

Д.Л. Островкин
М.В. Попов*

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ УРАЛЬСКОЙ ДЕРЕВНИ В 1920–1930-Е ГОДЫ

doi:10.31518/2618-9100-2023-1-17
УДК 93/94

Выходные данные для цитирования:
Островкин Д.Л., Попов М.В. *Здравоохранение и санитарно-эпидемическое состояние уральской деревни в 1920–1930-е годы // Исторический курьер. 2023. № 1 (27). С. 208–219. URL: <http://istkurier.ru/data/2023/ISTKURIER-2023-1-17.pdf>*

D.L. Ostrovkin
M.V. Popov*

HEALTH CARE AND SANITARY-EPIDEMIC STATE OF THE URAL VILLAGE IN THE 1920–1930S

doi:10.31518/2618-9100-2023-1-17

How to cite:
Ostrovkin D.L., Popov M.V. *Health Care and Sanitary-Epidemic State of the Ural Village in the 1920–1930s // Historical Courier, 2023, No. 1 (27), pp. 208–219. [Available online: <http://istkurier.ru/data/2023/ISTKURIER-2023-1-17.pdf>]*

Abstract. On the basis of federal and regional archives the article describes one of the understudied aspects of country life in the 1920s and 1930s connected with the establishment of a network of healthcare facilities, medical treatment and sanitary and phyto-sanitary measures in villages. The article argues that those measures established a state healthcare and medical treatment system in that period based on the principles of centralization, uniformity and free-of-charge basis of medical care. At the first stage (1920s), the government, alongside state financial support, took money from the agricultural sector to finance healthcare. But in the 1930s, the village was in decline because of collectivization and hunger, and no money could be taken from the village people. As a result of modernization of the 1930s aimed at industrial development, money was channeled to the needs of industry, and agriculture was severely underfinanced. Consequently, healthcare in the village faced serious problems as it was funded residually by the Bolsheviks. At the same time in the mid-1930s due to stabilization and improvement of life in the village and rise of the living standards of the population, the state regulates and develops the healthcare network with the help of financial support from collective farms (known as kolkhoz) and state farms (sovkhoz). This allowed to increase the number of hospitals and ambulance stations, as well as the number of doctors in the Urals villages in late 1930s early 1940s; sanitation of villages was improved. There were no epidemics of smallpox in the Urals anymore; outbreaks of typhus were very rare. However these results should not be overestimated. Before the Great Patriotic War the health situation and sanitation in the Urals were on the same level as in the Russian SFSR in general, but they were much worse than those in the Western Europe and in the USA.

Keywords: health care, Urals, medicine, village, collectivization, sanitation, epidemics, mode of life, peasantry.

The article has been received by the editor on 17.11.2022. Full text of the article in Russian and references in English are available below.

* **Денис Леонидович Островкин**, кандидат исторических наук, Уральский государственный лесотехнический университет, Екатеринбург, Россия, e-mail: ostrovkin.denis@yandex.ru

Denis Leonidovich Ostrovkin, Candidate of Historical Sciences, Ural State Forest Engineering University, Yekaterinburg, Russia, e-mail: ostrovkin.denis@yandex.ru

Михаил Валерьевич Попов, доктор исторических наук, Уральский государственный педагогический университет, Екатеринбург, Россия, e-mail: m-v-popov@yandex.ru

Mikhail Valerievich Popov, Doctor of Historical Sciences, Ural State Pedagogical University, Yekaterinburg, Russia, e-mail: m-v-popov@yandex.ru

Аннотация. Авторы на материалах федеральных и региональных архивов исследуют один из недостаточно изученных аспектов деревенской жизни 1920–1930-х гг. – формирование сети сельских учреждений здравоохранения, оказание медицинских услуг жителям села и проведение санитарно-гигиенических мероприятий в деревне. Исследователи доказывают, что в данный период была создана государственная система здравоохранения и медико-санитарного обслуживания основанная на принципах централизации, единства и бесплатности медицинской помощи. При этом для первого этапа (1920-е гг.) характерно привлечение средств крестьянства для материальной поддержки здравоохранения, что проводилось наряду с бюджетным финансированием, однако это оказалось абсолютно невозможным на втором этапе (1930-е гг.) из-за разорения деревни, связанного с насильственной коллективизацией и голодом. В результате проходившие в 1930-е гг. модернизационные процессы, связанные прежде всего с индустриальным развитием Уральского региона, обусловили изъятие значительных средств из сельского хозяйства, вследствие чего государственное финансирование сельской медицины сталкивалось с серьезными трудностями и осуществлялось большевистским руководством по остаточному принципу. В то же время в середине 1930-х гг. в результате стабилизации ситуации в деревне и общем подъеме жизненного уровня населения в стране государство в сельской местности переходит к упорядочению и расширению сети медицинских учреждений, привлекая средства колхозов и совхозов. Это позволило расширить число больниц и амбулаторий, количество врачей в сельской местности на Урале в конце 1930-х – начале 1940-х гг., провести мероприятия по улучшению санитарного и бытового состояния деревни. В результате в Уральском регионе ушли в прошлое эпидемии оспы, значительно сократились вспышки сыпного тифа. Однако вряд ли следует переоценивать достигнутые результаты. Накануне Великой Отечественной войны уровень санитарно-эпидемического состояния и медицинского обслуживания сельского населения Урала не был хуже, чем в целом по РСФСР, однако значительно, в полтора-два раза, уступал показателям городской медицины.

Ключевые слова: здравоохранение, Урал, медицина, уральская деревня, коллективизация, быт, крестьянство.

Статья поступила в редакцию 17.11.2022 г.

Качество медицины и поступательное здоровьесбережение граждан страны составляют базовые принципы социального государства и общества, формируют его успешное развитие. Однако состояние системы здравоохранения в РФ в результате перехода к рыночным отношениям в значительной степени не оказало должного положительного влияния на медицинское обслуживание населения. Перманентные реформы медицинской системы не только не дали благоприятного результата, но в значительной мере ухудшили ситуацию. Так, в отчете об аудиторской проверке Счетной палаты РФ в 2020 г. прямо констатируется, что на 1 января 2019 г. 14 % (из 116 865) медицинских учреждений России находятся в аварийном состоянии, в которых невозможно проводить работу (отсутствует водопровод (30,5 %), горячее водоснабжение (52,1 %), центральное отопление (41,1 %) и канализация (35 %))¹.

