

Владимир Шаламов

ORCID: 0000-0002-9482-9543

vladimir13x@ya.ru

Иркутский государственный университет
Исторический факультет
Россия

Политика управления системой здравоохранения на территории Восточной Сибири в 1920-е годы

Healthcare System Management Policy
in Eastern Siberia in the 1920s

Polityka zarządzania systemem ochrony zdrowia
na obszarze Wschodniej Syberii w latach dwudziestych

DOI: 10.34739/doc.2021.18.06

Аннотация: Целью автора является изучение создания и реформирования советской системы здравоохранения в Восточной Сибири в 1920-е гг. Исследование начинается с момента, когда Сибирь покинула администрация адмирала А.В. Колчака, а советская власть начала формировать собственную систему управления регионом. Советское медицинское руководство предполагало создать единую систему здравоохранения, что обозначало объединение всех медицинских организаций, подчиняющихся различным ведомствам. Военные действия не позволили слить военные и гражданские лечебные учреждения.

Ключевые слова: история здравоохранения, история медицины, медицинская администрация, Восточная Сибирь, военный коммунизм, Новая экономическая политика

Abstract: The author's aim is to study the creation and reformation of the Soviet system of healthcare in the Eastern Siberia in the 1920s. The study begins with the development of Siberia from the administration of Admiral A. V. Kolchak when the Soviet government began to form its own system of region management. The Soviet medical leadership was intended to create a unified healthcare system which involved the unification of all medical organizations subordinated to various departments. Military actions did not allow to merge military and civil medical institutions.

Keywords: history of healthcare, history of medicine, medical administration, Eastern Siberia, military communism, New Economic Policy

Abstrakt: Celem autora było zbadanie powstania i reformowania systemu ochrony zdrowia we Wschodniej Syberii w latach dwudziestych. Analizę rozpoczęto od formowania przez władze radzieckie własnego systemu zarządzania regionem, po pokonaniu wojsk admirała A. W. Kołczaka i zajęcia tych terenów. Kierownictwo medyczne ukierunkowane było wówczas na stworzenie jednego systemu ochrony zdrowia. Konieczne było więc zjednoczenie wszystkich organizacji medycznych podległych różnorodnym urządzeniom. Działania wojenne nie pozwoliły jednak na połączenie cywilnych i wojskowych instytucji medycznych.

Słowa kluczowe: historia ochrony zdrowia, historia medycyny, administracja medyczna, Wschodnia Syberia, wojenny komunizm, Nowa Polityka Ekonomiczna

Еще в сентябре 1919 г. по мере продвижения Красной армии за Урал в Челябинске был сформирован Сибирский революционный комитет (Сибревком), взявший на себя власть в огромном крае. Уже 23 сентября из Москвы был направлен уполномоченный Народного комиссариата здравоохранения (НКЗ) И.В. Мальцев, который совместно с фармацевтом П. Кузенским в течение двух месяцев перевез все эвакуированное медицинское имущество, оставленное Белой армией А.В. Колчака в Западную Сибирь¹.

Официально здравотдел при Сибревкоме (первоначально в Омске, затем в Новониколаевске) был образован 27 января 1920 г. К этому времени 5-я армия заняла Красноярск, а в феврале 1920 г. – Иркутск. Однако затор на железной дороге в районе станции Тайга и пандемия тифа не позволили отправить в Восточную Сибирь своих представителей для организации здравотделов на новых принципах. В итоге, они появлялись стихийно. Во главе губернских здравотделов оказывались случайные люди, которые, не разобравшись с множественными обязанностями, стремились поскорее освободиться от такой работы. Так, в Красноярске за год сменилось пять человек (И.А. Кислов, Л.М. Мильштейн, Г.В. Хаскин, А.Л. Серебров и А.П. Сергеев), из них Кислов был ветеринаром, а Мильштейн – студентом². В Иркутске во главе губздрава сменилось четыре человека (Ф.Н. Петров, Ф.В. Гусаров, К.Н. Русанов,

¹ *Материалы о деятельности Сибревкома. 1920*, Государственный архив Новосибирской области (ГАО). Ф. р-1. Оп. 1. Д. 142. Л. 1.

² *Ibidem*, Л. 3; А.П. Статейнов, *История Красноярского края*, Том 3, *Медицина*, Красноярск 2008, с. 52.

А.Н. Федоров)³. В Якутске в результате декабрьского восстания 1919 г. была установлена советская власть, но губернский здравотдел организовался лишь в марте 1920 г. во главе со старейшим врачом региона – И.Д. Бик⁴. Вследствие кадрового кризиса в Якутии смена произошла только в сентябре 1920 г., когда Бика сменил более активный Н.Г. Юдин, бывший одновременно еще и председателем губернского ревкома⁵.

После того как была организована инструкторская работа, а также налажена почтовая и телеграфная связь управление стало принимать более единообразный вид. Кадровый состав губернских здравотделов довольно сильно расширился, что являлось общей «болезнью» эпохи военного коммунизма. Были образованы лечебно-госпитальный, фармацевтический, санитарно-эпидемический, коммунальный, санитарно-статистический, военно-санитарный, судмедэкспертизы, водного транспорта, охраны материнства и младенчества и финансово-хозяйственный подотделы. Кроме того, выделились в виде секций – курортная, зубоврачебная, санитарно-просветительская и др. В уездах в течение 1920 г. также формируется своя администрация. Часто ее возглавлял врач или фельдшер. Кроме него в состав уездного здравоохранения входило несколько технических работников⁶.

В апреле 1921 г. образовалась Дальневосточная республика (ДВР). В структуре ее управления было создано министерство здравоохранения, которое возглавил известный революционный деятель Ф.Н. Петров. В связи с тем, что ДВР вело активные военные действия, министерство объединяло и военную, и гражданскую медицину, а также ветеринарную службу. Это позволяло более оперативно перебрасывать имеющиеся ресурсы из одной структуры в другую⁷.

