 4. Д. 70.
23. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 50. Д. 1.
24. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 50. Д. 10.
25. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 56. Д. 46.
26. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 57. Д. 19.
27. ГАРФ. Ф. Р-7317. Оп. 56. Д. 24.

Balashov Dmitry G. Northern (Arctic) Federal University named after M.V. Lomonosov (Arkhangelsk, Russian Federation). E-mail: balashov.db@yandex.ru

THE HEALTH CARE REFORM IN THE SOVIET OCCUPATION ZONE IN GERMANY IN 1945-1949: THE SOCIAL ASPECT

Keywords: health care; SMAG; SOZ; health department.

This paper deals with the policy of the Soviet Military Administration in Germany (SMAG) aimed at reforming the German health care system in the Soviet occupation zone (SOZ) in 1945-1949. The research was conducted on the basis of documents from the State Archive of the Russian Federation (GARF). The Soviet military authorities' efforts to transform the German health care system as a means of implementing social change in the German society in East Germany have not been previously highlighted in the historiography. This publication presents joint activities of the health authorities of the SMAG and East Germany to counter epidemic threats, eliminate social causes of mass diseases and change the social structure of the German society. The study of the health care reform in its dependence on the changes in the general policy of the USSR in Germany constitutes the scientific novelty of this research. The practical implications of this article are determined by the applicability of historical experience in medical and sanitary measures for dealing with crisis phenomena in the modern society. The aim of the research is to analyze the process of reforming the German health care system in the context of the SMAG's social policy in the SOZ in Germany in 1945-1949. The use of preventive, local and industrial principles of Soviet medicine enabled the German health care system to minimize the threat of mass diseases and the social basis of their spread in the Soviet occupation zone in Germany (prostitutes, migrants). Unlike the Soviet health care system, in the SOZ, treatment and its financing were separated. The SOZ Social Insurance Service compensated for the cost of the medical services used by insured Germans. The network of public inpatient and outpatient care institutions was expanding. Since 1947, in the Soviet occupation zone in Germany the priority was given to the industrial principle of providing medical care for employees. In enterprises, being given the best medical care depended on an employee's performance. Hired workers provided reliable social support for the authorities in building socialism. The abandonment of the denazification policy helped to solve the personnel problem in the German health care system. The reform also changed the social structure of the German society. The process of proletarianization of medical staff intensified. Private medicine was to a significant extent replaced by public health care. The author concludes that the reformation of the German health care system in 1945-1949 influenced the social transformation of the German society in the Soviet occupation zone in Germany, and those changes depended on the progress of the reformation itself.

REFERENCES

1. Semiryaga, M.I. (1995) *Kak my upravlyali Germaniye: Politika i zhizn'* [How we ruled Germany: Politics and life]. Moscow: ROSSPEN.
2. Korneva, L.N. (ed.) (2014) *Sotsial'naya politika i sotsial'noe gosudarstvo v Germanii* [Social policy and the welfare state in Germany]. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat.

3. Barton, K. (2007) Zdravookhranenie v period pozdnego stalinizma i dukh poslevoennogo gosudarstva blagodenstviya, 1945–1953 gody [Public Health in the Period of Late Stalinism and the Spirit of the Post-War State of Prosperity, 1945–1953]. *Zhurnal issledovaniy sotsial'noy politiki – The Journal of Social Policy Studies*. 5(4). pp. 541–558.
4. Reinisch, J. (2013) *The Perils of Peace. The Public Health Crisis in Occupied Germany*. Oxford: Oxford University Press.
5. Ovseiko, P. (2002) *The Politics of Health Sector Reform in Eastern Europe: the Actor-Centred Institutional Framework for Analysis*. Budapest: Center for Policy Studies. IPF Working Paper No. 2002–01.
6. Ovseiko, P. (2008) *The Politics of Health Care Reform in Central and Eastern Europe: The Case of the Czech Republic*. PhD Dissertation. Department of Social Policy. Jesus College, University of Oxford, Oxford.
7. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 7. File 7.
8. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 56. File 23.
9. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 7. File 10.
10. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 56. File 1.
11. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 56. File 5.
12. Boldyrev, R.Yu. (2007) “Stunde Null” ili “Neubeginn”: Situatsiya v do-erkhardovskoy Germanii, 1945–1948 gg. [“Stunde Null” or “Neubeginn”: The Situation in Pre-Erhard Germany, 1945–1948]. In: Nureev, R.M. (ed.) *Sotsial'noe rynochnoe khozyaystvo: kontseptsii, prakticheskiy opyt i perspektivy primeneniya v Rossii* [Social market economy: concepts, practical experience and prospects of application in Russia]. Moscow: HSE. pp. 242–253.
13. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 56. File 10.
14. Zakharov, V.V. (ed.) (2004) *Deyatel'nost' sovetskikh voennykh komendatur po likvidatsii posledstviy voyny i organizatsii mirovoy zhizni v Sovetskoy zone okkupatsii Germanii, 1945–1949* [The activities of the Soviet military commandant's offices in the aftermath of the war and the organization of peaceful life in the Soviet zone of occupation of Germany, 1945–1949]. Moscow: ROSSPEN.
15. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 8. File 7.
16. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7212. List 1. File 281.
17. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 8. File 1.
18. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 56. File 29.
19. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 8. File 13.
20. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 30. File 65.
21. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 50. File 23.
22. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 4. File 70.
23. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 50. File 1.
24. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 50. File 10.
25. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 56. File 46.
26. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 57. File 19.
27. The State Archive of the Russian Federation (GARF). Fund R-7317. List 56. File 24.