Между тем невозможно отрицать тот факт, что, несмотря на ряд недостатков, в СССР, в том числе на Урале, в 1920–1930-е гг. складывается государственная система здравоохранения, которая улучшила обеспечение населения качественной и бесплатной медицинской помощью.

Особые трудности в первые десятилетия советской власти представляла организация медицинского обслуживания и улучшение санитарно-эпидемического положения в деревне, поскольку модернизация, проходившая в этот период, в большей степени проходила за счет

¹ Отчет о работе направления аудита здравоохранения и спорта Счетной палаты Российской Федерации в 2020 году [Электронный ресурс]. URL: https://ach.gov.ru/upload/reports/2020_zdrav.pdf (дата обращения: 19.09.2022).

сокращения финансирования села. Изучение опыта решения государством социальных проблем в этих условиях, безусловно, актуально на современном этапе. Однако специальных исторических исследований по истории сельской медицины в обозначенный период в научной литературе крайне мало. Частные сюжеты о преимуществах государственной медицины в социалистической деревне были выпущены еще в 1930–1940-х гг., в которых авторы указали на расширение сети больниц, амбулаторий, появление специального персонала в период коллективизации. Вместе с тем исследователи не рассмотрели негативные стороны данного процесса: существенное отставание от сети городского здравоохранения, нехватку медицинской инфраструктуры². Во второй половине 1950-х – начале 1960-х гг. интерес к данной теме увеличивается, что связано, по нашему мнению, со смертью И.В. Сталина и изменением государственной политики в отношении колхозного населения. В это время выходят не только труды по истории здравоохранения, где уделяется внимание сельской медицине³, но и специальные исследования⁴. В последующий период внимание к обозначенной проблематике заметно снижается, отсутствуют научные исследования, в которых содержались бы комплексные оценки процесса формирования и функционирования сельской медицинской сети. В современной исторической литературе основное внимание авторов сосредоточено на региональном аспекте рассматриваемой тематики⁵. Для данных работ характерно расширение круга используемых источников, стремление к объективному изложению исторических фактов, а также исследователи далеки от панегирии положительных моментов в колхозной деревне, присущих советскому периоду. При этом на сегодняшний день отсутствуют современные научные исследования проблемы раскрывающие специфику построения сельского здравоохранения в контексте единого Уральского региона.

Авторы данной статьи поставили целью проследить изменения в государственной политике в сфере медицины и ее результаты на материалах Урала в довоенный советский период. Территориальные рамки настоящего исследования охватывают так называемый «Большой Урал». На сегодняшний день это территории четырех областей (Челябинской, Свердловской, Оренбургской и Курганской), одного края (Пермского) и двух автономных республик (Башкортостан и Удмуртия).

Отметим, что в исследуемый период происходили крупные административно-территориальные изменения в Уральском регионе. Первоначально в ноябре 1923 г. была создана Уральская область, в состав которой вошли Екатеринбургская, Пермская и Челябинская губернии. В январе 1934 г. существовавшая территория была разделена на Свердловскую (сюда вошла Пермская), Челябинскую (с Курганской) и Обско-Иртышскую область. В 1938 г. была образована отдельная Пермская область.

Оренбургская область свою территориальную обособленность приобрела в 1934 г., до этого поочередно входя в состав Киргизской АССР, с апреля 1925 г. – Казакской АССР, а с 1928 г. – Средне-Волжской области (края) на правах округа. В 1938 г. Оренбургская область была переименована в Чкаловскую.

Республика Удмуртия первоначально носила название Вотская автономная область, с 1932 г. – Удмуртская автономная область, затем – Удмуртская Автономная Советская Социалистическая Республика.

² Котов Г., Струков М., Горбатенко Г., Френкель Я. Советская деревня к третьей пятилетке // Социалистическое сельское хозяйство. 1939. № 5. С. 228–241; Шуваев К.М. Старая и новая деревня. М., 1937; Алтайский И., Попов А. Колхозная Кубань // Социалистическая реконструкция сельского хозяйства. 1938. № 2. С. 32–53; Баткис Г.А. Двадцать лет советского здравоохранения. М., 1944.

³ Ашурков Е.Д. Очерки истории здравоохранения в СССР (1917–1957). М., 1957; Владимирский М.Ф. Вопросы советского здравоохранения. М., 1960; Леви М.Ф., Каневский Л.О. Участие трудящихся в СССР в строительстве здравоохранения. М., 1957.

⁴ Горфин Д.В. Очерки истории развития сельского здравоохранения в СССР. М., 1961; Виноградов Н.А. Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934). М., 1955.

⁵ Филипенко В.А. Становление и развитие здравоохранения в Коми АССР в 1920–1930-х годах: дис. ... канд. ист. наук. Сыктывкар, 2006; Борлакова Ф.А. Развитие здравоохранения в Карачае и Черкессии (1860–1941 гг.): дис. ... канд. ист. наук. Черкесск, 2002; Василенко В.Г. История здравоохранения и медицинского образования на Дону и Северном Кавказе (XIX в. – 1940 г.): дис. ... канд. ист. наук. Армавир, 2006; Самсоненко Т.А. Коллективизация и здравоохранение на Юге России 1930-х годов. Новочеркасск, 2011.

листоческая Республика (28 декабря 1934 г.). Республика Башкортостан носила название Башкирской Автономной Советской Социалистической Республики, включив в себя в 1922 г. Уфимскую губернию, таким образом, расшив свою территорию до границ «Большой Башкирии».

В качестве методологической основы исследования использовалась теория модернизации. Авторами под «модернизацией» понимается процесс, результатом которого становится переход от традиционного аграрного общества к индустриальному. Сплошная коллективизация крестьянства в Советском Союзе – уникальное явление, которое проводилось с целью обеспечения преобразований в индустриальном секторе экономики⁶. Однако по своей сути она изменила не только экономическое положение крестьянства, но и его сознание. Потребность в грамотных кадрах, обеспечивающих промышленность, привела к тому, что советское руководство пыталось революционными методами изменить не только экономическую, но и социальную сферу, в том числе здравоохранение.