³ А.И. Малоземова, *Из истории здравоохранения в Иркутской области*, Иркутск 1961, с. 97-99.

⁴ Приказы председателя Якутского временного ревкома от 18 марта 1920 года, «Известия Якутского временного революционного комитета» 1920, 19 марта, с. 1.

⁵ Выписка из протокола № 63 заседания Якутского губревкома от 13 сентября 1920 года, «Ленский коммунары» 1920, 16 сентября, с. 2.

⁶ Материалы о деятельности Сибревкома. 1920, ГАНО. Ф. р-1. Оп. 1. Д. 142. Л. 2; В.П. Николаев, *История здравоохранения Якутии в XX в.*, Москва 2007, с. 61.

⁷ Ф.Н. Петров, *65 лет в рядах ленинской партии. Воспоминания*, Москва 1962, с. 148.

Одновременно с ДВР была создана Бурят-Монгольская автономная область, в составе управления которой был сформирован отдел здравоохранения (бурздрав). Его особенностью стало то, что структура управления была усеченной. Открыли лечебно-госпитальный и санитарно-эпидемический подотделы, и, что необычно, подотдел тибетской медицины, хотя российские врачи того времени негативно оценивали методы лечения тибетских лам⁸.

Некоторые медработники дореволюционной России предполагали, что наличие ряда ведомственных и общественных медицинских организаций (железнодорожной, земской, городской, Красного Креста и др.) служит тормозом в деле оказания помощи населению. В силу этого в 1920 г. были слиты в одну организацию городская, земская, переселенческая, казачья и горная медицинские организации. В основном это оказалось полезным, поскольку позволяло концентрировать средства и ресурсы в одних руках и более рационально их использовать. Происходила значительная экономия на административном аппарате. Сложнее оказалось с транспортной медициной. С одной стороны требовалось осуществление единства медицины, с другой – мобилизационный характер работы на железнодорожном и водном транспорте требовал иной структуры, сходной с военной. В силу этого в начале 1920 г. было решено подчинить транспортную медицину сразу двум организациям: Сибирскому отделу путей сообщения (СибОПС) и Сибирскому отделу здравоохранения (Сибздраву) через соответствующие подотделы. СибОПС обеспечивал службу материально, а собственно медицинская часть была зоной ответственности Сибздрава⁹.

В железнодорожной медицине изменения были незначительными. Забайкальская железная дорога (глава И.Н. Кудринский) оказалась разделена границей и вдоль нее в течение всего 1920 г. шли военные столкновения. В декабре 1920 г. в связи с началом строительства Ачинско-Минусинской

⁸ М. Ербанов, *Бурят-Монгольская автономная область (Экономическое и статистическое исследование). Отчет совету труда и обороны на 1-е октября 1922 г.*, Иркутск 1922, с. 180.

⁹ *Иркутский рупвод. 9 февраля – 30 ноября 1921*, ГАНО. Ф. Р-95. Оп. 1. Д. 8. Л. 13.

железной дороги была учреждена медицинская секция Ачминдор во главе с доктором И.С. Глейхенгаузом¹⁰.

Из-за слабой материальной обеспеченности водный отдел здравоохранения (водздрав) не получил должного развития. Удалось восстановить Енисейский водздрав, который возглавил опытный врач Н.Д. Агеев. Енисей был разбит на три санитарных участка. В Иркутске удалось удержать от роспуска водздравотдел, во главе которого встал не менее опытный доктор А.М. Хоммер. Также было выделено три участка¹¹.

Военные медицинские учреждения оказались наименее подходящими для подчинения их гражданским службам. Здесь требовались более жесткие методы управления, тем более в условиях военных действий. В силу этого санитарное управление 5-й армии сохранило свою независимость от гражданских властей и подчинялось непосредственно командующему армией или соответствующему воинскому начальнику. Только в ДВР военная медицина была подчинена министерству здравоохранения, что не нравилось военным властям¹². Отчасти это стало возможно вследствие принципиальной позиции Ф.Н. Петрова, являвшегося сторонником идеи единства медицины¹³.

Никакого централизованного управления аптечными учреждениями до революции не существовало. В годы Гражданской войны в Иркутске были сосредоточены крупные склады медикаментов принадлежащих военному ведомству, Сибземгору, Российскому обществу Красного Креста (РОКК) и Американскому Красному Кресту. После установления советской власти большая их часть была вывезена в Новосибирск в центральный аптечный склад. То же самое, но в меньших размерах было в Красноярске. При губздравицах были образованы фармацевтические подотделы, во главе которых

¹⁰ *Документы врачебного отдела управления по постройке линии Ачинск – Абакан. 1920 – 1921*, ГАНУ. Ф. р-1071. Оп. 1. Д. 90. Л. 60.

¹¹ *Первый Губернский съезд Всемедикосантруд, «Ленский коммунары» 1921*, 9 июня, с. 1.

¹² *Отчеты, протоколы отделов Главного управления здравоохранением ДВР. 1920*, Государственный архив Забайкальского края (ГАЗК). Ф. р-181. Оп. 1. Д. 12. Л. 13-15.

¹³ *Протоколы и доклады 1-го объединенного совещания военно-гражданских врачей на территории ДВР 8-11 августа 1920 года. 1920 – 1921*, ГАНУ. Ф. р-1071. Оп. 1. Д. 97. Л. 27-78.

были поставлены опытные специалисты (в Красноярске – И.И. Гефтер, в Иркутске – П.-М.Л. Бейрах, в Якутске – Н.И. Петров, в ДВР – И.Г. Банкевиц). Все аптечные учреждения были национализированы. Практически при всех аптечных складах были созданы подсобные предприятия для изготовления медико-санитарного имущества, поскольку приобрести его откуда-либо было сильно затруднено. Обычно это были лаборатории, где изготавливали галеновые препараты, мази, микстуры. В Иркутске действовала оптическая мастерская¹⁴. По такому же сценарию создаются санитарно-курортные подотделы и зубоврачебные секции. Санитарно-техническим подотделам перешли ассенизационные обозы, бани, дезинфекционные камеры и т.д.

