

1/23

ПРЕПРИНТЫ

ПРОСТРАНСТВЕННО-ПРОСТРАНСТВЕННОЕ
РАЗВИТИЕ. РЕГИОНАЛЬНАЯ РАЗВИТИЕ. РЕГИОНАЛЬНАЯ
И ГОРОДСКАЯ ЭКОНОМИКА И ГОРОДСКАЯ ЭКОНОМИКА
SPATIAL DEVELOPMENT SPATIAL DEVELOPMENT
REGIONAL AND URBAN ECONOMY REGIONAL AND URBAN ECONOMY

Д. В. Михель, И. В. Михель, О. Г. Малиновская

САНИТАРНЫЕ РЕФОРМЫ В СТРАНАХ
ЕВРОПЫ И АЗИИ В XIX–XX ВВ.
СРАВНИТЕЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА И
ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ»
(РАНХиГС)

**САНИТАРНЫЕ РЕФОРМЫ В СТРАНАХ ЕВРОПЫ И АЗИИ В
XIX–XX ВВ. СРАВНИТЕЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ**

Михель Дмитрий Викторович, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, профессор, доктор философских наук, ORCID: 0000-0003-2250-1626, e-mail: dmitrymikhel@mail.ru;

Михель Ирина Владимировна, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, доцент, кандидат философских наук, ORCID: 0000-0002-2916-4653, e-mail: irinamikhel@yandex.ru;

Малиновская Ольга Геннадиевна, Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, PhD, ORCID: 0000-0002-9591-9823, e-mail: om82@yandex.com

Москва, 2023

Аннотация

Цель исследования – сопоставление опыта санитарных реформ XIX и XX вв. в контексте становления государств современного типа и централизованных систем охраны общественного здоровья (на примере Великобритании, Германии, Индии и Китая). **Актуальность** исследования обусловлена необходимостью уточнения научных представлений о процессах модернизации в Европе и Азии. **Новизна** исследования состоит в уточнении исторической картины процесса становления государств современного типа и установлении связи между модернизацией государственности и появлением политики, направленной на санитарные улучшения и охрану общественного здоровья. В ходе исследования были использованы **методы** исторической науки, привлекались источники из зарубежных цифровых библиотек. Теоретической базой исследования стала методология социальной истории здравоохранения. **Выводы** исследования состоят в следующем. Санитарные реформы стали историческим ответом со стороны как европейских, так и азиатских стран на процессы урбанизации и индустриализации. Санитарные улучшения стали отказом от доиндустриального образа жизни с присущей ему практикой ручной доставки воды и ручного удаления нечистот. Агентами санитарных улучшений стали представители городского среднего класса, в особенности врачи, чьи интересы состояли в том, чтобы укрепить свой профессиональный авторитет и общественное положение. История санитарных реформ может рассматриваться как составная часть процесса становления государства современного типа – государства управляемого бюрократией и занимающегося охраной общественного здоровья. Рассмотренные случаи с двумя европейскими государствами и двумя азиатскими позволяют считать, что история создания современного национального государства в XIX и XX вв. была в той же степени и историей создания санитарного или здравоохранительного государства.

Ключевые слова: модернизация, современность, современное государство, санитарные улучшения, санитарные реформы, санитарное государство.

Коды JEL Classification N01

RUSSIAN PRESIDENTIAL ACADEMY OF NATIONAL ECONOMY
AND PUBLIC ADMINISTRATION
(RANEPA)

SANITARY REFORMS IN EUROPE AND ASIA IN THE
XIX-XX CENTURIES: A COMPARATIVE-HISTORICAL
ANALYSIS

Dmitry Mikhel, Russian Presidential Academy of National Economy and
Public Administration, Professor, Doctor of Philosophy, ORCID: 0000-0003-
2250-1626, e-mail: dmitrymikhel@mail.ru

Irina Mikhel, Russian Presidential Academy of National Economy and Public
Administration, Docent, Candidate of Philosophy, ORCID: 0000-0002-2916-
4653, e-mail: irinamikhel@yandex.ru

Olga Malinovskaya, Russian Presidential Academy of National Economy and
Public Administration, PhD, ORCID: 0000-0002-9591-9823, e-mail:
om82@yandex.com

Moscow, 2023

Abstract

The aim of the study is to compare the experience of sanitary reforms of the 19th and 20th centuries in the context of the formation of modern states and centralised systems of public health protection (on the example of Great Britain, Germany, India and China). The relevance of the study is conditioned by the need to clarify scientific ideas about the processes of modernisation in Europe and Asia. The novelty of the study consists in clarifying the historical picture of the process of formation of modern states and establishing a link between the modernisation of statehood and the emergence of policies aimed at sanitation and public health protection. In the course of the research the methods of historical science were used, sources from foreign digital libraries were attracted. The methodology of social history of health care became the theoretical basis of the study. The conclusions of the study are as follows. Sanitary reforms were a historical response on the part of both European and Asian countries to the processes of urbanisation and industrialisation. Sanitary improvements were a rejection of the pre-industrial way of life with its inherent practices of manual water delivery and manual disposal of foul sewage. The agents of sanitation improvements were members of the urban middle class, especially physicians, whose interests were to enhance their professional authority and social standing. The history of sanitary reforms can be seen as part of the process of establishing a modern type of state - a state governed by a bureaucracy and concerned with the protection of public health. The cases of two European states and two Asian states suggest that the history of the creation of the modern nation-state in the nineteenth and twentieth centuries was, to the same extent, the history of the creation of the sanitary or public health state.

Keywords: Modernisation, modernity, modern state, sanitation improvements, sanitation reforms, sanitation state.

Codes of JEL Classification: N01

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	6
1. Санитарные реформы в контексте процессов урбанизации и индустриализации	7
2. Санитарные улучшения как отказ от доиндустриального образа жизни	8
3. Городской средний класс как агент санитарных улучшений...	100
4. Особая роль врачей в санитарных реформах	12
5. Охрана общественного здоровья как признак современного государства.....	14
Заключение	177
Список источников	188

Введение

История становления государственности в XIX и XX вв. не может быть представлена без истории общественного здравоохранения. Институты, предназначенные для охраны здоровья населения, являются важнейшими среди всех институтов, входящих в административно-политическую систему государства современного типа. Несмотря на то, что государство и в прошлом периодически брало на себя функцию оказания помощи больным и нуждающимся, именно в Новое и Новейшее время эта функция стала исполняться государством регулярно. Причины такой институциональной трансформации многочисленны, но главные из них, очевидно, сводятся к изменению административно-политических подходов к населению. С того момента, когда жизнь населения приобрела экономическую ценность, перестав быть только ценностью моральной, стали возникать соответствующие подходы, методы управления и институты, призванные сделать жизнь безопасной, комфортной и обеспеченной.

Общественное здравоохранение как концепция и особый научный подход зародились в Европе, главным образом во Франции, Великобритании и Германии [1–3]. В самом общем виде оно было непосредственным итогом развития философии утилитаризма, провозгласившей пользу человеческой жизни и человеческого труда. С появлением промышленных предприятий, фабрик и мастерских, в индустриальных городских центрах в начале XIX в. потребовалось огромное количество рабочей силы. С учетом того, что рабочие или члены их семей болели, сохранение их здоровья крайне дорого обходилось промышленникам. Забота об их здоровье из морального обязательства предпринимателей превратилась в экономическую необходимость, что повлекло за собой серьезные изменения в самой философии организации производства, или, как было принято называть эту форму мысли в XIX в., «политической экономии». Историческим следствием этих изменений стало появление системы государственной санитарной помощи, которая пришла на смену местным (общинным или приходским) службам охраны общественного здоровья, которые оказались не способны справиться с решением задач характерных для эры массового промышленного производства.