По мнению современных авторов с середины XX в. в мире начался переход к постиндустриальному обществу, которое нередко называют информационным. Многие ученые высказывают мысль, что наряду с прогрессом техники в новом обществе на смену «массовому производству» идет большая культура⁷. Такая культура должна включать в себя позитивные изменения, в том числе в здравоохранении. Отсюда большое значение придается изучению становления и развитию культуры «индустриальной цивилизации», ее исторического наследия, информационная роль которого усиливается при решении современных проблем.

При проведении исследования основополагающими стали принципы историзма, объективности и научности, которые позволили провести анализ развития и изменения уральского сельского здравоохранения. В процессе написания работы авторами применены общенаучные методы: синтез, анализ, дедукция, индукция, классификация. Из специальных исторических методов выделим сравнительно-исторический, проблемно-хронологический, ретроспективный, статистический. В результате использования указанных методик авторам удалось изучить развитие медицинских учреждений в уральской деревне в исторической динамике, дать объективную характеристику историческим процессам, протекавшим в данный период.

Источниковая база исследования была сформирована на неопубликованных материалах региональных (ОГАЧО, НАРБ, ЦДООСО, ЦДНИУР, ГАСО, ЦДНИОО, ГАПК) и федеральных архивов (ГАРФ, РГАЭ). Кроме того, в статье использованы данные делопроизводственных и статистических сборников, а также периодической печати центральных и местных органов власти.

Изменения в уральской деревне в 1920–1930-е гг. были обусловлены глубокими экономическими преобразованиями, влиявшими на сам строй крестьянской жизни, в том числе на санитарно-эпидемическое состояние села и медицинское обслуживание сельского населения. Модернизационные процессы на Урале, как и во всей стране, проходили прерывисто и носили неорганичный характер. Несомненными факторами были упадок сельскохозяйственного производства в годы Гражданской войны и голода 1921–1922 гг., последующий рост экономики села в период нэпа, падение экономического потенциала с переходом к сплошной коллективизации, в определенной степени стабилизация экономической жизни деревни в середине 1930-х – начале 1940-х гг.

Особенности экономического положения села в обозначенные периоды оказывали решающее влияние на государственную политику в области здравоохранения и на санитарно-эпидемическое состояние в регионах. После окончания Гражданской войны на Урале восстановление сети сельской медицины проходило с большими трудностями. Бюджет здравоохранения, переведенный на местные средства, в первой половине 1920-х гг. был ограниченным и не мог обеспечить нужды системы медицинского обслуживания сельского насе-

⁶ Корнилов Г.Е., Пересторонина Л.И., Каракулов Д.В. Аграрная сфера Урала в условиях модернизации (первая четверть XX в.) // Уральский исторический вестник. 2000. № 5-6. С. 381.

⁷ Алексеев В.В., Логунов Е.В. Индустриальное наследие в постиндустриальном обществе // Опыт изучения и использования памятников индустриальной культуры России. Екатеринбург, 1995. С. 9.

ления. Заведующий окружным отделом в Челябинской области в своем докладе, датированном 8 января 1924 г., отмечал, что «медицинская помощь в деревне организована весьма нерегулярно, с перебоями, а квалификация медицинского персонала снизилась в сравнении с дореволюционным временем, в связи с чем среди местного населения процветает знахарство и шарлатанство»⁸.

Крайне плачевным было состояние сельских лечебных учреждений в 1923/1924 хоз. г. в Башкирии: почти все участковые больницы нуждались в том или ином крупном ремонте, в 40 % всех участков отмечалась острая нужда в больничном и хозяйственном инвентаре и в различных видах белья. В 65 % участков не хватало медицинских инструментов, 70 % фельдшерских пунктов находились в малопригодных и необорудованных помещениях⁹.

При этом подавляющее большинство населения Уральского региона проживало в сельской местности, тогда как в начале 1920-х гг. на Урале 78 % высшего медицинского персонала (врачей) были трудоустроены в городах¹⁰. В результате, например в Башкирии, на одного врача в деревне приходилось 26 000 жителей, тогда как в Уфе на одного врача было около 4 000 человек¹¹.

В неудовлетворительном состоянии пребывало в 1920-е гг. санитарное и гигиеническое положение уральской деревни. Традиционно питьевой водой для крестьян служили открытые источники – водоемы и колодцы, которые, как правило, не имели никакой защиты от загрязнений, сточных вод и т.п. Ситуация усугублялась тем, что такую воду перед употреблением зачастую не кипятили¹². Несмотря на то, что в соответствии с традициями, русские крестьяне достаточно часто пользовались банями, гигиенические принадлежности и привычки среди населения не были распространены. Вследствие бедности сельские жители расходовали на мыло и иные средства не более одного рубля в год (по данным обследования крестьянских бюджетов в Уральской области в 1925/1926 хоз. г.)¹³, а зачастую полотенце и посуда были общие.

Еще более удручающее санитарно-гигиеническое положение было среди малых национальностей: татар, марийцев, башкир и др. Следуя своим религиозным воззрениям, часть из них отвергала помывки в бане или использование выгребных ям. Например, в середине 1920-х гг. при осмотре Китайского медицинского участка в Челябинском округе (где местное население почти полностью состояло из башкир и татар) ревизоры отметили, что жители «о мыле понятия не имеют, большинство деревень чуть ли не кругом обложены навозом»¹⁴. Такая же характеристика дана удмуртской деревне в 1927 г., где указано, что «мыло употребляется очень редко»¹⁵.

Несоблюдение правил личной и коллективной гигиены вызывало распространение инфекционных заболеваний. Например, в середине 1920-х гг. в сельскохозяйственных округах Урала из общего количества больных 8–10 % приходилось на зараженных чесоткой. Среди крестьянства были распространены трахома и сифилис. В Уральской области в 1927 г. на 10 000 населения было 92 больных трахомой¹⁶. В Башкирии в середине 1920-х гг. на 10 000 жителей больных трахомой насчитывалось 126 человек¹⁷. В Вотской области, где санитарно-гигиенические условия жизни удмуртского крестьянства были особенно плохими, в Можгинской волости в 1927 г. 40 % удмуртов болели трахомой, а в некоторых деревнях Дебесской волости поражение сифилисом доходило до 33 %¹⁸.

