

Е.А. Чечкин.
Екатеринбург

**ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА
ПРЕДПРИЯТИЯХ УРАЛО-КУЗБАССА В
ГОДЫ ПЕРВЫХ ПЯТИЛЕТОК**

Автор исследовал генезис системы здравоохранения в новых промышленных центрах Урало-Кузнецкого комбината. Выделены основные этапы развития. Рассмотрены основные проблемы. Охарактеризованы причины и движущие силы происходящих изменений.

Ключевые слова: Урало-Кузнецкий комбинат, здравоохранение, социальная история, региональные исследования.

E.A. Chechkin.
Ekaterinburg

**MAIN STAGES OF DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH AT THE
ENTERPRISES OF THE URALO-KUZBASS IN
DURING THE FIRST FIVE YEARS**

Abstract: the author studies the genesis of the health care system in the new industrial centers of the Ural-Kuznetsk Combine. The basic stages of development. The main problems. We characterize the causes and driving forces of change. Keywords: Ural-Kuznetsk Combine, health care, social history, regional studies.

Задача статьи состоит в анализе системы здравоохранения Урало-Кузбасса (через выделение основных этапов) на основании данных по Магнитогорску, Сталинску, а также отдельных территориально-производственных частей. Отметим, что Урало-Кузнецкий комбинат (УКК) представлял собой межрегиональное объединение производственных сил Урала и Западной Сибири, развернутое в годы советской индустриализации, которое было реализовано в форме кооперации металлургических заводов Урала и угольных предприятий Кузбасса. Проблема генезиса системы здравоохранения УКК в годы первых пятилеток комплексно никогда в историографии не прорабатывалась.

В указанных хронологических рамках (1929 – 1937 гг.) целесообразно выделить основные этапы развития здравоохранения в хронологических рамках исследования (1929 – 1937 гг.), дать каждому из них характеристику, сделав акцент на основных проблемах. Критерием является качественно-количественное изменение инфраструктуры. Мы выделили два основных этапа: 1) 1929 – 1932 гг.; 2) 1933 – 1937 гг.

1. На первом этапе (1929 – 1932) развертывание сети здравоохранения в Урало-Кузнецком комбинате велось экстенсивным путем и носило стихийный характер. В чем это проявлялось? Например, в Магнитогорске, согласно отсчету Горсовета, развертывание комплекса лечеб-

ных учреждений в эти годы было с начала до конца ошибочным. Сеть была рассчитана на город с населением только 50 тыс. чел. и отдельные лечебные заведения были построены на территории строительства без учета будущего расселения города. Так были выстроены первая больница на территории 4-го участка и 4 амбулатории. В результате, когда в 1931 г. начался быстрый рост города, органы здравоохранения не смогли развернуть своей работы в необходимом объеме, что и предопределило широкое и почти беспрепятственное развитие эпидемий²³².

Особенно тяжелое положение было на Кузнецстрое. Здесь к сентябрю 1931 г. функционировала всего лишь одна больница на 273 койки (65 терапевтических, 100 инфекционных, 65 хирургических, 23 гинекологических, 25 родильных) и две амбулатории с 30 приемами каждая. Причем амбулатории находились в неудобных, непригодных помещениях. И это притом, что население города в это время достигло 140 тыс. чел. [1, с. 8 – 9]

На этом этапе можно выделить следующие проблемы, которые являлись наиболее острыми в системе здравоохранения: Урало-Кузбасса: 1) работа практически всех здравпунктов не была построена на профилактические рельсы, а занималась исключительно ликвидацией уже имеющихся очагов заболеваний; 2) амбулатории были значительно перегружены, а их количество не охватывало полностью все население УКК; 3) имели место регулярные отказы в медицинском обслуживании на дому всех категорий рабочих; 4) существующая сеть больниц была совершенно неудовлетворительно укомплектована кадрами; 5) отсутствовал систематический контроль со стороны местных горсоветов за санитарным состоянием коммунальных предприятий городов Урало-Кузбасса (бань, прачечных, парикмахерских и так далее); 6) недостаточная сеть ясель и женских консультаций.

Лечебно-профилактическую работу на этом этапе можно охарактеризовать сравнительно удовлетворительным состоянием больничной помощи и неудовлетворительным состоянием всех видов внебольничной помощи. В 1929 – 1931 гг. фактически инфраструктура здравоохранения УКК никак не развивалась, после чего начинается «количественный бум» - многократный рост больничных койко-мест, который заметно приостановился к началу 1933 г.