Дореволюционную организацию Красного Креста в Советской России в 1918 г. переформировали, и она принимала участие в помощи Красной армии. Однако при правительстве Колчака было создано Временное главное управление РОКК, действовавшее сначала в Омске, а с осени 1919 г. – в Иркутске. Ему подчинялись воссозданные общины сестер милосердия Красного Креста в Красноярске, Иркутске, Верхнеудинске (ныне Улан-Удэ) и Чите. После установления советской власти в Иркутске управление было расформировано, а имущество реквизировано. Общины сестер милосердия также были ликвидированы, сестры милосердия мобилизованы для работ в госпиталях. Судьба зданий РОКК определена в течение 1920-1923 гг. Основная их часть досталась органам здравоохранения. В Иркутске госпитали Красного Креста были переданы медфаку университета под клинические базы¹⁵. Так прекратилась в Восточной Сибири деятельность этой крупнейшей международной общественной организации.

¹⁴ *Документы о работе Сибфармподза за 1920-1921 годы. 1918 – 1921*, ГАНУ. Ф. р-1071. Оп. 1. Д. 14. Л. 1-13, 44, 49-50, 123-129.

¹⁵ *Переписка с Красноярским ливводздравом. 5 января 1922 – 25 августа 1925*, ГАНУ. Ф. р-95. Оп. 1. Д. 31в. Л. 11; Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова, *История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – 1960-е гг.)*, Улан-Удэ 2004, с. 101-102; Г.М. Гайдаров, А.Г. Шантуров, *Факультетские клиники Иркутского государственного медицинского университета (1920-1995)*, Иркутск 1995, с. 167-171.

Все частные лечебные учреждения после установления советской власти подлежали закрытию. Некоторые из них реквизировались. К примеру, в Иркутске по приказу начальника эвакуационного пункта Н.Г. Юдина от 5 марта 1920 г. лечебница доктора Л.С. Зисмана должна была поступить в распоряжение военного ведомства как амбулатория и стационар для красноармейцев больных глазными болезнями¹⁶. Доктор И.П. Михайловский, сочувственно относившийся к большевикам, сам передал физиотерапевтическую лечебницу властям, став в ней руководителем¹⁷. В Красноярске в 1920 г. у Общества врачей забрали аптеку, школу фельдшерниц и все прочие здания¹⁸. В ДВР частные и общественные учреждения еще работали до 1925 г. Так, в Чите в 1921 г. действовала американская зуботехническая лаборатория врача Я. Гуральского. Частные приемы вели также частные лица (А.Л. Архипова, Пак-Кункиси)¹⁹. В 1922 г. имелась лечебница женских болезней, организованная врачами Л.Б. Гельбард, В. Назанским, П.В. Сивериным, Т.М. Скибицкой и В.М. Шибковым²⁰.

Как известно, после X съезда компартии в марте 1921 г. Россия взяла курс на Новую экономическую политику (Нэп). Данная политика предполагала возвращение к рыночным методам экономики. Переход к Нэпу был болезненно воспринят всеми органами здравоохранения, поскольку большинство учреждений перевелти на местные маломощные бюджеты. За бюджетные ассигнования приходилось бороться. Если 1921 г. принимались только частные меры к сокращению, то бюджет 1922 г. был построен на жесткой экономии. Всем главам здраводелов предписывалось сокращать, прежде всего, административный и обслуживающий персонал, всячески сохраняя специалистов.

¹⁶ *Материалы о деятельности Иркутского губревкома. 1920 – 1921*, ГАНО. Ф. р-1. Оп. 1. Д. 375. Л. 28.

¹⁷ П. Маценко, *Доктор Михайловский*, «Восточно-Сибирская правда» 1968, 24 марта, с. 4.

¹⁸ А.П. Бердников, С.А. Лонина, *Красноярские врачи трех столетий 1822-2014 годы (Люди. События. Факты)*, Красноярск 2014, с. 236.

¹⁹ *Объявления*, «Дальневосточная правда» 1921, 21 августа, с. 2.

²⁰ Г.П. Лобанов, В.Г. Лобанов, *Амбулатории*, «Исторический курьер» 2001, 14 февраля, с. 1.

Реальная картина оказалась куда более жесткой. В течение 1921-22 гг. в губернских здравотделах происходит объединение ряда подотделов. Сокращаются статисты, из-за чего отчетность изобиловала пробелами. От некоторых функций органы здравоохранения были вынуждены отказаться. Так подотделы, отвечающие за строительство медицинских учреждений, передают отделам коммунального хозяйства бани, прачечные, парикмахерские и прочие учреждения. Детские приюты отдаются в ведение образования, а инвалидные дома – социального обеспечения. Отдел труда в Забайкалье даже пытался взять на себя функцию санитарной инспекции²¹. Медицинские отделы путей сообщения в целях экономии закрывают изопропункты (изоляция-пропускные пункты) и ряд лечебных учреждений²². Военно-санитарные управления закрывают эвакуационные пункты, а имущество передают местным властям по принадлежности. Сокращение сторожей, уборщиц, водовозов, курьеров и прочих подсобных рабочих заметно сказалось на внешнем виде лечебных учреждений и здравотделов. Их работа перекладывается на медицинский персонал. Постоянно наблюдались перебои с выдачей заработной платы, иногда по 3-4 месяца²³. С введением платного приема пациентов некоторые ведомства оказываются вынужденными оплачивать лечение своих работников в лечебных учреждениях других ведомств, что фактически приводило к возрождению ведомственности в медицине. В сложной ситуации оказались переселенцы, для которых не было создано специальных органов из-за принципа единства медицины. Однако после междуведомственного совещания в 1921 г. создается секция при губернских здравотделах, выполнявшая функции переселенческой медицины²⁴.

