

Много поступало жалоб от населения на необеспеченность банями. Многие бани располагались в непригодных помещениях, часто работали с перебоями, что вело к образованию больших очередей. Например, план мойки за 1 квартал 1961 г. не был выполнен. Баней № 1 было пропущено 28 600 чел., а баней № 2 — 15 840 чел. Кроме этого часто наблюдались случаи нарушения графика работы (*Там же*).

Таким образом, в 1950–1960-е гг. в Горно-Алтайской автономной области шло увеличение предприятий бытового обслуживания, где население получало возможность улучшить свои бытовые проблемы. Но качество обслуживания оставалось на низком уровне. Наблюдались сбои в организации общественного питания и предприятий бытового обслуживания. Это было связано с отдаленностью региона от центра и недостаточным руководством и контролем со стороны местных органов власти.

И. В. ОРЛОВА

СОЗДАНИЕ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ СЕТИ В ВОСТОЧНО-СИБИРСКОМ РЕГИОНЕ В ГОДЫ НЭПА

В начале 1920-х гг. перед советским государством, наряду с экономическими и политическими проблемами, вставало множество трудностей социального характера. Подорванное здоровье населения за годы гражданской войны, голода и разрухи превратили проблему обеспечения медицинскими услугами граждан в одну из острых. Сокращение численности трудоспособного населения на фоне разрушенной экономики ставило под угрозу попытку большевиков в кратчайшие сроки построить «новое» общество. Здоровье граждан советской республики стало делом государственной важности. О том, что большевистское руководство еще в 1919 г. осознавало всю важность выполнения государством этой функций, свидетельствуют пункты программы РКП(б) в области охраны народного здоровья: «...1) решительное проведение широких санитарных мероприятий в интересах трудящихся; 2) борьба с социальными болезнями; 3) обеспечение общедоступной, бесплатной и квалифицированной лечебной и лекарственной помощи...» (*В области охраны народного здоровья // КПСС в резолюциях... М.: Политиздат, 1970. Т. 2. С. 59*).

Административными органами, на которые возлагалось решение медико-социальных задач, стали отделы здравоохранения, входившие в состав губернских и уездных, (позднее окружных и районных) исполкомов. Одним из основных направлений в работе отделов здравоохранения стало создание сети лечебных учреждений.

Сильнейший удар по здоровью населения нанесли неизбежные спутники войны и голода — эпидемические заболевания, которые поразили регион в начале 1920-х гг. Многие лазареты и больницы за годы войны

пришли в негодность. В Иркутской губернии на 1 января 1921 г. действовало 11 больниц, способных разместить лишь 2 тыс. чел. (*Иркутская летопись 1661–1940 гг. / сост. Ю.П. Колмаков. Иркутск: Изд-во «Оттиск», 2003. С. 422*). В условиях масштабных заражений делало деятельность этих больниц малоэффективной. Сеть медицинских учреждений по Иркутской губернии на начало периода нэпа была представлена следующими учреждениями: фельдшерско-акушерской школой, центральной бактериологической станцией, школьным лазаретом на 75 детей, восемь изоляторами при крупных приютах и интернатах, двумя домами матери и ребенка в г. Иркутске и шестью по уездам, четырьмя детскими консультациями при яслях Иркутска и сотней яслей по губернии (ГАИО. Ф. Р-260. Оп. 1. Д. 267. Л. 6). Стоит отметить то, что не все эти учреждения работали в полном объеме. Многие из них были в непригодном состоянии, во многих не хватало медицинского персонала.

Новая экономическая политика внесла свои коррективы в создание медико-санитарной сети. Установление твердого государственного бюджета, утверждение государственного плана снабжения материальными, денежными и продовольственными ресурсами не могло не повлиять на положение местного здравоохранения. Остро встал вопрос относительно материального содержания медицинских учреждений, так как установленный жесткий бюджет Наркоматов мог обслужить только часть учреждений, состоящих на госбюджете, то наибольшие расходы ложились на совершенно неподготовленные местные бюджеты. Законодательно это было закреплено несколькими декретами ВЦИК и СНК, вышедшими в 1921 г., которыми утверждался принцип покрытия местных расходов местными же средствами. Следствием таких перемен стало сокращение сети учреждений, плохо продуманное и не приводящее к улучшению состояния тех немногих оставшихся.

В 1924 г. Иркутский городской Совет рабочих и красноармейских депутатов выделил на ремонтные работы больниц — 27 847 р., муниципальных домов — 64 353 р., на восстановление разрушенных домов — 13 027 р. (*Иркутская летопись ... С. 468*). Открытие новых больниц, особенно в уездах, могло повысить доступность медицинских услуг для сельского населения. Это, в частности, проявлялось и в таком обобщающем показателе, которым постоянно оперировали органы здравоохранения, как количество населения, приходящегося на одну больничную койку.

К концу 1924 г. в Сибири из общего числа 245 больниц (6 833 коек) на города приходилось 3 916 коек, т.е. городские больничные койки составляли 57,3%. Одна больница в городе приходилась приблизительно на 9 713, в селах — на 38 449 чел., 1 койка в городах — на 190 чел., в селах — в среднем на 2 346. Из всех сибирских губерний в Енисейской губернии этот показатель был самым прогрессивным, т.е. 1 койка на 1 874 чел. сельского населения, в Енисейской губернии было и наиболь-

шее число участковых больниц (*Архивное агентство администрации Красноярского края — АААКК. Ф. Р-319. Оп. 1. Д. 22. Л. 2*).