Перейдем к конкретным примерам. В Магнитогорске в 1931 г. функционировало 5 больниц, которые имели в своем распоряжении 950 коек (535 общих и 415 инфекционных), а уже к 1932 г. – 7 больниц, располагающих 1482 койками (7,6 мест на 1000 чел.)²³³. В Сталинске в 1932 г. насчитывалось 805 больничных коек, то есть на 1000 чел. приходилось 4,02 койки. Нарушая все графики, с большими трудностями, недо-

²³² МГА. Ф. 10. Оп. 1. Д. 10. Л. 20.

²³³ МГА. Ф. 10. Оп. 1. Д. 47. Л. 8.

делками в Кузбассе были выстроены в течение первой пятилетки помимо небольших больниц, амбулаторий типовые больничные здания: Анжерская больница на 400 коек, Прокопьевская – на 250, Ленинская – на 150, Беловская – на 100²³⁴. Эти данные свидетельствуют о том, что фонд обеспеченности больничными местами из года в год рос, улучшая больничное обслуживание Урало-Кузбасса.

Однако эти цифры были по-прежнему были далеки от плановых показателей. При норме, определенной Наркомздравом в 9,7 больничных мест на 1000 чел., в Кузбассе в 1932 г. подобная цифра составляла 4,75, а в Магнитке – 7,6. Обращает на себя внимание тот факт, что в Уральской части УКК ситуация с обеспеченностью больничными местами была значительно лучше, чем в Кузбассе. Это отражается практически в двукратной разнице количества больничных коек на душу населения.

Количественный рост инфраструктуры в эти годы не дополнялся улучшением качества поликлинического обслуживания. Большинство клиник не имело лабораторий, физиотерапевтических и рентгеновских кабинетов. Существовала проблема очередей, отказов и кадров (особенно по общим специальностям, терапии и хирургии)²³⁵.

То есть мы можем сделать вывод, что в 1929 – 1932 гг. происходит становление системы здравоохранения Урало-Кузбасса. Она проходит экстенсивный этап своего развития. Например, по сравнению с 1931 г., больничная сеть Магнитогорска выросла в 1932 г. на 36%, а в Сталинске – на 295%. Понятно, что все это не могло не отразиться в худшую сторону на качестве медицинского обслуживания.

На втором этапе (1933 – 1937 гг.) развертывание сети здравоохранения в своем большинстве было закончено. Экстенсивное развитие должно было сменить интенсивное, как уже было, например, в системе образования. Но на деле этого не произошло. Этот этап мы охарактеризовали как «стагнация системы здравоохранения УКК». Конечно, некоторые качественные изменения все-таки были, но в целом проследить какой-либо позитивный вектор развития в эти годы достаточно сложно.

По нормам Наркомздрава (9,6 коек на 1000 населения) Магнитогорск должен к 1937 г. был бы иметь на 250 тыс. населения $9,6 \times 250 = 2400$ больничных коек. Однако по факту в данное время имел всего 1366 коек (5,47 коек на 1000 чел.). То есть за эти 5 лет коечный фонд не только не вырос, но и заметно сократился (примерно на 33%). Все это привело к постоянным отказам в больничном лечении, а также невероятной перегрузке отделений²³⁶.

²³⁴ КПСС в резолюциях... Т.6. С. 121.

²³⁵ МГА. Ф. 10. Оп. 1. Д. 10. Л. 5.

²³⁶ МГА. Ф. 10. Оп. 1. Д. 226. Л. 6.

В Кузбассе на 1000 чел. к 1937 г. приходилось 5,3 койки, то есть за 5 лет фактически никакого роста инфраструктуры не была (+0,6 койки от уровня 1932 г.), а общее количество койко-мест составило 4475. За вторую пятилетку здесь было полностью закончено строительство больничных городков в Ленинск-Кузнецком, Прокопьевске и Анжеро-Судженске [2, с. 82].

Еще хуже обстояло дело с качественным состоянием больниц Урало-Кузбасса. В Магнитогорске абсолютно все больницы находились в бараках, не отвечающих ни в коей степени никаким нормам больниц. А инфекционная больница была помещена в разрушающихся временных зданиях на шлаковой свалке²³⁷. То есть ни одного капитального здания за все эти годы в городе построено не было.