²¹ Доклад о деятельности Прибайкальского областного отдела здравоохранения ДВР. 3 марта 1920 – 1 октября 1921, ГАЗК. Ф. р-200. Оп. 1. Д. 3. Л. 6.

²² Приказы НКЗ РСФСР об обязанностях эвакуационного отдела Главного санитарного управления от 5 мая 1920 года. 1920 – 1922, ГАНО. Ф. р-1071. Оп. 1. Д. 79. Л. 11, 39, 144.

²³ Красноярский рупвод. 13 января – 13 декабря 1921, ГАНО. Ф. р-95. Оп. 1. Д. 9. Л. 55.

²⁴ Постановления СТО, инструкции и приказы Наркомздрава и Наркомата путей сообщения. 1919 – 1921, ГАНО. Ф. р-1071. Оп. 1. Д. 24. Л. 20.

В связи с тяжелым материальным положением большинства лечебных учреждений, ряд, прежде всего промышленных предприятий, изъявили свое согласие принять их на собственное обеспечение. В результате этого возникает сложная система управления. Сначала в марте 1922 г. в виде опыта передали тресту Сибуголь амбулатории и стационары, обслуживающие шахтеров. По договору сеть этих учреждений попадали в двойное подчинение. Сибуголь обеспечивал их материально, но не имел права вмешиваться в медицинскую часть²⁵. В течение 1922-23 гг. такая мера была распространена на районы золотодобычи и концессий (Лена-Голдфилдс Лимитед, Парлензолото, Алданзолото, Ензолото)²⁶.

Фармацевтическая служба полностью перешла на коммерческие рельсы. В Новониколаевске (Новосибирске) образовали специальное управление – Сибмедторг, а во Владивостоке чуть позже – Дальмедторг. В каждую губернию были высланы от этих организаций уполномоченные, которые и образовали местные отделения государственного аптечного управления (ГАПУ), не зависящие от губернских отделов здравоохранения. Все аптечные учреждения в уездах перешли в ведение уездных отделов здравоохранения, но к 1925 г. вошли подчинение медторгов²⁷. Якутия первоначально обеспечивалась медикаментами через Иркутское отделение ГАПУ, а в 1926 г. было образовано собственное АПУ. Уполномоченные обязаны были за наличный расчет или в кредит обеспечивать все медицинские учреждения региона, а также население медикаментами и медицинскими товарами²⁸.

В октябре 1921 г. вместо трех управлений при СибОПСе было образовано 8 линейных здравотделов, в том числе Красноярский (Чернореченская – Тулун) и Иркутский (Тулун –

²⁵ Положение о передаче медико-санитарных отделов угольных районов Сибуглю. 1920 – 1923, ГАНО. Ф. р-1071. Оп. 1. Д. 74. Л. 6.

²⁶ Договора общества «Лена-Гольфильдс-Лимитед» с Сибкрайздравом от 25 августа 1926 года. 1926 – 1927, Государственный архив Иркутской области (ГАИО). Ф. р-755. Оп. 2. Д. 10. Л. 14.

²⁷ Годовой отчет фармацевтического управления Иркутской губернии. 1 октября 1924 – 26 февраля 1926, ГАИО. Ф. р-853, Оп. 1, Д. 1, Л. 90, 131, 140, 189.

²⁸ М.А. Айзин, Лечебно-санитарное состояние Сибири за 1923 год, Новониколаевск [1923], с. 572-573.

мост на Селенге). Территория ДВР контролировалась здравоохранением Забайкальской дороги²⁹.

Возрождаются некоторые частные и общественные учреждения. Например, в Иркутске в 1921 г. оптическая мастерская была возвращена владельцу Науму Башуку и упоминается в документах до конца 1920-х гг.³⁰. В 1922 г. на базе Якутской губернии образуется Якутская автономная республика. В структуре ее управления был образован объединенный наркомат внутренних дел, в составе которого предусматривалось управление здравоохранением во главе с фельдшером Е.Г. Федоровым. В октябре 1923 г. был образован наркомат просвещения, здравоохранения и социального обеспечения (НКПЗС), куда и было передано управление здравоохранением. Управление возглавил врач Н.В. Гуцин. Сокращения в аппарате достигли таких размахов, что отчетность практически не велась³¹. В таком виде система управления здравоохранением в Якутии продержалась вплоть до 1930 г., когда был образован самостоятельный Наркомздрав.

В 1922 г., в связи с ликвидацией японской угрозы на Востоке и завершением активной фазы Гражданской войны, начинается процесс слияния ДВР с Советской Россией³². Структура управления осталась та же. На основе Прибайкальской губернии ДВР и Бурят-Монгольской автономной области была образована Бурят-Монгольская автономная республика, в состав которой отошли некоторые территории Иркутской (Тункинский, Аларский, Эхирит-Булагатский, Боханский аймаки) и Забайкальской (Агинский аймак) губерний. По образцу других автономий Союза осенью 1923 г. образован Наркомат здравоохранения, который возглавил весьма опытный врач из бурятского народа А.Т. Трубачев³³. Структура НКЗ Бурят-Монголии повторяла аналогичные отделы

²⁹ *Документы о реорганизации управления лечебно-санитарным делом в связи с созданием линейных железнодорожных отделов. 1921 – 1923*, ГАНО. Ф. р-1071. Оп. 1. Д. 197. Л. 13.

³⁰ *Протоколы врачебного совещания Киренского окрздрава. 1 октября 1928 – 20 февраля 1929*, ГАИО. Ф. р-1114. Оп. 1. Д. 22. Л. 70.