То, что принято называть «современностью», является историческим порождением Модерна как большого культурного проекта. Модерн обладает многими признаками, среди которых присутствуют и такие, как бюрократически управляемое государство [4] и распространение санитарии [5]. На первый взгляд они мало связаны друг с другом, но обращение к историческому опыту практически любой страны показывает, что процесс становления современного бюрократически управляемого государства был тесно связан с еще одним процессом – борьбой за чистоту обитаемых пространств и охрану общественного здоровья.

В рамках данной работы рассматривается процесс санитарных реформ в странах Европы и Азии в контексте становления современного государства в XIX–XX вв. В фокусе внимания находятся две влиятельные европейские страны – Великобритания и Германия и две наиболее крупные азиатские страны – Индия и Китай. Сопоставление опыта проведения санитарных реформ позволяет уточнить существующие представления о процессах модернизации в Европе и Азии, о том, как они затронули систему государственного устройства и стратегии заботы о чистоте и охраны общественного здоровья.

1. Санитарные реформы в контексте процессов урбанизации и индустриализации

Масштабная борьба за чистоту обитаемых пространств и охрану общественного здоровья началась прежде всего в Великобритании. Предшественницей Великобритании можно считать только Францию, где этот процесс стартовал в первой четверти XIX в. [6, 7] Двигаясь во многом тем же путем, Великобритания начала борьбу за чистоту в городах и занялась общественным здравоохранением в 1840-е гг. При этом британский опыт свидетельствует о том, что борьба за чистоту и общественное здоровье была связана с процессом масштабных социально-экономических изменений, известных как индустриализация и урбанизация [8, 9]. Во Франции эти процессы тоже шли, но в Великобритании они были выражены настолько явно, что при всяком упоминании о начале индустриализации и бурном росте городов представляется, прежде всего, Великобритания. В Великобритании процесс санитарных реформ, начавшийся при Эдвине Чедвике, стал составной частью процесса британской индустриализации и урбанизации.

В Германии начало санитарных реформ также было связано с урбанизацией и индустриализацией, которые приобрели свою особенную интенсивность в 1860-е и 1870-е гг. Развитие промышленности, рост городского населения стали вызовами, которые инициировали борьбу за чистоту и общественное здоровье в условиях германского культурно-исторического контекста [10, 11].

Индия оставалась колонией Британской империи до 1947 г. В соответствии с британским колониальным подходом Индия должна была быть сельскохозяйственной страной и не иметь собственной промышленности. Тем не менее в силу огромной численности населения этой страны уже при британцах в ней началась урбанизация, которая вызвала кризис существовавшей колониальной системы здравоохранения [12–14] и привела к необходимости санитарных реформ. Она была вызвана разрушением традиционного социально-экономического уклада, колониальными методами хозяйствования и потребления природных ресурсов в XIX в. Как показывает рассмотренный нами пример столицы Британской Индии – Калькутты – бурный прирост численности городского населения был вызван притоком огромных масс населения, прежде проживавшего в условиях традиционного уклада жизни, в лесах. Уничтожение лесов и попытки британцев прикрепить полукочевое индийское население к земельным наделам вызвали движение коренного населения в Калькутту, Бомбей, Мадрас и другие быстро растущие города. После обретения Индией независимости в 1947 г. новые власти запустили масштабные программы индустриализации страны и в еще большей степени способствовали росту урбанизации. Это стало основной причиной возобновления борьбы за чистоту и общественное здоровье, начавшейся еще в колониальный период.

Китай официально не был ничьей колонией, но с середины XIX в. он постепенно превращался в полуколониальную страну. После того как великие западные державы, прежде всего Великобритания, навязали Цинской империи обязательство открыть страну для международной торговли, в Китае началась урбанизация и индустриализация. Как отмечали западные наблюдатели, приблизительно до начала 1870-х гг. китайские поселения поддерживались в чистоте и ухоженном состоянии, а китайцы отличались хорошим здоровьем [15, 16]. Но когда в Шанхае, Кантоне, Тяньцзине и других местах стала возникать промышленность и появились трущобы, на Западе быстро сформировалось мнение о Китае как о грязной

стране и о китайцах об отсталом и болезненном народе [17, 18]. Борьба китайцев за возвращение национального суверенитета, развернувшаяся в самом начале XX в., сопровождалась также усилиями по освобождению от обидного имиджа «больного человека Азии» [19]. Революция, приведшая к образованию Китайской республики, пробудила в стране хозяйственную активность, стимулировала рост городов и промышленности и, как следствие, инициировала дальнейшую борьбу за чистоту и общественное здоровье.

Сопоставление исторического опыта Великобритании, Германии, Индии и Китая показывает, что во всех случаях развитие промышленности и рост городского населения были важными причинами деятельности, связанной с заботой о чистоте обитаемых территорий и охране общественного здоровья. В Индии, где до середины XX в. промышленности фактически не было, основным фактором такой деятельности стал быстрый рост городского населения, вызванный разрушением традиционного уклада жизни.

2. Санитарные улучшения как отказ от доиндустриального образа жизни

Широко распространенный термин «санитария» происходит от латинских слов *sanus* (здоровый) и *sanitas* (здоровье). В раннее Новое время в Италии прилагательное «санитарный» впервые вошло в словарь государственных администраторов, взявшихся поддерживать порядок в итальянских городах в условиях борьбы с эпидемиями чумы и стихийных народных волнений. Именно в Италии в XV и XVI вв. появляются первые санитарные власти – санитарные чиновники и санитарные советы, а также санитарные законы, предназначенные для управления городскими пространствами в условиях чумы [20]. Итальянский опыт широко распространился по всей Европе, был усвоен на Британских островах.

К началу 1840-х гг. благодаря активной деятельности Эдвина Чедвика в британском правительстве «санитарная идея» широко распространилась среди британских правительственных чиновников и политиков и овладела умами образованной викторианской общественности. Работа Чедвика в Комиссии по контролю за исполнением Закона о бедных и оказанная ему поддержка со стороны части британских врачей привели к возникновению в британском общественном сознании мнения о том, что обязательным условием развития общества в условиях урбанизации и индустриализации должны стать санитарные улучшения. Под последними Чедвик и его сподвижники понимали всего две вещи – снабжение городского населения чистой питьевой водой и удаление нечистот с помощью методов, адекватных реалиям городского индустриального общества. Чедвик имел в виду систему труб, по которым могла бы поставляться вода в городские кварталы и с помощью которых могли бы удаляться нечистоты [21]. Опираясь на французский опыт, Чедвик и другие «санитаристы» предпочитали говорить о канализации. При Чедвике были разработаны не только многочисленные проекты санитарных улучшений для британских городов, но и заработали специальные органы управления городским хозяйством, такие, как Лондонская городская комиссия по канализации [22–29].

В Германии также был сделан акцент на двух стратегиях санитарных улучшений – прокладке водопроводных сетей и сетей канализации. Великобритания и Германия (наряду с Францией) стали пионерами в вопросах санитарных улучшений, используя для этого методы, соответствующие современной индустриальной эпохе

[30–36]. Если во времена преобладания ручного труда, подача воды в дома, как и удаление нечистот, осуществлялись ручным способом, то теперь это предлагалось делать механически – с помощью труб и трубопроводов. Осуществление Модерна как большого культурного проекта тесно связанным с прокладкой труб, закапываемых под землю. Все прежние виды источников питьевой воды – колодцы, реки, ручьи, озера – объявляются опасными для здоровья. Появляются эксперты, которые находят в такой воде вредные вещества, примеси и опасные микроорганизмы. Аналогичная ситуация складывается с отхожими местами, выгребными ямами и «антисанитарными» туалетами, которые объявляются не соответствующим санитарным нормам новой эпохи [37]. Борьба за чистоту в городах Великобритании после 1840 г. и Германии на рубеже 1860-х и 1870-х гг. сопровождается требованиями «санитарных реформ». Фактически, это были требования о запрете доиндустриальных методов ручной доставки воды из колодцев и открытых водоемов и о запрете выгребных ям, откуда золотари забирали нечистоты и вывозили их на крестьянские поля.