В Сталинске функционировало 9 больниц с 1143 койками. Все больницы были переуплотнены, что влекло за собой нарушение санитарно-гигиенических требований по уходу и лечению больных. Но главная беда заключалась в том, что они по-прежнему размещались в рубленых и насыпных бараках временного типа, выстроенных в болотистой местности в 1931 – 1932 гг. в момент разгара строительства Кузнецкого комбината. Базисная больница №1 на 610 коек была развернута в 12 бараках, требовавших бесконечного ремонта. Председатель Сталинского городского совета Лебедев и заведующая городским отделом здравоохранения Редькина в докладной записке на имя председателя Сибкрайисполкома от 15 июня 1936 г. красочно описали состояние этих бараков: «половые балки, срубы венцов заражены грибком и превращены в труху, местами обваливается подполье, ... полы прогнили. ... Нижняя часть стен поражена грибком, переборки садятся и в потолках имеются щели. Штукатурка внутри и снаружи трескается и обсыпается. Приборы центрального отопления, водопровода перекошены и имеется течь в соединениях» [2, с. 79].

Обращает на себя внимание тот факт, что с 1929 по 1932 гг. медицинская сеть развивалась идентично системе образования. В 1929 – 1931 г. здесь вообще отсутствовала какая-либо комплексная работа, в 1931 – 1932 г. начался мощный количественный рост инфраструктуры. На втором этапе (1933 – 1937 гг.) ситуация резко меняется. В образовании происходит существенный качественный рост, а система здравоохранения начинает стагнировать.

Теперь попытаемся разобраться в причинах и движущих силах всех существующих проблем в системе здравоохранения УКК. Во-первых, на политику в области здравоохранения повлияла общая неэффективность сталинской модели управления для решения социальных задач. В этой системе реальное положение дел знало только ограничен-

²³⁷ ОГАЧО. Ф. П-288. Оп. 2. Д. 609. Л. 22.

ное количество управленцев, они же принимали реальные решения. Такая организация могла функционировать только при жесткой партийной иерархии, которая в свою очередь была тесно интегрирована с хозяйственной, профсоюзной и другими иерархиями. Система управления не была ориентирована на социальные нужды населения. Партия постоянно вмешивалась во все хозяйственные дела, что приводило к неблагоприятным последствиям.

А во-вторых, имели место неорганизованные действия субъектов управления социальной политикой на всех уровнях (государственный, региональный, местный). Например, комиссии Госплана и ВСНХ по УКК во многом вели параллельную работу, так как каждый из них самостоятельно обращался к объединениям, давал задания и так далее. То есть никакой программы, разграничивающей функции ВСНХ и Госплана, долгое время не было выработано²³⁸.

На региональном уровне функционировало большое количество самых разнообразных хозяйственных объединений: Востокосталь, Востокуголь, Новосталь, Энергококс, Цветметзолото и так далее. Нам удалось найти сведения о том, что эффективность работы этих организаций оставляла желать лучшего. Ни в одной из них не был разработан конкретный план финансирования технических мероприятий школьного или больничного строительства. Некоторые из них даже банально не знали, сколько именно средств они должны ассигновать средств на эти области, так как эти расходы шли у них по общей номенклатуре²³⁹.

На местном уровне тоже было много проблем и неувязок. Во-первых, местные горсоветы практически не имели собственной финансовой базы, поэтому были вынуждены использовать средства заводов и других источников. Во-вторых, первоначальные расходы на образование и здравоохранение постоянно урезались и изымались в пользу промышленного развития. В-третьих, существовала проблема структурной организации местных здравотделов и отделов народного образования. Например, в Магнитогорске здравотдел к 1938 г., практически, не посещал больницы, ограничившись редкими заседаниями, связанными с констатацией проблем.

Можно сделать вывод, что сложившаяся система здравоохранения не могла в полной мере удовлетворять потребности населения и способствовать улучшению качества жизни. Однако нельзя забывать, что важнейшей задачей для государства в эти годы было не забота о населении, а создание второй угольно-металлургической базы СССР, в рамках которой система здравоохранения была «пятым колесом». Следуя этой логике, неразвитость медицины можно оправдать реализацией государственной стратегии.

²³⁸ ГАРФ. Ф. 7952. Оп. 5. д. 185. Л. 232.

²³⁹ ГАРФ. Ф. 7952. Оп. 5. д. 185. Л. 227.

Библиографический список

1. *Афанасьев Н.А., Хореев В.И.* Медико-санитарное обслуживание Кузнец-
строя // Сибирский медицинский журнал. 2005. №10.
2. *Леонтьева Н.Т.* Политика советской власти в развитии здравоохранения
Кузбасса в 1920-30-е годы. Кемерово, 1996.