³¹ В.П. Николаев, *История здравоохранения Якутии в XX в.*, Москва 2007, с. 62-63.

³² *Отчет о работе Народного собрания ДВР 2-го созыва*, Чита 1922, с. 45.

³³ Д.Б. Батоев, С.Д. Батоев, Т.Д. Дугаржапова, *История здравоохранения...*, с. 97.

в сибирских губерниях РСФСР. Здесь также прошли сильные сокращения администрации: из 27 первоначально утвержденных работников центрального аппарата осталось всего 17. Бурмедторг по наследству от Бурят-Монгольской области локализовался в Иркутске, где был и центральный аптекарский склад. Из-за чрезвычайной скученности в Верхнеудинске Бурмедторг смог перебраться на новое место лишь в 1928 г. переброска осуществлялась неорганизованно. В Иркутске уволили персонал, а на новом месте еще не набрали, не были подготовлены помещения и инвентарь. В итоге значительные проблемы со снабжением населения и медицинских учреждений медикаментами³⁴.

Если в Якутской и Бурят-Монгольской автономных республиках на этом этапе реформирование завершилось, то для остальных регионов оно только начиналось. В течение 1925-26 гг. советская власть осуществило новую масштабную административно-территориальную реформу, сильно запутавшую для исследователей всю цифровую информацию. Взамен губерний были образованы более мелкие единицы – округа. Этим рассчитывалось приблизить администрацию к трудовому народу, сократить транспортные траты администраций, приблизить их к нуждам регионов. На территории Енисейской губернии было образовано пять округов – Ачинский, Красноярский, Канский, Минусинский и Хакасский. На базе Иркутской губернии выделили три округа – Иркутский, Тулуновский и Киренский. Забайкальскую губернию поделили на два округа – Читинский и Сретенский. К сожалению, реформа была совершенно не продумана. Невероятно сложно было вычислить состояние различных учреждений за прошлые годы в новых границах, без чего было невозможно понять результативность работы этих учреждений. Точно также трудно сопоставлять сведения за вторую половину 1920-х гг. со сведениями за 1930-е гг. Все это осложняется крайне низким уровнем предоставления и сохранности отчетной документации, что является одной из главных причин

³⁴ *Годовые отчеты за 1928-1933 годы Аптечного управления БМАССР. 30 сентября 1928 – 1 января 1933, Государственный архив республики Бурятия. Ф. р-840. Оп. 1. Д. 1. Л. 1, 58.*

отсутствия обзорных работ по истории здравоохранения в Восточной Сибири.

Естественно, что положение с организацией охраны народного здоровья было неодинаковым в различных округах. Порой разница была колоссальной. Например, в Иркутском округе административного персонала было в 2 раза больше Киренского. Из прошлого опыта вынесли необходимость в штате регистраторов и статистов. Тем не менее, штаты были слишком сжаты. В реальности, из-за частой смены работников оставшиеся вынуждены были нести обязанности отсутствующих. То же самое повторялось во время многочисленных командировок. К тому же окружные власти всячески стремились сэкономить на управлении, что приводило к тому, что финансирование по некоторым ставкам не открывалось «за отсутствием средств». Такая ситуация сложилась в Киренском округе, где вместо 9 было занято 7 ставок (одна по совместительству)³⁵. При этом в целом численность административных работников увеличилась. К примеру, в Енисейской губернии имелось 30 ставок административного персонала губернского здравоохранения, а в округах, образованных на базе этой губернии, суммарно – 62³⁶. Тем не менее, перегрузка работой были обычным состоянием административных работников. Многие из них вынуждены были закрывать собой образовавшиеся бреши в кадровом составе. Это совершенно лишало медработников времени для отдыха. Вдобавок, к обычной своей работе они вынуждены были участвовать в различных комиссиях, комитетах и совещаниях от партийных, комсомольских и профсоюзных организаций, участвовать в лекторской работе, выступать с докладами перед органами власти. Все это вело к текучке управленческого персонала. Дело доходило до того, что заведующими окружными здравоохранениями никто не хотел быть и должность поручалась молодому выпускнику медицинского факультета, который вынужден был нести эти обязанности,

³⁵ *Структура, штаты и характеристика должностей Киренского окрздрава. 2 января 1927 – 27 июля 1928*, ГАИО. Ф. р-1114. Оп. 1. Д. 10. Л. 127.

³⁶ *Отчет Красноярского окружного отдела здравоохранения за 1925 год. декабрь 1925 – 1926*, Государственный архив Красноярского края (ГАКК). Ф. р-319. Оп. 1. Д. 33. Л. 11.

отрабатывая стипендию, как это было, например, в Киренском округе³⁷.

В то же время властям приходилось мириться с низким уровнем ответственности руководителей на местах. В слабых и отдаленных округах такие руководители трудно поддавались контролю. Так, в Сретенском округе зав. окружным здравотделом фельдшер И.А. Соколов без санкции краевого управления под одобрение врачей взялся за строительство окружной больницы, израсходовав крупные суммы. Сменивший его в 1927 г. врач М.И. Шергов продолжил ту же линию. Только в 1928 г. краевое управление приступило к разбирательству, поскольку финансовое состояние окрздрава оказалось запутанным. Опасаясь ревизии, Шергов устроил пожар в окрисполкоме, но был уличен и в 1929 г. оба руководителя были осуждены за нецелевое использование казенных средств. К несчастью, во время пожара погибла вся отчетная документация окружного здравотдела и мы вынуждены пользоваться только косвенными источниками³⁸.