В Индии и Китае борьба за санитарные улучшения также сопровождалась требованиями санитарных реформ. Но на протяжении всего XIX в. в Индии эти требования скорее исходили со стороны колониальной администрации, а не коренного населения, которое будет еще долго игнорировать ненавистные ему трубы, врывающиеся извне в уютный мир индийского дома [38]. Для индийцев дом оставался священным пространством вокруг семейного очага, а не «машиной для проживания» (Ш.-Э. Ж.Г. Ле Корбюзье). Мало что меняется и в XX в., поскольку водопровод и в особенности трубопроводное удаление нечистот продолжают восприниматься миллионами индийцев как нечто не соответствующее их обычаям и культуре. С середины XX в. требования санитарных реформ продолжают исходить лишь со стороны правительства, но теперь уже не колониального, а национального. Лишь под давлением государства индийское население постепенно соглашается с появлением водопровода, но еще долго игнорирует индустриальный подход к удалению нечистот. До самого конца XX в. Индия остается крестьянской страной, подавляющему большинству жителей канализация кажется чем-то немыслимым. Программы санитарных улучшений в Индии ставят задачей-максимум строительство самых простых санитарных сооружений – закрытых туалетов. Но индийскому правительству вплоть до самого конца XX в. выполнение даже этой задачи оказывается не по силам. Принятие одного за другим двенадцати пятилетних планов (с 1951 по 2017 гг.) так и не привело к обеспечению всего населения «дешевой санитарией» [39–52]. Вопрос о массовом строительстве современных туалетов и сегодня продолжает стоять в повестке дня индийского правительства [53].

В Китае в самом начале XX в. идея санитарных улучшений также исходила от иностранцев. Водопровод и канализация появились прежде всего в европейских кварталах договорных портовых городов, таких, как Гонконг и Шанхай [54, 55]. Китайское население во многом еще было не готово к нововведениям. Кроме того, в традиционной китайской культуре к этому моменту был накоплен собственный опыт механизированного водоснабжения: в дома и на поля вода подавалась по бамбуковым трубам, проложенным над землей [56]. Что касается утилизации нечистот, в Китае по крайней мере с XVI в. этот процесс был организован в высшей степени рационально. Ввиду отсутствия крупного рогатого скота источником удобрений на крестьянских полях были именно человеческие нечистоты, получаемые из туалетов. Они доставлялись туда вручную, на небольших тележках, и выполнением этого труда занималась целая армия работников [57]. Иными словами, экономической

необходимости в модернизации этого эффективного способа утилизации нечистот не было. Лишь в условиях начавшейся урбанизации и появления урбанизированных форм жизни внимание к городскому подземному водопроводу и канализации со стороны китайцев стало расти. В коммунистическом Китае рост городов искусственно сдерживался почти до самого конца XX в. [58] Лишь после 1978 г., когда государство провозгласило курс на развитие рыночной экономики, санитарные реформы продолжились с новой силой. К настоящему моменту в Китае от трети до четверти населения (порядка 400 млн человек) продолжает жить в сельской местности. С этой величиной примерно соотносится и уровень охваченности населения «современной санитарией» – 76% населения в 2015 г. [59] Сопоставление масштабов обеспеченности населения четырех рассматриваемых стран позволяет увидеть, что максимально высокий охват населения Великобритании и Германии соответствует тому факту, что обе эти европейские страны давно уже существуют в условиях индустриального миропорядка, тогда как Индия и Китай продолжают оставаться тесно связанными с реалиями более раннего, аграрного мироустройства. Эту зависимость можно проиллюстрировать с помощью таблицы 1.

Таблица 1 – Динамика обеспеченности населения Великобритании, Германии, Индии и Китая водопроводной питьевой водой и улучшенной санитарной техникой с 1990 по 2012 г. [60].

Страны/годы	Обеспеченность водопроводной водой			Обеспеченность улучшенной санитарией		
	1990	2000	2012	1990	2000	2012
Великобритания	100	100	100	100	100	100
Германия	100	100	100	100	100	100
Индия	70	81	93	18	25	36
Китай	67	80	92	24	45	65

Сопоставление случаев Великобритании, Германии, Индии и Китая показывает, что повсюду санитарные улучшения стали характерной чертой деятельности по изменению городского пространства в условиях урбанизации и индустриализации. В европейских странах это началось раньше, а в Индии и Китае с их преимущественно сельским населением такие санитарные улучшения растянулись во времени. На рутинном уровне эти улучшения сопровождались отказом от традиционных ручных методов доставки воды и утилизации нечистот и распространением индустриальных подходов – прокладкой подземных водопроводных сетей и канализации.

3. Городской средний класс как агент санитарных улучшений

Приверженцами санитарных улучшений и противниками антисанитарии – колодцев с застойной водой, выгребных ям и практик открытой дефекации – стали так называемые прогрессивные силы общества. В Великобритании и Германии в XIX в. и в Индии и Китае в XX в. это был городской средний класс – образованная

общественность или буржуазия. Именно средний класс, чье единственное богатство в основном составляет интеллект и профессиональные компетенции выступил противником тех социальных сил, что были традиционно связаны с землей – крупными землевладельцами и мелким крестьянством. Средний класс выступил и против традиционного образа жизни этих социальных групп, частью которого были ручная доставка воды и ручное удаление нечистот. Выйдя на историческую сцену, городской средний класс заявил о своих политических претензиях. Как показывают примеры Великобритании и Германии, средний класс во многих случаях был не склонен участвовать в открытой борьбе за власть и предпочитал более мягкие методы укрепления своего влияния. Опасаясь повторения кровопролитий Французской революции, британский средний класс в лице Эдвина Чедвика и его сподвижников сделал орудием продвижения своих интересов санитарную и санитарные улучшения и стал требовать проведения санитарных реформ [61]. Такую же политическую стратегию в Германии середины XIX в. избрали Рудольф Вирхов, Макс Петтенкофер и другие германские «санитаристы». При этом популярному в Великобритании термину «санитария» они предпочли родственное ему понятие «гигиена» [62].

В азиатских странах агентами санитарных улучшений и первыми санитарными реформаторами также выступили представители образованных кругов общества – так называемая «национальная буржуазия». В Индии буржуазия была крайне слаба вплоть до обретения страной независимости, но свое положительное отношение к санитарии не скрывала. Отцу современной индийской нации и моральному лидеру буржуазной партии Индийский национальный конгресс Махатме Ганди принадлежат знаменитые слова о том, что санитария для Индии важнее чем независимость [63]. Преемник Ганди в партии и первый глава правительства независимой Индии Джавахарлал Неру, возглавив государственную комиссию по планированию развития Индии, с самого начала включал вопрос о санитарных улучшениях в городах и в сельской местности в число важнейших задач государства. Этой же линии придерживались правительства Индиры Ганди, Раджива Ганди и другие индийские правительства. Укрепившаяся в последние годы альтернативная политическая сила – Бхаратия джаната парти, возглавляемая ныне Нарендрой Модой, также борется за продолжение санитарных реформ. Политический идеал правительства Моды сформулирован в новейшей программе санитарных реформ «Чистая Индия» [64].