⁸ Объединенный государственный архив Челябинской области (ОГАЧО). Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 59. Л. 186.

⁹ Национальный архив Республики Башкортостан (НАРБ). Ф. Р-444. Оп. 1. Д. 156. Л. 13.

¹⁰ Государственный архив Российской Федерации (ГАРФ). Ф. А-482. Оп. 1. Д. 253. Л. 18.

¹¹ НАРБ. Ф. Р-444. Оп. 1. Д. 151. Л. 13.

¹² Округ. 1928. № 10 (69).

¹³ Бюджеты крестьянских хозяйств на Урале за 1925/26 г. Свердловск. 1928.

¹⁴ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 28. Л. 12.

¹⁵ Удмуртское хозяйство к десятилетию Октябрьской революции. Ижевск, 1927. С. 95.

¹⁶ Центр документации общественных организаций Свердловской области (ЦДООСО). Ф. 4. Оп. 6. Д. 424. Л. 49.

¹⁷ НАРБ. Ф. Р-444. Оп. 1. Д. 138. Л. 2.

¹⁸ Удмуртское хозяйство к десятилетию Октябрьской революции. Ижевск, 1927. С. 101.

В начале 1920-х гг. материальное положение в стране было настолько тяжелым, что большевистское руководство вынуждено было для финансирования и поддержки деревенской медицины привлечь общественные силы и денежные средства сельских земельных обществ. В 1921 г. Народный Комиссариат здравоохранения даже передает содержание сельских медико-санитарных учреждений на крестьянские Комитеты крестьянских обществ взаимопомощи (ККОВ). Они должны были обеспечить сельских жителей минимальной медицинской помощью за счет средств, полученных путем денежного и натурального самообложения крестьянских хозяйств¹⁹. На Урале в ряде случаев местное руководство применяло чрезвычайные меры для получения средств на нужды сельской медицины. Например, в нескольких волостях Челябинской губернии был установлен добровольный сбор денежных средств с местного населения, который получил название «мирского сбора». Фактически он должен был обеспечивать затраты по выплате заработной платы персоналу и обслуживанию (либо строительству) сельских медицинских пунктов²⁰.

Успешное хозяйственное развитие на базе новой экономической политики позволило значительно расширить государственное финансирование медицины. В середине 1924 г. подавляющее большинство расходов на здравоохранение стало осуществляться за счет государственного централизованного и местного бюджетов²¹. Однако и во второй половине 1920-х гг. часть средств, полученных в результате самообложения крестьянских общин, использовалась для финансирования сельской медицины. Тем более что 4 октября 1928 г. ВЦИК и СНК РСФСР приняли постановление «О порядке самообложения в 1928/1929 году» в результате которого самообложение фактически утратило статус добровольности²². В результате в 1928/1929 хоз. гг. в Уральской области путем самообложения было получено 7,3 млн руб., что позволило привлечь дополнительные средства на содержание сельских медицинских учреждений²³.

Характерно, что в середине 1920-х гг. советским руководством был принят ряд постановлений, касающихся расширения и упорядочения сети учреждений здравоохранения на селе, улучшения материального положения медицинских работников в деревне. В течение 1925 г. был принят декрет ВЦИК РСФСР «Об основах построения нормальной волостной (районной) организации здравоохранения» и постановление СНК РСФСР «Об обеспечении сельских местностей медицинской помощью и об улучшении материально-бытового положения участкового медицинского персонала»²⁴. Документами предполагалось создание сети районных больниц широкого профиля, а также укомплектование сельских медицинских пунктов врачами высшей категории. Привлечение специалистов в деревню происходило за счет предоставления ряда льгот: надбавки к окладу, обеспечения жилой площадью, сырьем для отопления квартиры и дома, зачисления детей врачей в любые учебные учреждения на льготных условиях, а также возможности перевода на врачебную должность в городскую местность через три года службы²⁵.

Расширение финансирования и организационная поддержка государством медицинского обслуживания сельского населения во второй половине 1920-х гг. позволили улучшить деятельность медицинских учреждений и персонала в деревне. В Уральской области количество врачей в сельской местности увеличивается со 117 в 1926 г. до 198 в 1928 г.²⁶, в Башкирии с 85 врачей в 1924 г. до 103 в 1929 г.²⁷ Для борьбы с трахомой и венерическими заболеваниями органами здравоохранения в села посылались отряды глазных врачей,

¹⁹ Горфин Д. В. Очерки истории... С. 22.

²⁰ ОГАЧО. Ф. Р-112. Оп. 1. Д. 59. Л. 190.

²¹ Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925–1940: сб. док-тов и мат-лов. М., 1973. С. 20.

²² Лабузов В.А. Аграрные отношения на Южном Урале в первые десятилетия Советской власти (1917–1932). Оренбург, 2004. С. 441.

²³ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 7. Д. 395. Л. 9.

²⁴ Известия ЦИК СССР от 13 декабря 1925 г.

²⁵ Известия ЦИК СССР от 18 декабря 1925 г.

²⁶ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 6. Д. 424. Л. 50.

²⁷ Башкирская АССР за 15 лет... С. 101.

венерологов. Так, в Воткинской области в 1927 г. работали 3 глазных и 2 венерологических отряда²⁸. В том же году в Удмуртии была оказана помощь 15 тыс. больных трахомой²⁹. Для проведения прививок против заразных болезней на село направлялись специальные группы медицинских работников. В 1927 г. прививки против оспы были поставлены более 1 млн жителей Уральской области³⁰. Продолжала развиваться санитарно-просветительская работа среди уральского крестьянства. В 1927 г. в Вотской области было проведено более 1 600 бесед по санитарии и гигиене почти для 75 000 человек³¹. В районах Уральской области количество проведенных лекций и бесед по санитарному просвещению увеличилось с 5 099 в 1924 г. до 23 305 в 1928 г., а охват ими слушателей – с 404 600 до 1 336 400 чел³². Новой формой санитарно-просветительской работы в деревне стало проведение санитарных выставок, кинопередвижки демонстрировали тематические кинокартины. В результате всех проводимых мероприятий во второй половине 1920-х гг. на Урале значительно снизилась заболеваемость оспой, сыпным тифом. Однако заболеваемость скарлатиной, дизентерией, брюшным тифом, малярией оставалась на высоком уровне, а в Вотской области – трахомой и сифилисом.