Задача подтянуть отдаленные местности до развитых центров была в тех условиях трудновыполнимой. Округа, в которых раньше располагались административные центры (Иркутск, Красноярск, Чита) были изначально лучше обеспечены. В них имелись специальные помещения для здравотдела, для жилья медработников, для размещения амбулаторий и стационаров, аптек, дезинфекционных камер, химико-бактериологических институтов и т.д. Вновь образованные центры (Абакан, Ачинск, Канск, Киренск, Минусинск, Сретенск, Тулун) имели только какой-то весьма ограниченный набор медицинских учреждений. Зачастую не было самого необходимого. Нередко приходилось отправлять пациентов по проторенной дороге в учреждения, которые раньше были в одной административной структуре, но в них принимать пациентов соседних округов были не обязаны. Часто возникали конфликты, связанные с требованием оплаты услуг. В конечном счете, под давлением

³⁷ Отчет о работе по охране материнства и младенчества Киренского окрздрава на 1 января 1929 года. 6 июня 1928 – сентябрь 1929, ГАИО. Ф. р-1114. Оп. 1. Д. 20. Л. 127.

³⁸ Годовые отчеты по расходам бюджета Сретенского окружного отдела здравоохранения. 1 октября – 31 декабря 1929, ГАЗК. Ф. р-1847. Оп. 1. Д. 2. Л. 9-11.

краевого здравоохранения иркутские, красноярские и читинские медучреждения становились межокружными. Прежде всего, это касалось услуг узких специалистов³⁹. Таким образом, медицинская помощь сильно различалась от того, в каком округе живет человек. В то же время стоит отметить, что со временем в регионах ситуация стала меняться к лучшему. Здесь значительную роль сыграло увеличение дополнительного налога с сельского населения – самообложения, который расходовался и на здравоохранение. Реальный сбор самообложения увеличился по исследуемому региону с 37,7% от сельхозналога в 1928 г. до 52,6% в 1930 г.⁴⁰. Выделенные на развитие здравоохранения средства пошли на создание в отстающих округах своих лабораторий, консультаций, туб- и вендиспансеров, а также для приглашения узких специалистов. Все это объясняет заметное увеличение медицинских учреждений и персонала в конце 1920-х гг.

Казалось бы, на местах вакханалия с административными пертурбациями к концу 1920-х гг. была изжита. Постепенно система начала устойчиво функционировать, но в связи с планами первой пятилетки предполагались новые административно-территориальные изменения. Начиная с 1929 г. происходит постепенная подготовка к ликвидации округов. В июле 1930 г. был образован Восточно-Сибирский край с центром в Иркутске. В его состав вошли Красноярский, Канский, Тулуновский, Киренский, Иркутский, Читинский и Сретенский округа и Бурят-Монгольская АССР. Якутская АССР сохранила самостоятельность. Ачинский, Минусинский и Хакасский округа были переданы Западно-Сибирскому краю. Восточная Сибирь с востока вернула дореволюционные очертания, а на западе утратила значительную часть территорий. Окружное деление было ликвидировано, как и окружные администрации. Районные власти стали подчиняться непосредственно краевым администрациям

³⁹ Объяснительная записка к годовому отчету о состоянии здравоохранения в Красноярском округе за 1928 год. 1 января 1928 – 1929, ГАКК. Ф. р-319. Оп. 1. Д. 380. Л. 56.

⁴⁰ В.А. Ильиных, «Самообложение» сибирской деревни в 1928 г., „Гуманитарные науки в Сибири” 2005, № 2, с.79-83.

в Новосибирске и Иркутске⁴¹. При этом ликвидация носила настолько хаотичный характер, что роспуск окрздоров порой предшествовала созданию райздоров, как это было, например, в Нижнеудинском районе бывшего Канского округа⁴². Перемены в администрации привели к хаосу в первые годы. Лучше ситуация оказалась в Якутской и Бурят-Монгольской АССР, где никаких серьезных изменений не произошло.

В итоге можно сказать, что принцип единства медицины, которого придерживались просоветские медики, дал положительные результаты. Удалось собрать вместе множество медицинских организаций. Это позволило решать многие проблемы более эффективно. Однако, армия, железная дорога, водный транспорт, горная промышленность требовали самостоятельных медицинских служб, что и было осуществлено. Переселение крестьян логичнее было бы выделить также в автономное существование, но принцип оказался выше логики. Многочисленные реформы в административно-территориальном устройстве регионов Восточной Сибири напрямую сказывались на управлении медицинскими службами. В целом это сильно дезорганизовывало нормальный ход работ. Вместе с тем опытным путем устанавливались оптимальные территориальные единицы управления, которые стабилизировались лишь к концу 1930-х гг.

Библиография / References

Arhivnye materialy: [Архивные материалы:]

Dogovora obšestva «Lena-Gol'fil'ds-Limited» s Sibkrajzdravom ot 25 avgusta 1926 goda. 1926 – 1927, Gosudarstvennyj arhiv Irkutskoj oblasti (GAIO) [Договора общества «Лена-Гольфильдс-Лимитед» с Сибк-райздрвом от 25 августа 1926 года. 1926–1927, Государственный архив Иркутской области (ГАИО)].

Doklad o deâtel'nosti Pribajkal'skogo oblastnogo otdela zdravoohraneniâ DVR. 3 marta 1920 – 1 oktâbrâ 1921, Gosudarstvennyj arhiv Zabaj-

⁴¹ В.Н. Казарин, *Теоретические и практические аспекты административных и территориальных преобразований в Восточной Сибири в 20 – 30-е гг. XX в.*, „Известия Иркутской государственной экономической академии” 2005, № 3-4, с. 95-103.

⁴² Г.В. Лавринович, *В Нижнеудинске нет райздора*, „Восточно-Сибирская правда” 1930, 5 сентября, с. 2.