В Китае после образования республики буржуазные политические силы были крайне слабы, поэтому на первых порах призывы к проведению санитарных улучшений исходили со стороны милитаристской верхушки. Опираясь на опыт поздней Цинской империи, первый президент Китайской республики генерал Юань Шикай смог уделить внимание лишь созданию санитарных служб, предназначенных для борьбы с эпидемическими заболеваниями [65]. Когда в Нанкине в 1928 г. было создано националистическое правительство во главе с Чан Кайши, процесс санитарных улучшений в стране пошел активнее [66]. В больших городах, таких, как Пекин, Шанхай и Нанкин, развернулась работа по прокладке водопровода и канализации, а в сельской местности началось создание образцовых в санитарном плане деревень [67]. Используя поддержку международных организаций, правительство Чан Кайши занялось подготовкой санитарных и санитарно-инженерных кадров, были созданы учреждения, ответственные за проведение санитарной работы. После образования КНР в 1949 г. к власти пришло правительство коммунистов, и поэтому буржуазный элемент в правительстве исчез. Председатель КНР Мао Цзэдун пытался следовать советскому опыту форсированной индустриализации, но при этом продолжал уделять много внимания благоустройству

сельской местности [68]. Следствием этого стало его повышенное внимание к вопросам сельской санитарии, а также курс на создание образцовых в санитарном плане сельских коммун, таких, как Дачжай (Тачай) [69, 70]. Лишь после смерти Мао и провозглашения Дэн Сяопином курса на создание рыночной экономики ситуация стала меняться. К началу XXI в. китайская экономика обрела мощь, были найдены необходимые ресурсы для проведения масштабных санитарных улучшений в стране. Следствием этого стали успехи в обеспечении населения огромной страны качественной водопроводной водой и улучшенной санитарной техникой для удаления нечистот. В отличие от Великобритании, Германии и Индии в современном Китае агентом санитарных улучшений выступили не буржуазные политические силы, а коммунистическая партия, осуществляющая руководство страной. Вместе с тем правомерно отметить, что верхушка коммунистического руководства КНР после 1976 г., по крайней мере, в скрытом виде совершила разворот от воинствующего коммунизма к реформаторскому социализму. Поддержав курс на реформы и открытость внешнему миру, Дэн Сяопин и другие коммунистические реформаторы в то же самое время дали новый импульс и процессу санитарных реформ, принесшему серьезные результаты в начале XXI в.

4. Особая роль врачей в санитарных реформах

С давних пор медицина была особого рода искусством. Врачи занимались лечением болезней, но в социально-экономическом плане их положение в обществе было достаточно низким. В европейских странах во времена Средневековья и раннего Нового времени врачи как правило были клиентами знатных и состоятельных пациентов, которым они прислуживали. Для защиты своих интересов врачи объединялись в профессиональные ассоциации и пытались наладить более тесное сотрудничество с государственной властью. На Британских островах, в Германии и Китае власти часто приглашали врачей на государственную службу, что привело к появлению особой категории «государственных врачей». В XVIII в. и в первой половине XIX в. в Великобритании и Германии число врачей на государственной службе все время росло, но их материальное благополучие продолжало оставаться низким [71, 72]. Британские *medical officers of health* и германские «физикусы» при всякой возможности стремились обратиться к более доходной лечебной практике и сблизиться с состоятельными пациентами.

Начало санитарных реформ в Великобритании открыло перед британскими врачами новую профессиональную перспективу. Используя свои профессиональные знания, они стали активно поддерживать процесс санитарных улучшений, подчеркивая опасности традиционных методов водоснабжения и удаления нечистот, и указывая на связь между антисанитарией и распространением эпидемических болезней. Подобно юристу Эдвину Чедвику активным защитником «санитарной идеи» в 1840-е гг. выступил доктор Томас Саутвуд Смит, выступивший одним из главных консультантов Чедвика при составлении знаменитых санитарных отчетов в 1840-е гг. Джон Сноу, который почти в те же самые годы занимался поиском природного агента холерных заболеваний в лондонской Темзе, и Джон Саймон, ставший первым санитарным врачом города Лондона, принадлежали к той категории докторов, которые благодаря своему участию в санитарных реформах смогли возвысить голос представителей врачебной профессии и добиться укрепления ее авторитета в глазах британского общества.

В Германии аналогичным образом вели себя врачи Рудольф Вирхов, Макс Петтенкофер и Иоганн Георг Варрентрапп, выступившие инициаторами санитарных

реформ в Берлине, Мюнхене и Франкфурте [73–75]. Из этих троих Вирхов чаще всего воспринимается как пламенный революционер-демократ, но его жизнь дает значительно больше примеров того, что он был склонен не столько к борьбе, сколько к сотрудничеству с правительством [76]. Учитывая весьма децентрализованную специфику германской политической системы, неудивительно, что главными партнерами для немецких врачей стали муниципальные власти. Подчеркивая значение санитарных улучшений для своей страны, врачи в Германии предлагали себя на роль технических экспертов по вопросам снижения заболеваемости и смертности для правительства, взявшего курс на промышленное развитие экономики и создание рынка здоровой рабочей силы. В культурно-исторической перспективе немецкие доктора, как и врачи в Великобритании, предложили своему государству не только свои знания и профессиональные компетенции, но и особый дискус об общественном здоровье, акцентируя внимание на то, что задачей современного государства является сбережение народонаселения и здравоохранительная деятельность.

Британские колониальные власти в Индии с пренебрежением отзывались о возможностях традиционных индийских систем врачевания, и точно такая же ситуация сложилась в Китае, где европейцы пренебрегали потенциалом китайской традиционной медицины. С точки зрения европейцев азиатские медицинские системы были чужды западной санитарной теории, поэтому коренное население в Индии и Китае считалось не способным разделить европейские санитарные идеалы. Однако когда Индия освободилась от британского колониального владычества, а Китай, свергнув Цинскую монархию, смог укрепить свой национальный суверенитет и избавился от статуса полуколониальной страны, среди местных врачей появились силы, искренне заинтересованные в проведении санитарных улучшений. Это были прежде всего врачи, получившие западное медицинское образование и серьезный опыт работы на базе санитарно-медицинских служб европейского образца. Начав свою карьеру еще при британцах, индийский доктор Б.С. Дас Гупта занял весьма респектабельную позицию в правительстве Неру, предложив программу санитарных улучшений в масштабах всей страны [77, 78]. В Китае во времена поздней Цинской империи и в годы Китайской республики похожую историческую роль сыграл доктор У Ляньдэ – специалист с британским медицинским образованием и организатор первой государственной санитарной службы в стране [79]. При националистическом правительстве Чан Кайши кузницей первых санитарно-медицинских кадров стал Пекинский союзный медицинский колледж, откуда вышла целая когорта видных специалистов, включая такого практика санитарной работы как Си Си Чэнь (Чэнь Чжицюань) [80, 81].

Для подавляющего большинства врачей санитарная проблематика не обладала той самоценностью, которую она имела для большинства государственных администраторов, таких, как Эдвин Чедвик или Юань Шикай. Вопросы санитарии и санитарных улучшений они связывали прежде всего с проблематикой охраны здоровья, рассматривая себя не столько как специалистов по санитарно-инженерным решениям, сколько как экспертов в области общественного здравоохранения. Их профессиональными инструментами стали, прежде всего, медицинские знания. Для врачей, участвовавших в санитарных реформах в XIX в., когда возможности медицинской науки были еще весьма слабы, таким инструментом стала прежде всего санитарная (медицинская) статистика. Однако индийские и китайские врачи XX в. могли уже пользоваться новыми достижениями медицинской науки – бактериологией и эпидемиологией, что позволяло им действовать более эффективно, дистанцируясь от устаревших медицинских теорий.