Однако, несмотря на некоторое улучшение, медицинское обслуживание сельского населения Урала было достаточно ограниченным. Данные статистики гласят, что в 1927 г. в Уральской области на одного врача, работающего в деревне, приходилось 39 583 сельских жителя³³, в Вотской области – 21 278 чел.,³⁴ в Оренбургском округе – 10 740 жителей³⁵. Оставались недоукомплектованными сельские медицинские учреждения больничными койками. Так, в 1927 г. в Уральской области на 1 больничную койку на селе приходилось 2 321 человек³⁶, в Удмуртии – 1 200 жителей³⁷, в Оренбургском округе – более 1 000 человек³⁸. Характерно, что Уральский регион не был исключением. Аналогичная ситуация наблюдалась в целом по РСФСР. Так, если в Уральской области в 1927 г. приходилось 0,6 больничной койки на одну тысячу жителей, то в РСФСР в 1928 г. на одну тысячу сельского населения было 0,51 койки³⁹.

Переход к форсированной индустриализации в конце 1920-х гг. привел к значительному изъятию бюджетных средств из социальной сферы, в том числе из здравоохранения. Финансирование и развитие здравоохранения на селе происходило по остаточному принципу, упор был сделан на промышленные районы Уральской области. Достаточно указать, что денежные ассигнования на строительство медицинских учреждений в 1930–1931 гг. в сельской местности составляли в среднем по Уральской области 3–4 % от необходимой потребности⁴⁰. В результате имевшиеся больничные здания в селах были ветхи, не приспособлены и в ряде мест скорее дискредитировали идею медико-санитарного обслуживания, чем ее пропагандировали, а в ряде сельскохозяйственных районов полностью отсутствовали (в 11 сельских районах Уральской области совсем не было больниц⁴¹).

В эти годы, разоренные насильственной коллективизацией, крестьянство не могло оказывать сколько-нибудь значительную финансовую поддержку сельской медицине. Партийно-советское руководство попыталось на вновь созданные колхозы возложить финансовые обяза-

²⁸ Удмуртское хозяйство к десятилетию Октябрьской революции. Ижевск, 1927. С. 106.

²⁹ Филиал ГКУ «Центральный государственный архив Удмуртской Республики» (ЦДНИУР). Ф. 16. Оп. 10. Д. 215. Л. 131.

³⁰ Государственный архив Свердловской области (ГАСО). Ф. 88. Оп. 1. Д. 2522. Л. 87.

³¹ ЦДНИУР. Ф. 16. Оп. 10. Д. 215. Л. 132.

³² ГАСО. Ф. 88. Оп. 1. Д. 2528. Л. 2.

³³ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 6. Д. 424. Л. 50.

³⁴ Удмуртское хозяйство к десятилетию Октябрьской революции... С. 108.

³⁵ Центр документации новейшей истории Оренбургской области (ЦДНННО). Ф. 4. Оп. 1. Д. 77. Л. 81.

³⁶ Там же. Оп. 6. Д. 287. Л. 84.

³⁷ Удмуртское хозяйство к десятилетию Октябрьской революции... С. 108.

³⁸ Подсчитано авторами: ЦДНННО. Ф. 1. Оп. 1. Д. 1179. Л. 93.

³⁹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 1. Л. 145.

⁴⁰ Там же. Д. 9. Л. 83.

⁴¹ Там же. Д. 8. Л. 4.

тельства по содержанию медицинской сельской сети, обязав сельхозартели на эти цели выделять не менее 30 % общей сметы расходов. Однако в силу отсутствия денежных средств у колхозов крестьяне вынуждены были возмещать финансовые издержки в натуральном виде (продуктами питания, заготовительными материалами для строительства и просто рабочей силой)⁴².

Кроме того, советско-партийное руководство внедряло дифференцированный подход в медицинском обслуживании сельского населения. Первоочередное право на медицину было предоставлено работникам совхозов, а также пастухам, батракам, лесорубам и другим застрахованным лицам. Во вторую очередь обслуживались члены их семей и лишь потом остальное сельское население. Наиболее распространенной формой поддержки колхозников в данный период стали выезды медицинских работников в деревню во время полевых работ. Например, летом–осенью 1930 г. Уралоблздравотдел направил более 200 работников среднего и высшего медперсонала на село⁴³.

Однако, несмотря на это, большинство колхозного населения в начале 1930-х гг. было лишено возможности воспользоваться качественной медицинской помощью. Лишь со второй половины 1934 г. на Урале в сельской местности властями стали широко проводиться мероприятия по преодолению эпидемических заболеваний и исправлению санитарной обстановки в регионе. К примеру, благодаря внедрению широкой системы оспопрививания на Урале ко второй половине 1930-х гг. была побеждена оспа⁴⁴. Во второй половине 1930-х гг. значительно снизилась заболеваемость крестьян чесоткой, особенно в национальных районах. Так, в Коми-Пермяцком округе, где в 1920-е гг. заболеваемость этой болезнью регистрировалась повсеместно, в 1937 г. болел лишь 1 % сельского населения⁴⁵.

Благодаря санитарному просвещению сельского населения были улучшены сангигиенические привычки крестьян. На это указывают затраты колхозников на приобретение мыла и парфюмерии. Так, в Уральской области в октябре 1933 г. крестьянин в среднем тратил 8 копеек на мыло⁴⁶ (что соответствует показателям 1925/1926 гг.), а в декабре 1937 г. в Свердловской области (сюда входила и Пермская) – уже 77 копеек⁴⁷.