На все города Сибирского края приходилось 92 амбулатории, т.е. 1 амбулатория на 8 026 чел., в сельской местности существовало 213 амбулаторий и 390 фельдшерских пунктов, т.е. на 1 врачебную амбулаторию — 32 131 чел. В этом отношении Иркутская губерния выглядела значительно лучше остальных, в ней на 1 городскую амбулаторию приходилось 5 576 чел., на 1 сельскую — 21 074 (*Там же. Л. 4*). Тем не менее, резкая разница между городом и деревней была слишком очевидна, а это значит, что сельское население было практически не обеспечено медицинской помощью.

Руководство Сибири было серьезно обеспокоено сложившимся положением в народном здравоохранении края, в этой связи важным фактом стало то, что руководство Сибкрая предприняло попытку внедрения первой социальной программы местного уровня. Краевое начальство в 1924–1925 гг., еще накануне административно-территориальной реформы, выражало опасения, что «некоторые районы останутся без всякой медицинской помощи, многие районные центры, к которым будет тяготеть население района не будут иметь своих лечебных заведений» (*Там же. Л. 4об*). В таких условиях был предложен, а после и утвержден единый общесибирский план строительства сельской сети здравоохранения, рассчитанный на ряд лет. Несостоятельность этого плана довольно очевидна, так как для его осуществления ежегодно, в течение 5 лет требовалось в каждом из 232 проектируемых районах открывать 50 больниц (703 койки), 7 врачебных амбулаторий, 48 зубных амбулаторий, для этого необходимо было 11 833 470 р., а с учетом привлечения специалистов — 16 384 772 р. (*Там же. Л. 5об, 6*). Потребность в сельских врачах на 1 мая 1926 г. в Ачинском округе составила 6 мест, в Красноярском — 7, в Минусинском — 4, в Канском — 8, в Иркутской губернии — 22 (*ГАИО. Ф. Р-399. Оп. 1. Д. 1. Л. 268 об*).

По данным Иркутского здравотдела в 1925/26 г., в г. Иркутске 1 больничная койка приходилась на 188 чел., в 1926/27 г. — на 185, в 1927/28 г. — на 181. Такой уровень медицинской помощи был недостаточен и сильно отставал от норм, предусмотренных Наркомздравом: 1 койка на 150 чел. городского населения (*Там же. Ф. Р-1093. Оп. 1. Д. 2. Л. 2*). В Красноярском округе в 1925/26 г. на 1 койку приходился 3 451 житель, на 1 врача — 33 455 (*Там же. Д. 22. Л. 11*).

Население Иркутского округа в 1927 г. только на 32% было городским, остальные 68% или 280 457 чел. проживало в сельской местности (*Там же. Д. 2. Л. 1*). На все сельское население Иркутского округа приходилось 169 больничных мест и 22 фельдшерских пункта, т.е. в среднем на 1 койку приходилось 1 680 сельских жителей, а на 1 врача — по одним данным 7 852 по другим — 8 070 (*Там же. Л. 15*). Радиус охвата самого маленько-

го врачебного участка в Заларинском районе составлял 28 верст, самого большого в Усть-Удинском районе — 66 верст. Отопление, освещение и питание больных сельских больниц из-за сокращения ассигнований по местному бюджету было недостаточным. Транспортными средствами был обеспечен только Усольский район. В 1927 г. был сокращен и отпуск средств на медикаменты в сельской местности с 8 до 6 к. (на одно амбулаторное посещение), при общем росте амбулаторной посещаемости это приводило к дефициту медикаментов на участках.

На протяжении 1920-х гг. сохранялся значительный разрыв между городом и сельской местностью. В условиях провозглашенного партией курса «Лицом к деревне» неблагополучное положение с медицинским обеспечением крестьянства грозило возникновением существенного препятствия на пути укрепления «смычки с трудовым крестьянством». Однако, в то же время было очевидным, что затраты на преодоление отставания слишком велики, и за счет местных средств проблему решить очень трудно, а в некоторых округах даже не возможно. Так возникал риск, что сельские жители останутся без квалифицированной помощи, один на один со знахарями и повитухами.

На всем протяжении 1920-х гг. финансовая политика центральных властей в медико-социальной сфере была неизменна, государство ограждало себя от материальной помощи регионам, оставляя местные власти один на один с трудноразрешимой ситуацией. Даже к концу нэпа основная доля в финансировании здравоохранения принадлежала местному бюджету (59%), значительная часть поступала из средств социального страхования рабочих и служащих (30%), от спецсредств — 0,2%, кредиты Сибкряя составили 9,4%, тогда как государственная помощь выражалась в 1,4%. Восьми лет существования нэпа не хватило, чтобы реализовать намеченные мероприятия в сфере здравоохранения. Улучшение многих медицинских показателей имело слишком медленные темпы развития и концентрировалось в основном на городской части населения.

П. П. ПУШМИН

**ПОДГОТОВКА И ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ
РАБОТНИКОВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ В 1946–1985 гг.
(на примере предприятий лесопромышленного комплекса
Ангаро-Енисейского региона)**

Развитие лесопромышленного комплекса Ангаро-Енисейского региона немислимо без обучения и повышения квалификации его трудовых коллективов. Вместе с тем в течение 1990-х гг. государственная система подготовки рабочих лесных специальностей была разрушена. В формирующихся ныне корпоративных учебных заведениях, обучение работников