Являясь представителями медицинской профессии, врачи с западным медицинским образованием в то же самое время были представителями городского среднего класса, не связанного общими ценностями с земельной аристократией и малоземельным крестьянством. Их стремление укрепить свое социальное положение и материальное благополучие делало их естественными союзниками национального государства, которому они хотели служить. В их понимании такая служба была почетной и должна была приносить соответствующие материальные дивиденды, поэтому доктора охотно брали на себя обязанности руководителей санитарных служб и занимали должности чиновников в сфере здравоохранения. Характерным следствием этого была постоянная борьба за создание собственной структуры, ответственной за вопросы общественного здравоохранения и вычленение медицинско-санитарных подразделений в составе правительства в самостоятельные административные единицы. В XIX в. в Германии органы власти, ответственные за проведение санитарной работы, входили в состав полицейского ведомства, а в Великобритании они были подчинены различным ведомствам пока в 1919 г. не было образовано самостоятельное Министерство здравоохранения. В Индии и Китае, где здравоохранение с самого начала стало обязанностью национального государства, образование таких Министерств произошло весьма рано – в 1928 г. в Китайской республике и в 1948 г. в Индии.

5. Охрана общественного здоровья как признак современного государства

В истории развития любого государства может быть выделен ряд типовых этапов, которые в аллегорическом смысле соответствуют его детству, юности и зрелости. Когда Макс Вебер выделил три типа государственного устройства – харизматическое, традиционное и рационально-бюрократическое [4], то, похоже, что он ориентировался именно на такой подход. Харизматическая государственность существует благодаря воле и мудрости правителя, который собирает вокруг себя круг верных ему людей – прежде всего жречество и дружину, способных установить контроль над сравнительно небольшими территориями с проживающим на них населением. Этот тип государства теряется во мгле веков и не имеет никакого отношения к проблематике санитарии и общественного здравоохранения. Государственность традиционного типа явление более позднее. В Европе такой тип государства существовал вплоть до эпохи Просвещения, а местами сохранялся и после этого. Государство традиционного типа – это королевский двор, суд, парламент, казна, армия, флот и небольшое число государственных служб, призванных исполнять волю и власть государя на подконтрольной ему территории. Характерной особенностью такого государства была его слабая управляемость. Источником власти по-прежнему была в основном воля правителя и его личные качества, а отношения внутри правящей элиты основывались на основе родства и личных симпатий.

В Новое время в Европе начинается процесс создания государства современного типа, опирающегося уже не на личные качества правителя и правящей элиты, а на правящую бюрократию. Носителем государственной власти в стране становится чиновник, а круг чиновничества постоянно расширяется. Именно в этой чиновной среде впервые появляется и та категория государственных служащих, которые становятся ответственными за санитарные улучшения и охрану общественного здоровья в целом. В Великобритании первой половины XIX в. таким чиновником становится секретарь Королевской комиссии по контролю за

исполнением Закона о бедных Эдвин Чедвик, впоследствии занявший также место секретаря Генерального совета здравоохранения. Являясь утилитаристом по своим философским убеждениям и выразителем интересов зарождающейся промышленной буржуазии, Чедвик не просто выдвигается на важные должности в системе британского государственного управления, но своей деятельностью непосредственно участвует в трансформации британской государственной машины. Благодаря ему государство в Великобритании обретает новую значимую функцию и становится ответственным за осуществление политики в области здравоохранения. Фактически, во времена Чедвика Британская монархия становится санитарным государством или, что то же самое, государством здравоохранительным.

Приведенные выше термины носят чисто технический характер, но их использование может быть столь же оправданным, как и использование таких более привычных понятий, как социальное государство или государство всеобщего благоденствия. Как и всякий прочий концепт, термин «санитарное государство», позволяет зафиксировать те моменты в истории государственности, которые прежде выпадали из поля зрения исследователей. Мишель Фуко при анализе особенностей развития западной цивилизации в свое время использовал целый ряд технических терминов, таких, как «дисциплинарная власть», «био-власть» и «био-политика» [82, 83], которые впоследствии стали рабочими инструментами для целого поколения историков и других представителей социально-гуманитарных наук. Введенное в данной работе понятие «санитарное государство» – из той же области, и с его помощью представляется возможным зафиксировать связь между историей современной государственности и историей борьбы за чистоту, санитарный порядок и общественное здоровье. Случай Великобритании, на наш взгляд, прекрасно иллюстрирует эту связь.

Сказанное в отношении Великобритании может быть отнесено и к другим странам. Так, Германия дает еще один пример постепенного превращения традиционного государства в государство современного типа. В ходе этого процесса Германия сначала становится полицейским государством, а затем государством санитарным или здравоохранительным. Уже в XVII и XVIII вв. в германских странах, прежде всего в Пруссии, в рамках государственного аппарата возникают структуры, ответственные за сбор сведений о численности населения и контроль над работой врачей, оказывающих этому населению медицинскую помощь [84, 85]. Это все еще полицейское государство, а комплекс знаний, с помощью которых государство приучается к обращению с населением, называется «наукой о медицинской полиции». Эта наука стала своеобразным эпистемологическим пространством для выработки первых санитарных идей, но она оказалась неадекватной для реалий XIX в., когда начались урбанизация и индустриализация. Вместе с тем германское государство стало более эффективным, рациональным и современным, когда начало более активно привлекать на службу врачей. Последние же заявили о себе как о защитниках государственных интересов. В середине XIX в. немецкие врачи пришли в парламент, стали работать администраторами научных учреждений, занялись выработкой рекомендаций по реформированию городской среды, развитию промышленности и улучшению условий жизни и здоровья населения [86, 87]. Этот момент стал моментом превращения полицейского государства в санитарное, а также моментом, когда германская государственность перешагнула порог, отделяющий прошлое от современности. Германская государственная машина была модернизирована, став отвечать требованиям урбанизированного индустриального миропорядка.

В Индии процесс создания современной государственности был начат в годы британского колониального правления. После неудачи Сипайского восстания британцы были вынуждены обратиться к новым технологиям администрирования, отказавшись от грубого насилия и перейдя к политике мягких реформ. Составной частью этих реформ стали реформы санитарные. Сначала британские колониальные власти были заняты только обеспечением санитарии на территориях, где размещались колониальные войска и проживало европейское население [88–92]. Впоследствии они были вынуждены перейти к практике санитарных улучшений на территориях с проживающим на них коренным населением. Смена административно-политического курса привела к распространению более современных медико-санитарных знаний, которые постепенно были усвоены и коренными индийцами. Когда была образована независимая Индия, новые власти охотно использовали тот государственный аппарат, который достался им по наследству от британцев. Важным атрибутом государственности была и санитарно-медицинская служба, превратившаяся в национальную санитарно-медицинскую службу Индии. Новое индийское правительство во многом копировало британские методы управления, и поэтому процесс санитарных реформ был также запущен сверху [93, 94]. Программы по охране общественного здоровья включали в себя комплекс мер санитарного характера, направленных на профилактику эпидемических заболеваний с помощью водоснабжения и индустриальных приемов уборки нечистот. Санитария по западному образцу стала своеобразной идеологией современной Индии. Сложности с реализацией санитарных реформ, с которыми столкнулось государство в последние 70 лет, не стали поводом отказа от них [95]. Напротив, в Индии продолжают настаивать на политическом значении для страны всеобщей санитарии и укреплении здравоохранительной политики.