- kal'skogo kraâ (GAZK) [*Доклад о деятельности Прибайкальского областного отдела здравоохранения ДВР. 3 марта 1920 – 1 октября 1921, Государственный архив Забайкальского края (ГАЗК)*].
- Dokumenty o rabote Sibfarmpada za 1920-1921 godu. 1918 – 1921, Gosudarstvennyj arhiv Novosibirskoj oblasti (GANO) [Документы о работе Сибфармпода за 1920-1921 годы. 1918–1921, Государственный архив Новосибирской области (ГАНО)]*.
- Dokumenty o reorganizacii upravleniâ lečebno-sanitarnym delom v svâzi s sozdaniem linejnyh železnodorožnyh otделov. 1921–1923, GANO. [Документы о реорганизации управления лечебно-санитарным делом в связи с созданием линейных железнодорожных отделов. 1921–1923, ГАНО.]*
- Dokumenty vračebnogo otдела upravleniâ po postrojke linii Ačinsk – Abakan. 1920–1921, GANO. [Документы врачебного отдела управления по постройке линии Ачинск – Абакан. 1920 – 1921, ГАНО]*.
- Godovoj otčet farmacevtičeskogo upravleniâ Irkutskoj gubernii. 1 oktâbrâ 1924 – 26 fevralâ 1926, GAIO. [Годовой отчет фармацевтического управления Иркутской губернии. 1 октября 1924 – 26 февраля 1926, ГАИО]*.
- Godovye otčety po rashodam bûdžeta Sretenskogo okružnogo otдела zdravooхранeniâ. 1 oktâbrâ – 31 dekabrá 1929, GAZK. [Годовые отчеты по расходам бюджета Сретенского окружного отдела здравоохранения. 1 октября – 31 декабря 1929, ГАЗК]*.
- Godovye otčety za 1928-1933 godu Apтеčnogo upravleniâ BMASSR. 30 sentâbrâ 1928 – 1 âнварâ 1933, Gosudarstvennyj arhiv respubliky Burâtiiâ. [Годовые отчеты за 1928-1933 годы Аптечного управления БМАССР. 30 сентября 1928 – 1 января 1933, Государственный архив республики Бурятия]*.
- Irkutskij rупvod. 9 fevralâ – 30 noâbrâ 1921, GANO. [Иркутский рупвод. 9 февраля – 30 ноября 1921, ГАНО.]*
- Krasnoârskij rупvod. 13 âнварâ – 13 dekabrá 1921, GANO. [Красноярский рупвод. 13 января – 13 декабря 1921, ГАНО]*.
- Materialy o deâtel'nosti Irkutskogo gubrevkoma. 1920–1921, GANO. [Материалы о деятельности Иркутского губревкома. 1920–1921, ГАНО]*.
- Materialy o deâtel'nosti Sibrevkoma. 1920, GANO. [Материалы о деятельности Сибревкома. 1920, ГАНО]*.
- Ob'âsnitel'naâ zapiska k godovomu otčetu o sostoâanii zdravooхранeniâ v Krasnoârskom okruge za 1928 god. 1 âнварâ 1928–1929, Gosudarstvennyj arhiv Krasnoârskogo kraâ (GAKK). [Объяснительная записка к годовому отчету о состоянии здравоохранения в Красноярском округе за 1928 год. 1 января 1928–1929, Государственный архив Красноярского края (ГАКК)]*.

- Otčet Krasnoârskogo okružnogo otdela zdravoohraneniâ za 1925 god. de-kabr' 1925–1926, GAKK. [Отчет Красноярского окружного отдела здравоохранения за 1925 год. декабрь 1925 – 1926, ГАКК].*
- Otčet o rabote po ohrane materinstva i mladenčestva Kirenskogo okrzdava na 1 âнварâ 1929 goda. 6 iŭnâ 1928 – sentâbr' 1929, GAIO. [Отчет о работе по охране материнства и младенчества Киренского окрздара на 1 января 1929 года. 6 июня 1928 – сентябрь 1929, ГАИО].*
- Otčety, protokoly otdelov Glavnogo upravleniâ zdravoohraneniem DVR. 1920, GAZK. [Отчеты, протоколы отделов Главного управления здравоохранением ДВР. 1920, ГАЗК].*
- Perepiska s Krasnoârskim linvodzdravom. 5 âнварâ 1922 – 25 avgusta 1925, GANO. [Переписка с Красноярским ливодздравом. 5 января 1922 – 25 августа 1925, ГАНО].*
- Položenie o predače mediko-sanitarnyh otdelov ugol'nyh rajonov Sibuglŭ. 1920 – 1923, GANO. [Положение о передаче медико-санитарных отделов угольных районов Сибуглю. 1920–1923, ГАНО].*
- Postanovleniâ STO, instrukcii i priказы Narkomzdrava i Narkomata putej soobšeniâ. 1919 – 1921, GANO. [Постановления СТО, инструкции и приказы Наркомздрава и Наркомата путей сообщения. 1919–1921, ГАНО].*
- Priказы NKZ RSFSR ob obâzannostâh èvakuacionnogo otdela Glavnogo sanitarnogo upravleniâ ot 5 maâ 1920 goda. 1920 – 1922, GANO. [Приказы НКЗ РСФСР об обязанностях эвакуационного отдела Главного санитарного управления от 5 мая 1920 года. 1920–1922, ГАНО].*
- Protokoly i doklady 1-go ob"edinennogo sovešaniâ voenno-graždanskih vračej na territorii DVR 8-11 avgusta 1920 goda. 1920–1921, GANO. [Протоколы и доклады 1-го объединенного совещания военно-гражданских врачей на территории ДВР 8-11 августа 1920 года. 1920 – 1921, ГАНО].*
- Protokoly vračebnogo sovešaniâ Kirenskogo okrzdava. 1 oktâbrâ 1928 – 20 fevralâ 1929, GAIO. [Протоколы врачебного совещания Киренского окрздара. 1 октября 1928 – 20 февраля 1929, ГАИО].*
- Struktura, štaty i harakteristika dolžnostej Kirenskogo okrzdava. 2 âнварâ 1927 – 27 iŭlâ 1928, GAIO. [Структура, штаты и характеристика должностей Киренского окрздара. 2 января 1927 – 27 июля 1928, ГАИО].*