Особенностью 1930-х гг. было проведение культурно-бытовых походов на селе. Добровольцы-общественники обследовали санитарное состояние крестьянских изб, сельских общественных зданий. Культармейцы помогали крестьянам навести порядок в домах, во дворах, учили навыкам личной гигиены. В Удмуртии зимой 1934/1935 гг. под руководством культурармейцев крестьяне строили общественные бани и уборные⁴⁸.

Большое значение для расширения медицинского обслуживания сельского населения имело создание во второй половине 1930-х гг. на Урале «колхозных родильных домов». Если до 1933 г. в Уральской области на селе совсем не было роддомов, то в 1940 г. только в Свердловской области вело работу 41 родовспомогательное учреждение⁴⁹. Популяризация больничного родовспоможения в сельской местности ознаменовала постепенный переход от «повитух-родильниц» к специализированной помощи.

Однако медико-санитарное состояние и медицинское обслуживание уральской деревни в середине 1930-х вряд ли можно высоко оценивать. По-прежнему у значительного числа сельского населения отмечались бытовые инфекционные болезни. Так, в 1935 г. в Бижбуланском районе Башкирии 46 % населения болели трахомой⁵⁰, в Удмуртии в 1936 г. в сельской местности лечение прошли 11 тыс. больных сифилисом и 12 тыс. больных трахомой⁵¹.

⁴² Сербин Г.М. Здравоохранение в сельско-хозяйственном социалистическом секторе // Уральский медицинский журнал. 1930. № 1. С. 10.

⁴³ Государственный архив Пермского края (ГАПК). Ф. Р-132. Оп. 1. Д. 142. Л. 74.

⁴⁴ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 15. Д. 837. Л. 103.

⁴⁵ ГАРФ. Ф. 374. Оп. 2. Д. 835. Л. 3.

⁴⁶ Подсчитано по данным: ГАСО. Ф. 1812. Оп. 2. Д. 145. Л. 104.

⁴⁷ Подсчитано по данным: ГАСО. Ф. 1813. Оп. 1. Д. 169.

⁴⁸ ЦДНИУР. Ф. 16. Оп. 11. Д. 592. Л. 172.

⁴⁹ ГАСО. Ф. Р-627. Оп. 1. Д. 491. Л. 14.

⁵⁰ Удмуртская правда. 1940. 22 сентября.

⁵¹ ГАРФ. Ф. 374. Оп. 23. Д. 379. Л. 24.

Одной из главных причин такого положения являлось недостаточное финансирование деревенских лечебных учреждений, которые осуществлялось за счет сельского бюджета, и нехватка медицинского персонала в сельской местности. Так, в Челябинской области в 1934 г. в сельских больницах не хватало 189 врачей⁵², а в Свердловской области в начале 1937 г. во врачах нуждались 76 больниц и 54 амбулатории⁵³.

Весной 1938 г. для того, чтобы изменить ситуацию, советским руководством принимается ряд мер. Так, в соответствии с постановлением Совнаркома СССР «Об укреплении сельского врачебного участка» от 23 апреля 1938 г. финансовое содержание этих участков перераспределялось с сельских бюджетов на районные⁵⁴. Кроме того, для решения проблемы дефицита кадров было запрещено отзывать или переводить сельских участковых врачей на городские участки работы⁵⁵.

В результате в конце 1930-х – начале 1940-х гг. количество медицинских учреждений, врачей и среднего медперсонала в уральской деревне увеличивается. Представление о типах сельских медицинских учреждений, их количестве, численности медицинских работников в предвоенный период в шести областях и автономных республиках Урала (Свердловская, Челябинская, Оренбургская области, Пермский край, Башкирия и Удмуртия) представлено в табл.

Таблица

Медицинское обслуживание сельского населения в Уральском регионе в 1938–1940 гг.⁵⁶

Область, АССР	Кол-во стационаров, имеющих врачей		Кол-во коек в стационарных больницах		Кол-во амбулаторий, имеющих врачей		Кол-во амбулаторий, имеющих фельдшеров		Общее кол-во врачей	
	1938	1940	1938	1940	1938	1940	1938	1940	1938	1940
Свердловская	65	73	1 691	1 876	92	107	454	588	1 404	1 801
Челябинская	97	108	3 000	3 483	108	197	432	588	985	1 192
Пермская	Нет свед.	92	Нет свед.	2 221	Нет свед.	124	Нет свед.	443	Нет свед.	1 095
Башкирская	101	112	2 326	2 752	241	259	831	978	783	887
Удмуртская	45	53	1 527	1 751	121	137	751	919	395	514

Материалы, представленные в таблице, в сопоставлении с данными о численности сельского населения на Урале дают возможность рассчитать количество сельских жителей, приходящихся на одну больничную койку и на одного врача в различных частях Уральского региона. Если в 1927 г. на одну больничную койку в деревне в Уральской области приходилось 39 585 человек, то в 1940 г. в Свердловской области – 537 человек сельского населения, в Челябинской – 465 человек, а в Пермской – 567⁵⁷. Таблица указывает и на значительное увеличение числа амбулаторных медицинских учреждений. В Башкирии в 1925 г. было всего 86 медицинских пунктов, а в 38 волостях вообще не было врачебной помощи⁵⁸. В 1940 г. в башкирской деревне функционировало уже 259 врачебных амбулаторий и 978 фельдшерских амбулаторных учреждений (см. табл.).

Однако, несмотря на заметное увеличение медицинских учреждений и кадрового персонала в деревне во всех уральских областях в исследуемый период, существенной проблемой оставалась диспропорция по сравнению с их количеством в городах. Если на

⁵² ОГАЧО. Ф. 288. Оп. 1. Д. 21. Л. 5.

⁵³ ЦДООСО. Ф. 4. Оп. 15. Д. 837. Л. 98.

⁵⁴ Трофимов В.В. Здоровоохранение Российской Федерации за 50 лет. М., 1967. С. 193.

⁵⁵ Там же.

⁵⁶ Подсчитано по данным: ГАРФ. Ф. 374. Оп. 2. Д. 98. Л. 94, 238; Д. 99. Л. 46, 94, 118.

⁵⁷ Подсчитано по данным: ГАРФ. Ф. 374. Оп. 2. Д. 98. Л. 87; Д. 99. Л. 64; Российский государственный архив экономики (РГАЭ). Ф. 1582. Оп. 336. Д. 308. Л. 3; Оп. 323. Л. 3; Оп. 336. Д. 331. Л. 3.