Китай эпохи Цинской империи, несмотря на всю его бюрократизированность, воспринимался современниками как устаревшая и непригодная для современных реалий государственная машина. Цинская империя оказалась неспособна предотвратить утрату страной значительной части своего национального суверенитета, и поэтому многие сановники Цинской империи были заинтересованы в ее реформировании. Вторжение западных держав в Китай в ходе подавления Боксерского восстания (восстания Ихэтуаней), эпидемия чумы 1910-1911 гг. на северо-востоке страны сделали вопрос о проведении санитарных реформ вопросом государственного выживания [96–98]. Синьхайская революция, приведшая к низложению Цинской империи, стала прологом к построению нового типа китайского государства, когда в одно и то же время были предприняты шаги не только по созданию национального государства, но и государства санитарного. Националистически ориентированные лидеры республиканского правительства, такие как Сунь Ятсен, Юань Шикай и Чан Кайши пришли к власти не только под лозунгами ликвидации морально устаревшей империи, но и под лозунгами оздоровления Китая, который реформаторы воспринимали как «больного человека Азии» [99]. Невзирая на трудности в плане реализации санитарных реформ, отсутствие необходимых ресурсов и кадров, творцы нового китайского государства никогда не отказывались сделать Китай сильным, здоровым и современным [100–104]. Этому должны были служить их энтузиазм и современная санитарно-медицинская наука. Процесс создания современного государства как государства санитарного в Китае был продолжен и при коммунистах, которым удалось добиться больших результатов в деле оздоровления страны и создания одной из самых эффективных систем здравоохранения в мире.

Заключение

Санитарные реформы стали историческим ответом со стороны как европейских, так и азиатских стран на процессы урбанизации и индустриализации. В логическом смысле их можно считать закономерной частью этих процессов. Санитарные улучшения стали отказом от доиндустриального образа жизни с присущей ему практикой ручной доставки воды и ручного удаления нечистот. Борьба за санитарные реформы в Великобритании и Германии в XIX в., а также в Индии и Китае в XX в. во многом стала борьбой против колодцев с застойной водой и выгребных ям, на смену которым должны были прийти подземные водопроводные сети и сети канализации.

Агентами санитарных улучшений, выступившими с требованиями санитарных реформ, стали представители городского среднего класса, которые противопоставили свои идеалы здоровья и чистоты ценностям земельной аристократии и крестьянства. С особой наглядностью это следует из истории санитарных реформ в европейских странах и Индии, однако и случай Китая первой половины XX в., а также его истории после 1978 г. свидетельствует о том, что главными приверженцами санитарных преобразований остаются носители городского, буржуазного образа жизни, которые при этом могут использовать другую политическую риторику.

Важную роль в истории санитарных реформ, как в Европе, так и в Азии, играли врачи, которые будучи представителями городского среднего класса, увидели в этих реформах возможность укрепить свой профессиональный авторитет и общественное положение. Они привнесли в практику санитарных реформ собственные знания и профессиональные компетенции, связав вопрос о санитарных улучшениях с изменениями в сфере общественного здоровья – снижением масштабов смертности от заболеваний, передающихся водным путем. Врачи в качестве реформаторов предоставили государственным администраторам и другим участникам этих процессов собственный дискурс, поставив вопрос о необходимости создания специальных органов государственной власти, ответственных за общественное здравоохранение.

История санитарных реформ может рассматриваться как составная часть процесса становления государства современного типа – государства управляемого бюрократией и занимающегося охраной общественного здоровья. Случаи с двумя европейскими государствами и двумя азиатскими позволяют считать, что история создания современного национального государства в XIX и XX вв. была в той же степени историей создания государства санитарного или здравоохранительного. В результате исследования была продемонстрирована сложная и не всегда очевидная связь между становлением государственности современного типа и борьбой за чистоту и общественное здоровье.

*Материал подготовлен в рамках выполнения научно-исследовательской работы государственного задания РАНХиГС.

Список источников

1. Rosen G. A History of public health. – Baltimore: Johns Hopkins university press, 2015. – 440 p.
2. Foucault M. La naissance de la médecine sociale / Dits et Écrits, 1954–1988. T. 3: 1976–1979. – Paris: Gallimard, 1994. – P. 207–228.
3. Porter D. Health, civilization, and the state. A history of public health from ancient to modern times. – New York: Routledge, 1999. – 389 p.
4. Вебер М. Политика как призвание и профессия // Избранные произведения. – М.: Прогресс, 1990. – С.644–706.
5. Rogaski R. Hygienic modernity: meanings of health and disease in treaty-port China. – Berkeley, Ca.: University of California press, 2004. – 401 p.
6. La Berge A.F. Mission and method: the early nineteenth-century French public health movement. – Cambridge: Cambridge university press, 1992. – 376 p.
7. Ramsey M. Public health in France // Porter D. (ed.) The History of health and the modern state. – Amsterdam: Rodopi, 1994. – P.45–118.
8. Hamlin C. State medicine in Britain // Porter D. (ed.) The History of health and the modern state. – Amsterdam: Rodopi, 1994. – P.132–164.
9. Allen-Emerson M. (gen. ed.), Allen-Emerson M. (ed.) Sanitary reforms in Victorian Britain. Part 2. Vol.4: Sanitary reform and urban improvement. – New York: Routledge, 2013. – 420 p.
10. Weindling P. Public health in Germany // Porter D. (ed.) The History of health and the modern state. – Amsterdam: Rodopi, 1994. – P.119–131.
11. Frevert U. Krankheit als politisches Problem 1770–1870; soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. – Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1984. – 469 s.
12. Arnold D. Crisis and contradiction in India's public health // Porter D. (ed.) The History of health and the modern state. – Amsterdam: Rodopi, 1994. – P.335–355.
13. Ramasubban R. Imperial health in British India, 1857-1900 // MacLeod R., Lewis M. (eds.) Disease, medicine, and empire: perspectives on Western medicine and the experience of European expansion. – New York: Routledge, 2022. – P.38–60.
14. Harrison M. Public health and preventive medicine in British India, 1859–1914. – Cambridge: Cambridge university press, 1994. – 324 p.
15. Lockhart W. The medical missionary in China: a narrative of twenty years' experience. – London: Hurst and Blackett, publishers, 1861. – 404 p.
16. Gordon Ch. China from a medical point of view in 1860 and 1861; to which is added a chapter on Nagasaki as a sanitarium. – London: Baillière & Co., 1863. – 464 p.
17. Osgood E. Breaking down Chinese walls: from a doctor's viewpoint. – New York: Revell, 1908. – 217 p.
18. Balme H. China and Modern medicine: a study in medical missionary development. – London: United Council for Missionary Education, 1921. – 224 p.
19. Михель Д.В., Михель И.В. Общественное здоровье и санитарные реформы в контексте становления современного государства в Китае: от империи к республике // Электронный научно-образовательный журнал «История». – 2023. Т.14. Вып.6 (289). – С.1–22.
20. Михель Д.В. Эпидемии и глобальная история. – М.: Весь мир, 2021. – 296 с.
21. Chadwick E. Report to Her Majesty's Principal Secretary of State for the Home Department from the Poor Law Commissioners, on an inquiry into the sanitary

condition of the labouring population of Great Britain: with appendices. – London: Clowes and sons, 1842. – 457 p.

22. Victoria reginae. CAP. CXXI. An act to consolidate and amend the nuisances removal and diseases prevention acts, 1848 and 1849 [14th August 1855] // UK Public General acts. P.1111–1138.