Literatura: [Литература:]

- Batoev D.B., Batoev S.D., Dugaržapova T.D., *Istoriâ zdravoohraneniâ Burâtii (konec XVIII v. – 1960-e gg.)*, Ulan-Udè 2004. [Батоев Д.Б., Батоев

- С.Д., Дугаржапова Т.Д., *История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – 1960-е гг.)*, Улан-Удэ 2004].
- Berdnikov L.P., Lonina S.L., *Krasnoârskie vrači treh stoletij 1822-2014 godu (Lüdi. Sobytiâ. Fakty)*, Krasnoârsk 2014. [Бердников Л.П., Лонина С.Л., *Красноярские врачи трех столетий 1822-2014 годы (Люди. События. Факты)*, Красноярск 2014].
- Erbanov M., *Burât-Mongol'skaâ avtonomnaâ oblast' (Èkonomičeskoe i statističeskoe issledovanie). Otčet sovetu truda i oborony na 1-e oktâbrâ 1922 g.*, Irkutsk 1922. [Ербанов М., *Бурят-Монгольская автономная область (Экономическое и статистическое исследование). Отчет совету труда и обороны на 1-е октября 1922 г.*, Иркутск 1922].
- Gajdarov G.M., Šanturov A.G., *Fakul'tetskie kliniki Irkutskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta (1920-1995)*, Irkutsk 1995. [Гайдаров Г.М., Шантуров А.Г., *Факультетские клиники Иркутского государственного медицинского университета (1920–1995)*, Иркутск 1995].
- П'inyh V.A., «*Samobloženie*» sibirskoj derevni v 1928 g., „Gumanitarnye nauki v Sibiri” 2005, №2. [Ильиных В.А., «*Самообложение*» сибирской деревни в 1928 г., „Гуманитарные науки в Сибири” 2005, №2].
- Kazarin V.N., *Teoretičeskie i praktičeskie aspekty administrativnyh i territorial'nyh preobrazovanij v Vostočnoj Sibiri v 20 – 30-e gg. XX v.*, „Izvestiâ Irkutskoj gosudarstvennoj èkonomičeskoj akademii” 2005, № 3-4. [Казарин В.Н., *Теоретические и практические аспекты административных и территориальных преобразований в Восточной Сибири в 20 – 30-е гг. XX в.*, „Известия Иркутской государственной экономической академии” 2005, № 3-4].
- Lavrinovič G.V., *V Nižneudinske net rajzdrava*, „Vostočno-Sibirskââ pravda” 1930, 5 sentâbrâ. [Лавринович Г.В., *В Нижнеудинске нет райздрава*, „Восточно-Сибирская правда” 1930, 5 сентября].
- Lobanov G.P., Lobanov V.G., *Ambulatorii*, „Istoričeskij kur'er” 2001, 14 fevralâ. [Лобанов Г.П., Лобанов В.Г., *Амбулатории*, „Исторический курьер” 2001, 14 февраля].
- Mascenko P., *Doktor Mihajlovskij*, „Vostočno-Sibirskââ pravda” 1968, 24 marta. [Маценко П., *Доктор Михайловский*, „Восточно-Сибирская правда” 1968, 24 марта].
- Malozemova A.I., *Iz istorii zdavoohraneniâ v Irkutskoj oblasti*, Irkutsk 1961. [Малоземова А.И., *Из истории здравоохранения в Иркутской области*, Иркутск 1961].
- Nikolaev V.P., *Istoriâ zdavoohraneniâ Âkutii v XX v.*, Moskva 2007 [Николаев В.П., *История здравоохранения Якутии в XX в.*, Москва 2007].

- Ob'javleniâ*, „Dal'nevostočnaâ pravda” 1921, 21 avgusta. [Объявления, „Дальневосточная правда” 1921, 21 августа].
- Otčet o rabote Narodnogo sobraniâ DVR 2-go sozyva*, Čita 1922. [Отчет о работе Народного собрания ДВР 2-го созыва, Чита 1922].
- Pervyj Gubernskij s"ezd Vsemedikosantrud*, „Lenskij kommunar” 1921, 9 iûnâ. [Первый Губернский съезд Всемедикосантруд, „Ленский коммунарь” 1921, 9 июня].
- Petrov F.N., *65 let v râdah leninskoj partii. Vospominaniâ*, Moskva 1962. [Петров Ф.Н., 65 лет в рядах ленинской партии. Воспоминания, Москва 1962].
- Priказы predsedatelâ Âkutskogo vremennogo revkoma ot 18 marta 1920 goda*, „Izvestiâ Âkutskogo vremennogo revolûcionnogo komiteta” 1920, 19 marta. [Приказы председателя Якутского временного ревкома от 18 марта 1920 года, „Известия Якутского временного революционного комитета” 1920, 19 марта].
- Statejnov A.P., *Istoriâ Krasnoârskogo kraâ*, Tom 3, *Medicina*, Krasnoârsk 2008. [Статейнов А.П., История Красноярского края, Том 3, Медицина, Красноярск 2008].
- Vypiska iz protokola № 63 zasedaniâ Âkutskogo gubrevkoma ot 13 sentâbrâ 1920 goda*, „Lenskij kommunar” 1920, 16 sentâbrâ. [Выписка из протокола № 63 заседания Якутского губревкома от 13 сентября 1920 года, „Ленский коммунарь” 1920, 16 сентября].
- Ajzin M.L., *Lečebno-sanitarnoe sostoânie Sibiri za 1923 god*, Novonikolaevsk [1923]. [Айзин М.Л., Лечебно-санитарное состояние Сибири за 1923 год, Новониколаевск [1923]].