⁵⁸ НАРБ. Ф. Р-444. Оп. 1. Д. 138. Л. 1.

городское население, проживающее в различных регионах Урала, приходилось от 35,3 до 49,3 % жителей, то количество врачей, в общей штатной численности работающих в городе, составляло 81–84 %. Соответственно, на большую часть уральского населения, проживающего в сельской местности, приходилось не более 19 % врачей. Что касается специализированной медицинской помощи, то система родовспоможения в сельской местности охватывала лишь 26 % (в городах – 97 %) ⁵⁹.

В результате этой диспропорции в области здравоохранения складывается система, при которой основные лечебно-профилактические мероприятия в сельской местности берут на себя фельдшеры. Именно они составляли значительную часть работников. Врачи в большей степени, становятся приезжающими специалистами, консультантами и организаторами системы здравоохранения в деревне. В дальнейшем, данная политика советского государства, будет продолжена. В результате, в деревне складывается система «фельдшеризации».

Таким образом, в 1920–1930-х гг. в нашей стране, в том числе на Урале, была создана государственная система здравоохранения и медико-санитарного обслуживания основанная на принципах централизации, единства и бесплатности медицинской помощи, которая значительно улучшила бытовое положение крестьянства. Однако проходившие в этот период модернизационные процессы, связанные прежде всего с индустриальным развитием, обусловили необходимость изъятия значительных средств из сельского хозяйства и социальной сферы села. Поэтому государственное финансирование сельской медицины и санитарно-противоэпидемических мероприятий сталкивалось с серьезными трудностями и осуществлялось большевистским руководством по остаточному принципу.

Привлечение средств крестьянства для материальной поддержки здравоохранения наряду с бюджетным финансированием, имевшее место в 1920-е гг., оказалось невозможным в предвоенное десятилетие из-за разорения деревни, связанного с насильственной коллективизацией и голодом. В то же время во второй половине 1930-х гг. и в конце исследуемого периода на Урале имело место значительное расширение сети учреждений здравоохранения на селе, улучшение эпидемического и бытового состояния деревни: в уральских областях ушли в прошлое эпидемии оспы, сократились вспышки сыпного тифа, населению были «привиты» элементарные правила бытового обслуживания. Однако в национальных районах Уральского региона высокой оставалась заболеваемость трахомой и венерическими болезнями, детскими инфекциями.

Улучшению бытового положения в сельской местности способствовала большая работа органов здравоохранения по привитию крестьянству санитарно-гигиенических навыков, расширению снабжения деревни средствами гигиены. В конце исследуемого периода государством были предприняты первые шаги по улучшению санитарного состояния районных сельских центров уральских областей и автономных республик.

В целом, положительно характеризуя государственную политику по расширению медицинского обслуживания и улучшению санитарно-эпидемического состояния сельского населения Уральского региона, хотелось бы не допустить переоценки результатов этой деятельности в конце 1930-х – начале 1940-х гг., что имело место прежде всего в советской исторической литературе. Функционирование централизованной государственной системы медицинского обслуживания было возможно лишь за счет расширения ее финансирования из государственного бюджета. Осуществляя модернизацию, государство в исследуемый период обеспечивало индустриальное развитие во многом за счет средств, изъятых из сельскохозяйственного сектора экономики, сокращая финансирование социальной сферы, в том числе здравоохранения. В предвоенные годы уровень материального благосостояния деревни и качество медицинского обслуживания сельского населения Уральского региона были вполне сопоставимы с показателями в целом по РСФСР, однако значительно уступали аналогичным показателям в городской местности.

⁵⁹ Корнилов Г.Е. Эволюция младенческой смертности на Урале в первой половине XX в. // Уральский исторический вестник. 2014. № 3. С. 81

Литература

Алексеев В.В., Логунов Е.В. Индустриальное наследие в постиндустриальном обществе // Опыт изучения и использования памятников индустриальной культуры России. Екатеринбург, 1995.

Алтайский И., Попов А. Колхозная Кубань // Социалистическая реконструкция сельского хозяйства. 1938. № 2. С. 32–53.

Ашурков Е.Д. Очерки истории здравоохранения в СССР (1917–1957). М., 1957. 168 с.

Баткис Г.А. Двадцать лет советского здравоохранения. М., 1944. 124 с.

Борлакова Ф.А. Развитие здравоохранения в Карачае и Черкессии (1860–1941 гг.): дис. ... канд. ист. наук. Черкесск, 2002. 242 с.

Василенко В.Г. История здравоохранения и медицинского образования на Дону и Северном Кавказе (XIX в. – 1940 г.): дис. ... канд. ист. наук. Армавир, 2006. 253 с.

Виноградов Н.А. Здравоохранение в период борьбы за коллективизацию сельского хозяйства (1930–1934). М., 1955. 228 с.

Владимирский М.Ф. Вопросы советского здравоохранения. М., 1960. 168 с.

Горфин Д.В. Очерки истории развития сельского здравоохранения в СССР. (1917–1957 гг.). М., 1961. 236 с.

Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР. 1925–1940: сб. док-тов и мат-лов / сост. Л.И. Завалищенко, П.И. Гусев, П.П. Ковалев и др. М.: Медицина, 1973. 327 с.

Корнилов Г.Е. Эволюция младенческой смертности на Урале в первой половине XX в. // Уральский исторический вестник. 2014. № 3. С. 80–89.

Корнилов Г.Е., Пересторонина Л.И., Каракулов Д.В. Аграрная сфера Урала в условиях модернизации (первая четверть XX в.) // Уральский исторический вестник. 2000. № 5-6. С. 381–412.

Котов Г., Струков М., Горбатенко Г., Френкель Я. Советская деревня к третьей пятилетке // Социалистическое сельское хозяйство. 1939. № 5. С. 228–241.

Лабузов В.А. Аграрные отношения на Южном Урале в первые десятилетия Советской власти (1917–1932). Оренбург, 2004. 676 с.

Левы М.Ф., Каневский Л.О. Участие трудящихся в СССР в строительстве здравоохранения. М., 1957. 172 с.