23. Victoria reginae. CAP. LXXIV. An act to encourage the establishment of public baths and wash-houses [26th August 1846] // UK Public General acts. P.74–98.

24. Victoria reginae. CAP. XXXIV. An act for consolidating in One Act certain provisions usually contained in Acts for paving, draining, cleansing, lighting, and improving towns [21st June 1847] // UK Public General acts. P.429–486.

25. Victoria reginae. CAP. LXIII. An act for promoting the public health [31st August 1848] // UK Public General acts. P.721–784.

26. The burial acts: a complete compilation of the acts of Parliament which have passed the legislature from 1852 to 1857, with an elaborate analysis of the whole. The regulations of the Home Office with regard to the management of burial grounds. A general description of the metropolitan cemeteries, the fees and charges for interments, and other useful, practical, and legal information. – London: Henry Mitchener, 1857. – 112 p.

27. Victoria reginae. CAP. CXLIII. An act to provide for the sanitary improvement of the City of London and the liberties thereof, and for the better cleansing, sewerage, paving, and lighting the same [5th September 1848] // UK Public General acts. P.2189–2272.

28. Victoria reginae. CAP. XCI. An act to continue “The City of London sewers act, 1848”, and to alter and amend the provisions of the said act [24th July 1851] // UK Public General acts. P.1329–1346.

29. Strange R.A. Lodging houses acts. The common lodging houses act, 1851, and the labouring classes lodging houses act, 1851. – London: Shaw and sons, Fetter Lane, 1851. – 78 p.

30. Hennock E.H. The urban sanitary movement in England and Germany, 1838–1914: a comparison // Continuity and change. –2000. –Vol.15 (2). – P.269–296.

31. Lindley W. Erläuterungen über die Anlage und den Zustand der Stadt-Wasserkunst: An Eine Hochlöbliche Bau-Deputation. – Hamburg: Weißner, 1846. – 88 s.

32. Wiebe E. Über die Reinigung und Entwässerung der Stadt Berlin. Bd.1., Einleitung, Reisebericht, Anforderungen für Berlin und Erläuterung des Entwurfes für ein Kanal-System. – Berlin: Ernst & Korn, 1861. – 332 s.

33. Wiebe E. Über die Reinigung und Entwässerung der Stadt Berlin. Bd.2., Anlagen. – Berlin: Ernst & Korn, 1861. – 182 s.

34. Virchow R. Canalisation oder Abfuhr? Eine hygienische Studie // Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der Öffentlichen Medizin und Seuchenlehre. Bd. 2. – Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1879. – S.235–287.

35. Virchow R. Öffentliche Gesundheitspflege und Medicinalreform, Die Medicinische Reform // Gesammelte Abhandlungen aus dem Gebiete der Öffentlichen Medizin und Seuchenlehre. Bd.1. – Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1879. – S.3–77.

36. Reclam C. Die heutige Gesundheitspflege und ihre Aufgaben // Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, 1869. – N.1. – S.1–5.

37. Winiwarter V., Haidvogel G., Bürkner M. The rise and fall of Munich’s early modern water network: a tale of prowess and power // Water history. – 2016. – Vol.8 (3). – P.277–299.

38. Ghosh A. Claiming the city: Protest, crime, and scandals in colonial Calcutta, c. 1860–1920. – Oxford: Oxford university press, 2016. – 329 p.

39. The First Five Year Plan. A draft outline. – New Delhi: Government of India; Planning commission, 1951. – 296 p.
40. First Five-Year Plan, 1951–1956. – New Delhi: Planning Commission, 1951. – URL: <https://web.archive.org/web/20170804075046/http://www.planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.htm>
41. The Second Five-Year Plan, 1956–1961. – New Delhi: Planning Commission, 1956. – URL: https://web.archive.org/web/20170814144042fw_/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/2nd/2planch25.html
42. The Third Five-Year Plan, 1961–1966. – New Delhi: Planning Commission, 1961. – URL: https://web.archive.org/web/20170729084624fw_/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/3rd/3planch32.html
43. The Fourth Five-Year Plan, 1969–1974. – New Delhi: Planning Commission, 1969. – URL: https://web.archive.org/web/20170729080642fw_/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/4th/4ppre.htm
44. The Fifth Five-Year Plan, 1974–1979. – New Delhi: Planning Commission, 1974. – URL: https://web.archive.org/web/20170713231434fw_/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/5th/5planch5.html
45. The Six Five-Year Plan, 1980–1985. – New Delhi: Planning Commission, 1980. – URL: https://web.archive.org/web/20170729085131fw_/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/6th/6planch23.html
46. The Seventh Five-Year Plan, 1985–1990. Vol.2. – New Delhi: Planning Commission, 1985. – URL: https://web.archive.org/web/20170902093148fw_/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/7th/vol2/7v2ch12.html
47. The Eighth Five-Year Plan, 1992–1997. Vol.1. – New Delhi: Planning Commission, 1992. – URL: <https://web.archive.org/web/20170731160411/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html>
48. The Ninth Five-Year Plan, 1997–2002. Vol.2. – New Delhi: Planning Commission, 1997. – URL: <https://web.archive.org/web/20170731160411/http://planningcommission.nic.in/plans/planrel/fiveyr/welcome.html>
49. The Ten Five-Year Plan, 2002–2007. Vol.2. – New Delhi: Planning Commission, 2002. – 1190 p.
50. The Eleventh Five-Year Plan, 2007–2012. Vol.1. – New Delhi: Planning Commission, 2008. – 280 p.
51. The Eleventh Five-Year Plan, 2007–2012. Vol.2. – New Delhi: Planning Commission, 2008. – 219 p.
52. The Twelfth Five-Year Plan, 2012–2017. Vol.3. – New Delhi: Planning Commission, 2013. – 274 p.
53. Swachh Survekshan Grameen 2022. – New Delhi: Ministry of Jal Shakti; Department of drinking water and sanitation, 2022. – 98 p.