Пилипенко В.А. Становление и развитие здравоохранения в Коми АССР в 1920–1930-х годах: дис. ... канд. ист. наук. Сыктывкар, 2006. 244 с.

Самсоненко Т.А. Коллективизация и здравоохранение на Юге России в 1930-х годов. Новочеркасск, 2011. 224 с.

Сербин Г.М. Здравоохранение в сельско-хозяйственном социалистическом секторе // Уральский медицинский журнал. 1930. № 1. С. 8–13.

Трофимов В.В. Здравоохранение Российской Федерации за 50 лет. М., 1967. 332 с.

Шуваев К.М. Старая и новая деревня. М.: Госполитиздат, 1937. 166 с.

References

Alekseev, V.V., Logunov, E.V. (1995). Industrial'noe nasledie v postindustrial'nom obshchestve [Industrial Heritage in Post-Industrial Society]. In *Opyt izucheniya i ispol'zovaniya pamyatnikov industrial'noy kul'tury Rossii. Ekaterinburg*.

Altayskiy, I., Popov, A. (1938). Kolkhoznaya Kuban' [Kolkhoznaya Kuban]. In *Sotsialisticheskaya rekonstruktsiya sel'skogo khozyaystva*. No. 2, pp. 32–53.

Ashurkov, E.D. (1957). *Ocherki istorii zdravookhraneniya v SSSR (1917–1957)* [Essays on the History of Healthcare in the USSR (1917–1957)]. Moscow, 168 p.

Batkis, G.A. (1944). *Dvadtsat' let sovetskogo zdravookhraneniya* [Twenty Years of Soviet Healthcare]. Moscow. 124 p.

Borlakova, F.A. (2002). *Razvitie zdravookhraneniya v Karachae i Cherkessii (1860–1941 gg.)*: dis. ... kand. ist. nauk [History of Health Care and Medical Education in the Don and the North Caucasus (19th Century – 1940)]. Cand. hist. sci. diss. Cherkessk. 242 p.

Vasilenko, V.G. (2006). *Istoriya zdavookhraneniya i meditsinskogo obrazovaniya na Donu i Severnom Kavkaze (XIX v. – 1940 g.): dis. ... kand. ist. nauk* [History of Health Care and Medical Education in the Don and the North Caucasus (19th Century–1940)]. Cand. hist. sci. diss. Armavir. 253 p.

Vinogradov, N.A. (1955). *Zdavookhranenie v period bor'by za kollektivizatsiyu sel'skogo khozyaystva (1930–1934)* [Health Care during the Struggle for the Collectivization of Agriculture (1930–1934)]. Moscow. 228 p.

Vladimirskiy, M.F. (1960). *Voprosy sovetskogo zdavookhraneniya* [Issues of Soviet Health Care]. Moscow. 168 p.

Gorfin, D.V. (1961). *Ocherki istorii razvitiya sel'skogo zdavookhraneniya v SSSR (1917–1957 gg.)* [Essays on the History of the Development of Rural Health Care in the USSR (1917–1957)]. Moscow. 236 p.

Zavalishchenko, L.I., Gusev, P.I., Kovalev, P.P. (1973). *Zdavookhranenie v gody vosstanovleniya i sotsialisticheskoy rekonstruktsii narodnogo hozyaystva SSSR: sb. dok-tov i mat-lov* [Health Care during the Years of Restoration and Socialist Reconstruction of the National Economy of the USSR: Collection of Documents and Materials]. Moscow. 327 p.

Kornilov, G.E. (2014). *Evolyutsiya mladencheskoy smertnosti na Urale v pervoy polovine XX v.* [The Evolution of Infant Mortality in the Urals in the First Half of the 20th Century]. In *Ural'skiy istoricheskiy vestnik*. No. 3, pp. 80–89.

Kornilov, G.E., Perestoronina, L.I., Karakulov, D.V. (2000). *Agrarnaya sfera Urala v usloviyakh modernizatsii (pervaya chetvert' XX v.)* [Agrarian Sphere of the Urals in the Conditions of Modernization (The First Quarter of the 20th Century)]. In *Ural'skiy vestnik*. No. 5–6, pp. 381–412.

Kotov G., Strukov M., Gorbatenko G., Frenkel' Ja. (1939). *Sovetskaya derevnya k tret'ey pyatiletke* [Soviet Village to the Third Five-Year Plan]. No. 5, pp. 228–241.

Labuzov, V.A. (2004). *Agrarnye otnosheniya na Juzhnom Urale v pervye desyatiletiya Sovetskoy vlasti (1917–1932)* [Agrarian Relations in the Southern Urals in the First Decades of Soviet Power (1917–1932)]. Orenburg. 676 p.

Levi, M.F., Kanevskiy, L.O. (1957). *Uchastie trudyashchikhsya v SSSR v stroitel'stve zdavookhraneniya* [Participation of Workers in the USSR in the Construction of Healthcare]. Moscow. 172 p.

Pilipenko, V.A. (2006). *Stanovlenie i razvitie zdavookhraneniya v Komi ASSR v 1920–1930-kh godakh: dis. ... kand. ist. nauk* [The Formation and Development of Health Care in the Komi ASSR in the 1920s–1930s]. Cand. hist. sci. diss. Syktyvkar. 244 p.

Samsonenko, T.A. (2011). *Kollektivizatsiya i zdavookhranenie na Yuge Rossii 1930-kh godov* [Collectivization and Health Care in the South of Russia in the 1930s]. Novochoerkassk. 224 p.

Serbin, G.M. (1930). *Zdavookhranenie v sel'sko-khozyaystvennom sotsialisticheskom sektore* [Health Care in the Agricultural Socialist Sector]. In *Ural'skiy meditsinskiy zhurnal*. No. 1, pp. 8–13.

Trofimov, V.V. (1967). *Zdavookhranenie Rossiyskoy Federatsii za 50 let* [Health Care of the Russian Federation for 50 years]. Moscow. 332 p.

Shuvaev, K.M. (1937). *Staraya i novaya derevnya* [Old and New Village]. Moscow, Gospolitizdat. 166 p.