54. Михель И.В. Санитарные реформы в Гонконге (вторая половина XIX в. – начало XX в.) // Электронный научно-образовательный журнал «История». – 2022. – Т.13, №12 (122). – С.1–23.
55. Михель Д.В., Михель И.В., Малиновская О.Г. Санитарные реформы в Шанхае (вторая половина XIX – начало XX в.) // Социальные и гуманитарные науки. Отечественная и зарубежная литература. Сер. 9: Востоковедение и африканистика. – 2023. – №1. – С.127–154.
56. Needham J. Science and civilization in China. Vol.4. Physics and physical technologies. Part 2: Mechanical engineering. – Cambridge: Cambridge university press, 1965. – 759 p.
57. Needham J. Science and civilization in China. Vol.6. Biology and biological technologies. Part 2: Agriculture. – Cambridge: Cambridge university press, 1984. – 724 p.
58. Чжан Цзе. Проблемы урбанизации в современном Китае и направления их решения // Социология. – 2021. – №3. – С.46–52.
59. Progress on sanitation and drinking water – 2015 update and MDG assessment. – Geneva: World Health Organization, 2015. – 81 p.
60. World health statistics 2015. – Geneva: World Health Organization, 2015. – 161 p.
61. Hamlin C. Public health and social justice in the age of Edwin Chadwick, 1800–1854. – Cambridge: Cambridge university press, 2009. – 380 p.
62. Weindling P. Bourgeois values, doctors, and the state: the professionalization of medicine in Germany 1848–1933 // Blackbourn D., Evans R.J. (eds.) The German bourgeoisie: essays on the social history of the German middle class from the late eighteenth to the early twentieth century. – New York: Routledge, 2013. – P.198–223.
63. Rathi S. Importance of Gandhian thoughts about cleanliness. – URL: <https://www.mkgandhi.org/articles/gandhian-thoughts-about-cleanliness.html>
64. Swachh Bharat – Swachh Vidyalaya: a national mission. Clean India: Clean schools. A handbook. Delhi: Ministry of human resource development; Government of India, 2014. – 54 p.
65. MacKinnon S.R. Power and politics in late imperial China: Yuan Shikai in Beijing and Tianjin, 1901–1908. – Berkeley, Ca.: University of California Press, 1980. – 260 p.
66. Yip K.-C. Health and national reconstruction in nationalist China: development of modern health services, 1928–1937. – Ann Arbor: Association for Asian studies, 1995. – 293 p.
67. Chen C.C. Medicine in rural China: a personal account. – Berkeley: University of California press, 1989. – 218 p.
68. Bu L. Public health and the modernization of China, 1910–2015. – New York: Routledge, 2017. – 301 p.
69. Chairman Mao's health line inspires a district // Chinese medical journal. – 1973. – Vol.86 (7). – P.83.
70. Filariasis control in building Tachai-type counties // Chinese medical journal. – 1977. – Vol.3 (2). – P.107–108.
71. Huerkamp C. Ärzte und Professionalisierung in Deutschland: Überlegungen zum Wandel des Arztberufs im 19. Jahrhundert // Geschichte und Gesellschaft. – 6. Jahrg., H.3, Professionalisierung in historischer Perspektive. – 1980. – S.349–382.
72. Weindling P. Medicine and modernization: the social history of German health and medicine // History of science. – 1986. – Vol.24 (3). – 277–301.

73. Ackerknecht E.H. Rudolf Virchow: doctor, statesman, anthropologist. – Madison, Wis.: University of Wisconsin press, 1953. – 304 p.
74. Lehmann K.B. Max v. Pettenkofer und seine Verdienste um die wissenschaftliche und praktische Hygiene // Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, 1893. – N.25. – S.261–385.
75. Hardy A.I. Der Arzt, die Ingenieure und die Städteassanierung: Georg Varrentrapps Visionen zur Kanalisation, Trinkwasserversorgung und Bauhygiene in deutschen Städten (1860–1888) // Technikgeschichte. –2005. – Bd.72 (2). – S.91–126.
76. Rabl M. (Hrsg.) Rudolf Virchow, Briefe an seine Eltern 1839 bis 1864. – Leipzig: Verlag vom Wilhelm Enoelmann, 1907. –244 s.
77. Dr. B.C. Das Gupta // Indian Public Health Association. – URL: <https://www.iphaonline.org/awards-of-ipha/dr-b-c-das-gupta-b-sc-m-b-m-r-c-p-l-m-d-p-h-d-t-m-h/>
78. Government of India. Ministry of Health. Report of the Environmental hygiene committee, October 1949. – Simla: Government of India press, 1950. – 208 p.
79. Wu Lien-Teh (G. L. Tuck) and the Hulun Taotai. First report of the north Manchurian plague prevention service // The journal of hygiene. – 1913. – Vol.13 (3). – P.237–290.
80. Chen C.C. Public health in rural reconstruction at Ting Hsien: fourth annual report of the rural public health experiment in China // The Milbank memorial fund quarterly bulletin. – 1934. –Vol.12 (4). – P.370–378.
81. Chen C.C. The rural public health experiment in Ting Hsien, China // The Milbank memorial fund quarterly bulletin. – 1936. –Vol.14 (1). – P.66–80.
82. Фуко М. Надзирать и наказывать. Рождение тюрьмы. – М.: Ad marginem, 1999. – 479.
83. Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. – М.: Касталь, 1996. – 448 с.
84. Rosen G. From medical police to social medicine: essays on the history of health care. – New York: Science history publications, 1974. – 327 p.
85. Carroll P.E. Medical police and the history of public health // Medical history. – 2002. –Vol.46 (4). P.461–494.
86. Frevert U. Krankheit als politisches Problem 1770–1870; soziale Unterschichten in Preussen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. – Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1984. – 469 s.
87. Labisch A., Tennstedt F. Der Weg zum “Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens” vom 3 Juli 1934. Teil 1. – Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 1985. – 278 s.
88. Gordon C.A. Army hygiene. – London; Calcutta: John Churchill: R.C. Lepage, 1866. – 532 p.
89. Strachey J. The second and third sections of the report of the Commissioners appointed to inquire into the cholera epidemic of 1861 in northern India / with an account of the epidemic by the President of the Commission. – Calcutta: O.T. Cutter, Military orphan press, 1864. – 301 p.
90. Sixth annual report of the Sanitary Commissioner with the Government of India. – Calcutta: Office of the Superintendent of Government printing, 1870. – 423 p.
91. Suggestions in regard to sanitary works required for improving Indian stations prepared by the Barrack and Hospital Improvement Commission. In accordance with letters from the Secretary of State for India in Council, dated 8th December 1863 and 20th May

1864. – London: Printed by George Edward Eyre and William Spottiswoode for H.M.S.O., 1864. – 47 p.
92. Cunningham J.M. Report on the cholera epidemic of 1875 in India: (Being section 1 of the annual report of the Sanitary Commissioner with the Government of India for that year). – Calcutta: Office of the Superintendent of Government printing, 1876. – 55 p.
93. Ray K. History of public health: colonial Bengal, 1921–1947. – Calcutta: K.P. Bagchi & Co., 1998. – 378 p.
94. Неру Дж. Открытие Индии. Кн.2. – М.: Политиздат, 1989. – 507 с.
95. Benny G. Sanitation programmes: a glass half-full // *Economic and political weekly*. – 2009. – Vol.44 (8). – P.65–67.
96. Hunt M. The forgotten occupation: Peking, 1900–1901 // *Pacific historical review*. – 1979. – Vol. 48 (4). – P. 501–529.
97. Summers W. The Great Manchurian plague of 1910–1911: the geopolitics of an epidemic disease. – New Haven: Yale university press, 2012. – 216 p.
98. Tsu Jing. Failure, nationalism, and literature: the making of modern Chinese identity, 1895–1937. – Stanford, Ca.: Stanford university press, 2005. – 343 p.
99. Сунь Ятсен. Избранные произведения. – М.: Наука, 1985. – 758 с.
100. Watt J.R. Saving lives in wartime China: how medical reformers built modern healthcare systems amid war and epidemics, 1928–1945. – Leiden: Brill, 2014. – 339 p.
101. Tao-tai Hsia. Laws in public health // Quinn J.R. (ed.) *Medicine and public health in the People's Republic of China*. – Washington, DC: US Department of health, education and welfare, 1973. – 333 p.
102. Li Teh-Chuan. Ten years of public health work in new China // *Chinese medical journal*. – 1959. – Vol.79 (6). – P.483–488.
103. Zhou Xun. The people's health: health intervention and delivery in Mao's China, 1949–1983. – Montreal: McGill–Queen university press, 2020. – 368 p.
104. Yuanli Liu. China's public health-care system: facing the challenges // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2004. – No.82 (7). – P.532–538.

**В СЕРИИ ПРЕПРИНТОВ
РАНХиГС РАССМАТРИВАЮТСЯ
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ
И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ
К СОЗДАНИЮ, АКТИВНОМУ
ИСПОЛЬЗОВАНИЮ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ
ИННОВАЦИЙ В РАЗЛИЧНЫХ
СФЕРАХ ЭКОНОМИКИ
КАК КЛЮЧЕВОГО УСЛОВИЯ
ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ**



РАНХиГС

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